

Referencial teórico em APS

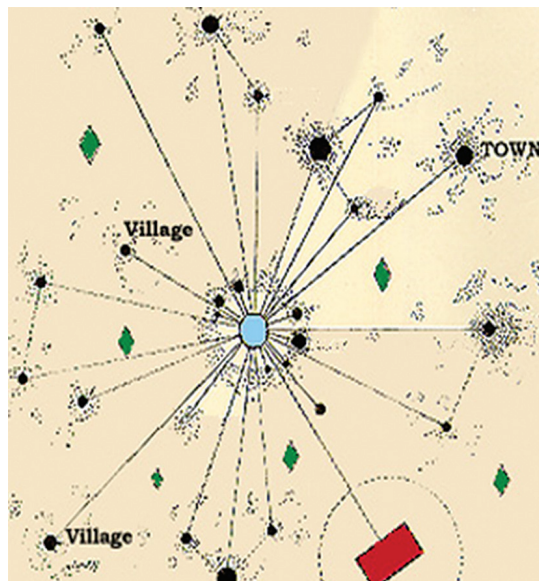
Atenção primária à saúde: princípios e prática

Gustavo Gusso

Muito se tem falado sobre Atenção Primária à Saúde (APS). Desde o encontro de Alma Ata em 1978, cujo título era “Saúde para Todos no ano 2000”, este conceito foi cada vez mais difundido no mundo todo. Porém, há muita confusão e até estigma circundando este tema.

Provavelmente o primeiro documento a falar em “centos de saúde primários”, “centros de saúde secundários” e “hospital terciário” foi o Informe Dawson, em 1920, cujo sugestivo título era: “O Futuro dos Serviços Médicos e Afins”.

De fato este relatório organizado por uma equipe liderada pelo médico da coroa inglesa chamado Lord Dawson de Penn foi visionário e traçou as linhas gerais do que todos os sistemas de saúde do mundo um dia perseguiriam: uma rede integrada de serviços como mostrada no mapa extraído do relatório. Muitas conclusões úteis para os dias atuais podem ser extraídas desse relatório. A mais importante é que os centros de saúde primário e secundário devem ser distintos, tanto na distribuição geográfica quanto na função.



Facsímile de: Rede integrada de serviços de saúde do Relatório Dawson (1920)

- Primary Health Centers
- Supplementary Services
- Secondary Health Centers
- Teaching Hospital
- Domiciliary Services



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DEFINIÇÃO

Os princípios da Atenção Primária à Saúde foram definidos por uma série de documentos do Institute of Medicine dos Estados Unidos da América (EUA) desde 1978. A Professora Emérita da Johns Hopkins, Barbara Starfield sintetizou estes documentos e explicou o conceito de forma clara aos profissionais da saúde.

Segundo esta autora, os quatro atributos da Atenção Primária à Saúde são:

1. Acesso: representa a porta de entrada e o primeiro contato do paciente com o sistema; outras nomenclaturas, foram sendo usadas como parte ou mesmo em substituição a este atributo como “acolhimento”, ou “gatekeeper” ou “porteiro”. É o único atributo em comum com os pronto atendimentos ou emergências, ou seja, atender as pessoas no ato que elas desejam ou necessitam é também atributo da APS.

2. Longitudinalidade: se relaciona com a dimensão temporal, ou seja, com o cuidado desde o pré-natal até a morte. Não é obrigatório que seja pelo mesmo profissional e sempre será necessária uma rede de profissionais, mas quanto mais generalistas a equipe de primeiro contato tiver e quanto mais estes generalistas forem os responsáveis pelos cuidados de todas as etapas do ciclo vital, melhor e maior a chance de elevar o escore da APS.

3. Coordenação (rede): é a articulação do sistema. Também envolve, referência e contra-referência que são termos mais corretos do que encaminhamento já que a APS nunca deixa de se responsabilizar pelos pacientes mesmo quando há um problema grave que necessita de uma consulta.

4. Integralidade (abrangência): é um dos conceitos mais complexos e mal compreendidos no Brasil. O termo em inglês usado tanto pelo Institute of Medicine quanto pela Barbara Starfield é “comprehensiveness” cuja tradução literal poderia ser “abrangente”. O que estas referências querem dizer é que na Atenção Primária é preciso que haja uma ampla oferta de serviços.

Há ainda três atributos que Starfield chama de derivados:

1. Foco na Família
2. Abordagem Comunitária
3. Competência cultural (capacidade do profissional se adaptar a cultura do pa-



ciente, o que envolve a sua linguagem)

CONCEITOS ERRADOS DE APS

1. Local ou serviço para atendimento apenas de pacientes pobres
2. Local ou serviço para atendimento apenas de pacientes crônicos
3. Local ou serviço para realização exclusivamente de prevenção ou rastreamento

Ou seja, a APS é um “lugar” do sistema de saúde. Quanto mais próximo a casa das pessoas e quanto mais generalistas bem formados envolver, melhor será a sua adesão. Existe APS em todos os serviços de primeiro contato ambulatorial, inclusive em planos de saúde chamados “Prime”. Mas é preciso avaliar a qualidade de cada atributo por instrumentos validados como o Primary Care Assessment Tool (PCATool).

Formas de remuneração

Muito se discute sobre as formas de remuneração na Atenção Primária à Saúde (APS), entendendo este local como qualquer serviço ambulatorial que tenha minimamente os atributos acesso, longitudinalidade, coordenação e cuidado abrangente presentes. Há países, nos últimos cinquenta anos, que vêm testando diferentes formas e fórmulas, sendo que Inglaterra, Holanda, Dinamarca e Noruega foram provavelmente os que mais avançaram.

Esta discussão não é específica da saúde, mas a saúde e a APS têm suas especificidades. Hoje, já há um conjunto de publicações que tratam do tema. São essencialmente quatro modalidades de remuneração do médico na APS:

1. Capitação: paga-se pelas pessoas que o profissional cuida. Em geral, o máximo são 2.000 pessoas para 40 horas semanais, mas há uma correção pela idade, sexo, vulnerabilidade e morbidade, sendo que a primeira variável é a que mais pesa. Ou seja, na verdade se faz uma pontuação para cada pessoa dependendo dessas variáveis e de acordo com uma fórmula (existem inúmeras, como a Fórmula de Carr-Hill usada na Inglaterra). Desta forma, não se paga exatamente por pessoa mas por uma pontuação, sendo que em uma lista pode haver 1.500 e em outra, 2.000 pacientes com a mesma pontuação, porque a primeira lista tem mais pessoas em



idades extremas ou mais morbidade

2. Salário fixo: é a forma consagrada no sistema público brasileiro e a preferida dos movimentos sindicais que, muitas vezes, entendem como a mais justa. Chama-se fixo, mas na realidade, varia conforme as horas trabalhadas. É uma forma muito conhecida, o que é uma vantagem. A principal desvantagem é que estimula consultas burocráticas.

3. Produção: é a forma clássica do sistema privado brasileiro que paga ainda por consulta e procedimento. Tem a desvantagem de estimular muitos retornos com periodicidade suficiente para gerar nova cobrança, mas por outro lado, estimula a produtividade médica.

4. Resultado ou performance: ainda é a forma mais desconhecida no mundo todo. Não há estudos consistentes de que tipo de resultado deve ser premiado nem quais os riscos e benefícios destas formas.

Ainda há uma quinta modalidade chamada de “orçamento” ou “budget”, ou seja, quando o gestor de um nível mais macro destina recursos fixos para que o profissional faça toda a gestão da saúde de um grupo de pessoas (inclusive consultas em outros setores e exames). Esta é uma modalidade que muitas vezes combina as quatro essenciais e é muito pouco usada pelos riscos que carrega, uma vez que exige um intenso controle.

Todas as formas de remuneração têm vantagens e desvantagens e por isso hoje há bastante evidência científica de que nenhuma delas deve corresponder a 100% da remuneração no mesmo local de trabalho. Ou seja, deve-se compor um “MIX.” Esta composição deve envolver formas mais fixas e pré-determinadas como capitação e salário, e outras mais variáveis que são mensuradas após o serviço prestado, como resultado e produção.

Dos componentes que tendem ao fixo, o que apresenta melhor risco benefício é a capitação. Mas, para ser implementada, exige que cada profissional tenha uma lista de pessoas. E para isso, estes profissionais devem necessariamente exercer a função de generalistas, pois não se pode haver uma “lista de pacientes cardiológicos”, outra “lista de pacientes endocrinológicos” e assim por diante. Portanto, é uma forma de remuneração possível de ser implemen-





tada quando há uma reforma organizacional ampla ou algum piloto em curso. Quando não há estas condições, a alternativa é substituir a capitação por salário fixo. Uma dessas duas formas deve corresponder a 50% ou mais da remuneração final para evitar que a produtividade e os gastos desnecessários sejam a “pedra de toque.”

Os componentes variáveis (produção e

resultado) devem corresponder a 50% ou menos do mix, sendo que é recomendável que o resultado seja no máximo 20 a 30% pelo desconhecimento e pelo risco do profissional focar apenas em alguns poucos indicadores abandonando outros problemas de saúde.

Ou seja, há inúmeras formas de compor este mix. É fundamental que se leve em consideração a cultura local além das

evidências científicas, que são cada vez mais presentes no tema remuneração. Muitos médicos brasileiros aceitam este mix e o constroem tendo dois empregos: um público em que se paga fixo e outro privado em que se paga por produção. Ou seja, o próprio médico se interessa por este mix e está, de certa forma, alinhado com os estudos. Porém, o componente se dá com diferentes empregos e com dife-

rentes pacientes e, portanto, perde-se o benefício da composição na gestão da clínica do mesmo paciente.

O Brasil precisa caminhar no sentido da implementação gradual do pagamento por capitação e da lista de pacientes por médico, o que incentiva o vínculo. Enquanto este processo não ocorre, é preciso testar composições mesmo que sejam simples como o salário fixo e a produção com ou sem resultados. As formas de remuneração têm um grande potencial de influenciar na custo-efetividade dos serviços, mas não resolvem questões éticas. Desta forma, auditoria e controle serão sempre importantes.

Conceituando prevenção

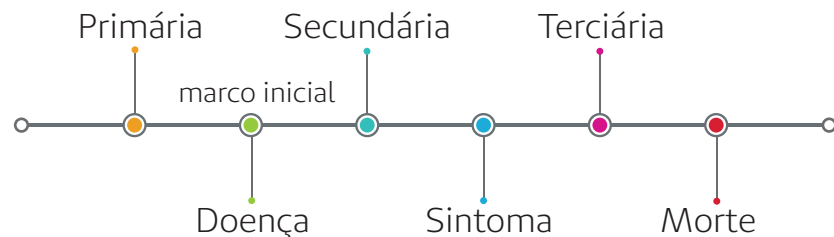
Um dos temas que tem relação com Atenção Primária à Saúde (APS) mais difíceis de abordar é prevenção. O motivo é que este tópico é discutido muitas vezes sem uma base conceitual sólida. Uma primeira confusão muito frequente é a utilização do conceito de prevenção para definir APS. Segundo Barbara Starfield, APS é “atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico”¹. Ou seja, “prevenção” não é um conceito usado para definir APS.

Um segundo ponto pouco debatido é que muitas vezes quando a população leiga, ou até profissionais da saúde, fala em prevenção está na verdade falando em rastreamento ou “check up” que é um dos aspectos da prevenção.

Os autores Hugh R. Leavell and Edwin Gurney Clark, dupla que ficou conhecida como Leavell e Clark, escreveram diversos livros sobre medicina preventiva entre as décadas de 50 e 70 e definiram os níveis primário, secundário e terciário. Ou seja, em um nível primário se faz promoção à saúde (por exemplo imunização), em um nível secundário o rastreamento de doenças (por exemplo medir a pressão arterial) e em um nível terciário tratamento ou reabilitação (por exemplo diagnosticar e tratar tuberculose em um paciente sintomático). A base da teoria da dupla era a “história natural das doenças”.



História Natural das Doenças: Prevenção Primária, Secundária e Terciária²



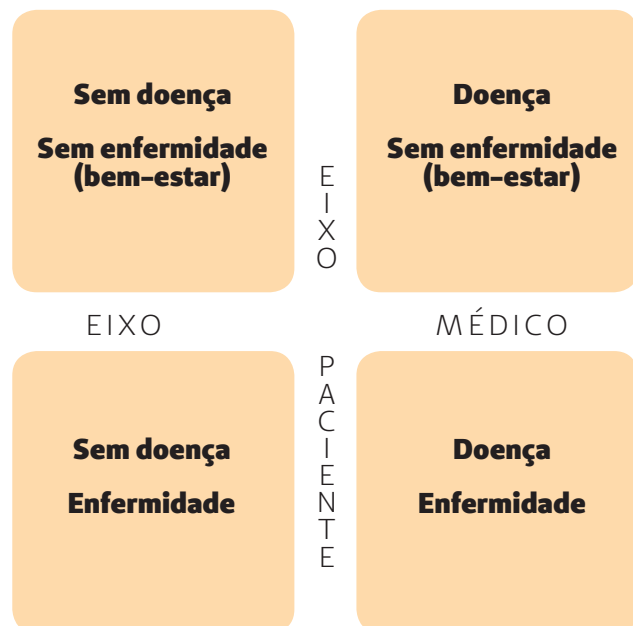
O modelo de Leavell e Clark foi bastante inovador, pois passou a considerar que prevenção seria praticamente todas as atividades do setor saúde. Desde que estes níveis ou modalidades foram aceitos pode-se dizer que todos os profissionais da saúde que estão na assistência, desde os da atenção primária até os médicos especialistas passando pelos médicos de pronto-socorro e até mesmo muitos gestores, praticam “prevenção” (uma ou mais modalidades) a todo instante. Mesmo assim, ao longo das décadas por algum motivo, o termo “prevenção” foi sendo usado como sinônimo de “prevenção secundária” segundo a conceituação da dupla. A possibilidade de descobrir um problema antes que ele se tornasse nocivo e evitar, assim, uma incapacidade ou doença, acabou se tornando algo real mas também passou por um certo “deslumbre” incentivado pela indústria de exames e que tem sido bastante questionado pela epidemiologia clínica.

Um importante autor da área da prevenção, Geoffrey Rose³, passou a usar os termos de uma forma diferente e como muitos de seus estudos eram na área da cardiologia, esta especialidade adotou sua nomenclatura. Para Rose, prevenção primária era a que se fazia antes de um evento e a secundária depois dele para evitar um novo episódio. Ou seja, o AAS pode servir como prevenção primária, segundo Rose, para evitar um primeiro infarto, ou como prevenção secundária para evitar um segundo infarto na mesma pessoa. Ou seja, a intervenção que para Rose é prevenção secundária, para Leavell e Clark é terciária e estas duas diferentes definições são ainda usadas no dia a dia.

Na década de 80 um médico de família belga chamado Marc Jamoulle⁴ criticou o modelo de Leavell e Clark. Para este autor



faltava um tópico fundamental que era a prevenção quaternária. Segundo o modelo deste autor, Leavell e Clark deixaram de considerar que nem todas as doenças causam sintomas ou morte e nem todos os sintomas são causados por doenças. Há queixas vagas ou inespecíficas para as quais não há um diagnóstico de doença. Por isso, ele preferiu mostrar graficamente em forma de eixos ao invés da linha do tempo. O eixo vertical é do paciente e o horizontal do médico. Isto produz quatro quadrantes, ou seja, quando o paciente se sente bem e não tem doença se faz prevenção primária (como definido por Leavell e Clark), quando o paciente se sente bem, mas não sabe que tem uma doença pratica-se prevenção secundária, quando o paciente se sente mal e tem uma doença tem-se a prevenção terciária e quando há um sintoma, mas não uma doença, é preciso praticar a prevenção quaternária. Este autor definiu esta prevenção como “ação feita para identificar um paciente em risco de super-medicalização, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis”⁵.



**Não enfermidade
(bem-estar)**

Não Doença

Prevenção primária

Ação feita para evitar ou remover a causa de um problema de saúde em um indivíduo ou população antes de ele ocorrer (ex.: imunização)

EIXO

Enfermidade

Prevenção quaternária

Ação feita para identificar um paciente em risco de supermedicalização, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis

Doença

Prevenção secundária

Ação feita para prevenir o desenvolvimento de um problema de saúde desde os estágios iniciais no indivíduo ou população, encurtando o seu curso ou duração (ex.: rastreamento para câncer de colo de útero)

DOENÇA

Prevenção terciária

Ação feita para reduzir o efeito ou prevalência de um problema de saúde crônico em um indivíduo ou população por meio da diminuição do dano causado pelo problema de saúde crônico ou agudizado

E
I
X
O

E
N
F
E
R
M
I
D
A
D
E

Ainda na década de 80 um outro autor, Bury⁷, usou o conceito de prevenção quaternária para definir o cuidado paliativo que se faz no fim da vida, mas não modificou o modelo de Leavell e Clark e da história natural das doenças.





Rastreamento de doenças: prevenção secundária

Rastreamento é considerado prevenção secundária, segundo as definições de Leavell e Clark¹. Na década de 1980, Geoffrey Rose¹ passou a usar o termo prevenção secundária para aquela ação que objetiva evitar um segundo evento (por exemplo, um infarto em quem já teve infarto). Este conceito seria prevenção terciária para Leavell e Clark (tabela).

É difícil não ser iconoclasta quando se fala em rastreamento de doenças. Este

SISTEMATIZAÇÃO DOS CONCEITOS DE PREVENÇÃO		
Autores	Conceitos	Fundamentação
Leavell e Clark (1965).	Prevenção primária, secundária e terciária.	História natural da doença.
Geoffrey Rose (1992).	Prevenção primária e secundária.	Antes ou depois do evento a ser prevenido.
Bury (1988).	Prevenção quaternária.	História natural das doenças e cuidado paliativo.
Marc Jamouille (1985).	Prevenção quaternária.	Antropologia médica, medicina geral, pontos de vista do médico e do paciente.

tema foi impulsionado por alguns motivos, vários deles nobres. O primeiro motivo é a transição epidemiológica porque passaram os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Ou seja, as doenças infecto-contagiosas deram lugar a doenças chamadas crônicas que, por serem insidiosas, teriam mais chance de serem detectadas precocemente. O segundo motivo foi o sucesso no pós-guerra de iniciativas com base em rastreamentos, como a medida da pressão arterial e o Papanicolau. O câncer de colo de útero é um dos raros exemplos na medicina em que um câncer tem causa conhecida e curso insidioso, portanto, passível de ser prevenido.

Os problemas começam quando se extrapola eventuais sucessos, caindo em armadilhas e frases de efeito como “é sempre melhor prevenir do que remediar”. Com o advento da Medicina Baseada em Evidência, sabe-se que além das preferências dos pacientes e da experiência do profissional, é importante levar em consideração estudos de qualidade, em especial ensaios clínicos randomizados. Estes não valem apenas para intervenções medicamentosas, mas são os melhores estudos para avaliar rastreamento. E o que aconteceu foi que, nas últimas décadas, o que deveria ser uma intervenção racional, focada no custo efetividade, se transformou em uma indústria sem fundamento científico cujo foco é alimentar os serviços de saúde com novas e infundáveis demandas, o que acarreta cada vez mais falsos positivos, cascata diagnóstica e sobrediagnóstico, sem falar nos custos.

Para compreender o que está ocorrendo é importante resgatar as idéias de Geoffrey Rose, além de toda conceituação da Medicina Baseada em Evidências, que não é o foco aqui. Segundo Rose, existem intervenções individuais e populacionais. As individuais focam nas pessoas de mais risco posicionadas na curva de Gauss (ou distribuição normal) enquanto as populacionais focam em todo um conjunto de pessoas selecionadas (por exemplo, por faixa etária). Na intervenção individual seleciona-se o indivíduo, em geral, através de escalas de risco. Na intervenção populacional, todos os indivíduos sofrem a intervenção. É o exemplo do uso do cinto de segurança que não foca apenas em quem dirige perigosamente, ou do aumento do preço do cigarro que faz com que todos os tabagistas, leves ou pesados, diminuam o consumo.



O grande equívoco acontece quando se transforma intervenções individuais em populacionais. Elas são necessariamente distintas porque as intervenções populacionais têm menos riscos, uma vez que se vai atingir grande número de pessoas. As intervenções individuais, em geral, carregam mais riscos porque pretendem atingir pessoas também nessa situação e o balanço risco/benefício é, em geral, favorável desde que focada nesses indivíduos. Quando se pega a mesma intervenção individual e se estende para toda a população, incluindo indivíduos de menos risco, o próprio prejuízo da intervenção se sobrepõe ao benefício.

É o caso do rastreamento que, segundo Rose, é uma intervenção individual de base populacional. Ou seja, seu foco é procurar indivíduos em risco para estes sofrerem as intervenções subsequentes. Porém, o próprio rastreamento é uma intervenção em si, e quando os limiares caem, mais gente é selecionada para as intervenções subsequentes, fazendo com que elas passem a pertencer a um grupo ao qual não deveriam e que muitas vezes os estudos não contemplaram (os estudos quase sempre incluem pessoas em maior risco, porque são nelas que o benefício fica mais claro). Estes limiares e a cascata diagnóstica que vem em seguida fazem do rastreamento uma intervenção nada inócua e que precisa ser discutida em termos de risco versus benefício com os pacientes. O limiar da pressão arterial sistólica considerada normal já foi, há vinte anos, 160 mmHg e hoje é 140 mmHg, mas com muitos movimentos pressionando que fique em 120 mmHg, sendo que uma revisão Cochrane demonstrou que, para pessoas de baixo risco, tratar a pressão arterial até 160 x 100 não traz benefícios, mas sim prejuízos³. Porém, este tipo de estudo é pouco divulgado porque o marketing da doença ou até do fator de risco (ou disease mongering) hoje suplanta a racionalidade e dificulta uma prática científica pelos profissionais da saúde.

Assim, considerando a confusão de informações, um recurso é usar as sistematizações de agências idôneas como o US Preventive Services Task Force⁴, que sistematiza o conjunto de conhecimentos e sugere quais rastreamentos são efetivos com base nos melhores estudos vigentes e, quais trazem mais prejuízos que benefícios.



Registro clínico adequado à Atenção Primária à Saúde (APS)

O prontuário é muitas vezes chamado de “terceiro elemento” da consulta. Faz uma triangulação com o paciente e com o médico dividindo a atenção deste. Desde que o prontuário era em papel, houve grande acúmulo científico quanto a forma de se registrar corretamente tanto em ambiente hospitalar quanto em ambiente ambulatorial, mais especificamente na APS.

Os trabalhos de Lawrence Weed no final da década de 1960 representam um marco para o registro clínico adequado à APS. Este autor sistematizou o que viria a ser conhecido como Registro Clínico Orientado por Problemas (ou Problem Oriented Medical Record). Essencialmente, ele descreveu a lista de problemas e o método de registro chamado SOAP.

A Lista de Problemas é a parte essencial da “folha de rosto” de qualquer prontuário utilizado em APS. Esta lista deve conter apenas problemas que comprovadamente existem e jamais hipóteses diagnósticas ou condutas. Os problemas podem ser sintomas ainda em investigação, que para comprovar a existência basta ter sido relatado pelo paciente ou responsável, ou doenças e condições de saúde de fato diagnosticadas como hipertensão, gestação ou diabetes. A lista de problemas não é um local onde deve constar os medicamentos em uso ou resultados de exames. Estes devem conter listas específicas

O registro das consultas devem seguir o método SOAP, ou seja, Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Conduta. As definições e regras são simples mas devem ser seguidas.

S – Subjetivo: deve estar descrito o que o paciente disse. Não necessita aspas ou “sic” porque, por definição, todo conteúdo

do “S” é uma descrição fiel do que o paciente relatou. Deve-se usar os termos do paciente ou o mais próximo possível, exceto quando este aponta o local de uma dor ou sintoma e, neste caso, o médico ou profissional da saúde descreve a localização anatômica com termos técnicos. Se o paciente relata que está com “icterícia” e o profissional observa que provavelmente ele está equivocado, o relato deve conter a palavra “icterícia” sem muitas interpretações neste momento. Caso haja antecedentes pessoais



e familiares relevantes ao problema deve constar no “S” também. No “S”, portanto, pode conter sintomas, doenças (quando o paciente vem para dar seguimento no tratamento de uma doença conhecida) ou intervenções como exames, atestados ou medicamentos (quando o paciente vem solicitar)

O – Objetivo: neste espaço os exames laboratoriais e físicos devem ser registrados. Em geral estes são focados na investigação do problema ou condição em questão.

A – Avaliação: deve constar a impressão diagnóstica do profissional. Sempre deve ser registrado o termo ou conceito mais específico possível. Por exemplo, se no “S” foi relatado e registrado um desconforto em epigastro tipo queimação, e o exame físico não permite um diagnóstico mais preciso, no “A” deve ser registrada azia ou repetir dor em epigastro. Repetir o sintoma no “A” é muito comum na APS e esta ação recebe o nome de “sintoma como diagnóstico”. Caso a anamnese sugira e o profissional queira anotar a hipótese diagnóstica após registrar o conceito mais específico possível no momento, é possível mas, sempre com interrogações. Por exemplo: “A” – dispepsia – refluxo gastro esofágico? Neste caso a avaliação principal é dispepsia e só poderia estar registrado o refluxo sem o conceito de azia caso houvesse uma evidência clínica ou laboratorial.

P – Plano: trata-se do plano terapêutico traçado em conjunto com o paciente. Envolve exames, medicações ou medidas comportamentais

Toda consulta deve ter um “S”, um “A” e um “P”. Algumas consultas, em especial de saúde mental não têm o “O”. Mas em geral, um “S” leva a um “O”, que leva a um “A” que leva a um “P”. Na avaliação dos prontuários esta sequência deve ser lógica e seguir a boa prática médica.

Muitos profissionais acostumados ao registro de internação hospitalar enxerga semelhanças entre as duas formas. É verdade que o subjetivo se assemelha a queixa e duração, que o objetivo parece com o exame físico, a avaliação com a hipótese diagnóstica e o plano com a conduta. Porém, toda a lógica do registro é diferente. O SOAP é registrado de tal forma que ele deve ser lido continuamente.





Ou seja, o plano de uma consulta (solicitação de exames, por exemplo) leva ao subjetivo da seguinte (paciente vem mostrar exames, por exemplo) e assim por diante.

Além disso, no registro da APS há sempre uma “folha de rosto” (que são dados armazenados e importados por meio dos diversos SOAPs) onde constam os antecedentes familiares, hábitos, vacinas, resultados de exames e medicações em uso, além da lista de problemas. Ou seja, toda esta informação é preenchida ao longo do tempo. Um campo que simboliza a diferença do registro de internação para o registro adequando à APS é o antecedente pessoal. Como na APS todos os proble-

mas são relevantes, tabagismo não é antecedente pessoal de hipotireoidismo ou vice-versa. Os dois, caso presentes, estão na lista de problemas sem uma hierarquia.

Desta forma, o item “A” do SOAP alimenta a lista de problemas. O profissional deve decidir quais problemas do “A” (avaliação) que ele importará para a lista de problemas. Em geral são problemas crônicos ou relevantes. Na maioria das vezes há opção de “inativar” um problema que se torna, então, automaticamente um “antecedente pessoal”.

Um outro conceito que trouxe mais complexidade ao tema foi o “episódio de cuidado”, definido e estudado por Henk Lamberts da Universidade de Amsterdam,

na década de 80. Este conceito valoriza o atributo da longitudinalidade e permite a visualização dos diversos SOAPs a partir de uma linha do tempo chamada de “episódio de cuidado”. Ainda há muita resistência ao seu uso porque mesmo com as facilidades dos prontuários eletrônicos, para se trabalhar por “episódio de cuidado” é preciso que cada problema lidado na consulta tenha um SOAP específico. Por outro lado, utilizando esta forma de registro, permite-se mensurar quais exames foram solicitados para quais problemas e quais sintomas levaram a quais diagnósticos. Estes dados têm grande relevância no cálculo da probabilidade pré-teste e, portanto, no raciocínio clínico.

Avaliação da Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um “lugar” no sistema de saúde assim como o hospital. Tem as funções de primeiro contato, coordenado, ao longo do tempo e resolutivo. Portanto, constitui uma rede complexa de serviços que necessita ser avaliada. Da mesma forma que outros temas, como o profissional adequado para trabalhar nesse local e o registro clínico apropriado, a avaliação da APS tem inúmeras especificidades que precisam ser respeitadas. Não é correto utilizar as mesmas ferramentas de avaliação de uma enfermaria, UTI, ou mesmo aquelas adequadas para hospitais de pequeno porte.

Um dos autores mais importantes que escreveram sobre avaliação da qualidade em saúde foi Avedis Donabedian. Este autor sistematizou a avaliação na famosa tríade: estrutura, processo e resultado. Segundo esta classificação, os resultados são frutos de estrutura e processo. Por exemplo, um simples exame de papanicolau exige uma complexa cadeia que deve ser bem articulada:

Estrutura	existência do espécuro e demais materiais para fazer a coleta do papanicolau; existência da mesa ginecológica ou adequada para a coleta do papanicolau.
Processo	existência do profissional capacitado e disponível para fazer a coleta do exame; existência de serviço que colete o exame; existência de profissional capacitado para analisar o exame; mecanismo que permita a devolução do resultado do exame ao paciente ou unidade coletora.
Resultado	cobertura de papanicolau.



Ou seja, qualquer elo desta cadeia que não funcione de forma adequada e articulada faz com que o resultado seja prejudicado. Faz parte da cultura brasileira fazer o caminho inverso ao natural. Ou seja, a partir do resultado cobrar estrutura e processo, ou ainda, a partir do resultado, mesmo sem uma avaliação apropriada da estrutura e do processo, cobrar a melhoria do resultado.

Este mecanismo é especificamente nocivo na APS porque a melhora de um resultado de forma artificial pode, inclusive, prejudicar o serviço como um todo, pois desloca a escassa estrutura e o deficiente processo para produzir este resultado desejado pela gestão de forma artificial. Por isso, mesmo que se avalie o resultado é importante sempre utilizar instrumentos de estrutura e processo.

Os instrumentos mais usados para avaliar a APS são:

- European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (Europep).
- Primary Care Assessment Survey (PCAS).
- Primary Care Assessment Tool (PCATool).

Os três têm semelhanças e focam na avaliação da estrutura e processo. O Europep, de certa forma, consegue atingir mais um nível micro, ou seja, investiga a relação médico-paciente. O PCAS e o PCATool procuram avaliar o serviço de APS de um ponto de vista um pouco mais macro. O PCATool, além de ter sido validado para diversos idiomas, inclusive para o português brasileiro, é dividido exatamente de acordo com os atributos da APS: acesso, coordenação, longitudinalidade e cuidado abrangente. Inclui ainda atributos derivados como abordagem comunitária e familiar. Além disso, tem os instrumentos específicos para crianças (cujos responsáveis respondem), adultos, profissionais da saúde e gerentes. Como é um instrumento extenso, foi feita uma versão resumida também validada para o português brasileiro. Ser focado nos atributos traz a vantagem de permitir a avaliação desagregada, ou seja, por atributo. Afinal, um serviço pode estar melhor no acesso enquanto outro na coordenação.

No Brasil, recentemente o Ministério da Saúde criou um instrumento próprio chamado Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), que não pas-





sou por um processo de validação e permite, para cada questão, interpretações diferentes dependendo do investigador. Por exemplo, a pergunta “os profissionais da equipe de atenção básica têm formação qualificada para atuarem na AB” não tem uma parametrização clara.

Além dos instrumentos citados, há outras formas de mensurar os resultados

que diferem dos tradicionais indicadores, como “porcentagem de diabéticos tratados” ou “porcentagem de diabéticos que têm o colesterol medido”. O conceito de Internações por condições sensíveis à APS permite avaliar se o serviço evita internações e está bem estruturado. É, portanto, um indicador de resultado, porém integrada à gestão. Por exemplo, um

serviço pode deixar passar internações por causas cardiológicas, mas no global é um serviço efetivo para evitar internações, enquanto outro, embora tenha uma atuação mais homogênea em relação às causas frequentes de internação, tem pior resultado. Ou seja, é um indicador que reflete a estrutura e o processo do serviço de APS que demanda o hospital.

Federação das Unimed's do Estado de São Paulo – Unimed Fesp

Rua José Getúlio, 78/90 – Aclimação

01509-000 São Paulo – SP

www.unimedfesp.coop.br



ANS Nº 319996

Setembro de 2019