



## MAIOR ABRANGÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: VANTAGEM OU DESVANTAGEM NOS NOSSOS DIAS?

### IS COMPREHENSIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE AN ADVANTAGE OR A DISADVANTAGE?

Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Phillips RL Jr. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. *Ann Fam Med.* 2015;13(3):206-13.

Uma das características fundamentais dos cuidados de saúde primários (CSP) diz respeito à abrangência da prática clínica, mas a sua relação com os resultados em saúde permanece por esclarecer.

O termo abrangência relaciona-se com o acesso por todos os utentes a cuidados de saúde integrados, prestados por clínicos capazes de providenciar a maioria das necessidades dos cuidados em saúde. Entre as especialidades médicas, a esfera de ação da medicina geral e familiar (MGF) é provavelmente a mais abrangente, garantindo a cobertura de um amplo espectro de problemas de saúde e modalidades de tratamento, incluindo doentes internados, em ambulatório, obstétricos, pediátricos, geriátricos, cirurgias *minor*, entre outras. Em teoria, os cuidados de saúde abrangentes serão capazes de levar a cabo “*the right care, at the right time, in the right place*”, evitando custos de saúde tão mais caros quanto mais tardios.

Apesar de uma formação vasta e ampla, o alcance dos cuidados prestados pelo médico de família (MF) tem vindo a diminuir. Algumas razões apontadas serão o atual estilo de vida, a pressão competitiva no mercado das várias especialidades ou os incentivos para simplificar a prática clínica. Os MF optarão por exercer exclusivamente em ambulatório, enquanto uma gama crescente essencialmente em ambiente hospitalar, nomeadamente no serviço de urgência. Consideram-se atualmente novas definições para os CSP, que vão para além das linhas orientadoras tradicionais e que incluem estreitar funções na MGF em nome da eficiência. Não obstante esta tendência, o relatório de 2004 *Future of Family Medicine Report* refere que a disciplina está empenhada em providenciar os serviços médicos globais expectáveis pelo MF.

Décadas de evidência suportam o potencial dos CSP como antídoto para os custos em saúde, que representa grande parte da fatia da economia global. Considerando os avanços nos cuidados de saúde, variações demográficas e a variação da amplitude na prática clíni-

ca dos MF, desconhece-se se a abrangência nos cuidados terá ainda efeitos positivos nos custos de saúde. Os autores decidiram, por isso, estudar a relação entre a abrangência individual de diferentes MF e os resultados em saúde dos seus utentes, nomeadamente as taxas de hospitalização e o custo total dos serviços prestados.

Para tal elaboraram um estudo no qual foi considerada uma amostra de utentes, constituída por beneficiários de um programa de segurança social americano, o *Medicare*, que providencia seguros de saúde. Consideraram-se apenas os beneficiários com idade igual ou superior a 65 anos e que solicitaram uma observação pelos médicos da amostra, pelo menos uma vez em 2011. Os médicos incluídos no estudo foram retirados de um *pool* total de 31.000 médicos registados na *American Medical Association Masterfile* e que prestam cuidados ditos primários, incluindo MF, clínicos gerais, internistas, geriatras e pediatras. Posteriormente, criou-se uma subamostra restrita aos MF que obtiveram certificação do diploma de licenciatura com o *American Board of Family Medicine* (ABFM) entre os anos 2007 e 2011. Paralelamente foram constituídas duas medidas de abrangência. A primeira, capaz de captar os padrões de prática dos MF, a partir do questionário de auto-preenchimento do exame de certificação do ABFM, onde o MF relata informação, nomeadamente o tempo que dedica às diferentes atividades clínicas (cuidados ao recém-nascido, pequena cirurgia, dor, partos, etc). A segunda medida utiliza os códigos *Bereson Eggers Type of Service* (BETOS). Estes standardizam e somam os vários tipos de procedimentos usados nos serviços prestados pelo MF nas solicitações *Medicare*. Como medidas de resultado em saúde consideraram-se os pagamentos efetuados por cada beneficiário durante o ano 2011 e os doentes com pelo menos uma hospitalização durante o ano 2011.

Procurou-se estabelecer a associação entre as duas medidas de abrangência e características dos utentes,



médicos e características geográficas sobre o local de ação do MF. Realizou-se uma regressão linear para estabelecer a associação entre as medidas de abrangência e as medidas de pagamento de serviços e, ainda, uma análise multivariada (considerando apenas os MF sujeitos a certificação) para verificar a associação das medidas de abrangência com os serviços de saúde utilizados e probabilidade de hospitalização.

Durante o ano 2011, 3.652 MF observaram 555.165 beneficiários *Medicare* e 1.133 MF, com diploma certificado entre 2007 e 2011, observaram 185.044 beneficiários *Medicare*. A maioria dos utentes era do sexo feminino, caucasianos, com idade média de 75 anos.

Entre os MF da amostra variou muito a medida de abrangência do ABFM para as diferentes áreas clínicas, assim como a utilização de códigos BETOS. Estabelecendo associação entre estas medidas e as caracterís-

ticas do MF, verifica-se que o MF licenciado no estrangeiro obtém um *score* BETOS significativamente menor do que se licenciado nos EUA; uma licenciatura mais recente associa-se a um *score* do ABFM maior; MF do sexo feminino obtém menor *score* BETOS; MF na área rural e em áreas com maior número de MF *per capita* têm maior *score* em ambas as medidas de abrangência.

Na análise multivariada parece não haver relação entre as medidas de abrangência e a probabilidade de hospitalização do doente. Pelo contrário, verifica-se uma associação negativa entre as medidas de abrangência e os pagamentos *Medicare* (beneficiários tratados pelos MF com mais altos *scores* de abrangência têm despesas totais 10,3% inferiores aos doentes tratados por MF com *scores* mais baixos) e, portanto, uma clara tendência para menores taxas de pagamento por utente quanto mais alto o grau de abrangência.

### Comentário

A WONCA, na sua declaração de 2002, enfatiza a abordagem abrangente como uma das competências nucleares do MF, ou seja, essencial para a disciplina e que deve estar presente independentemente do sistema de saúde em que seja aplicada.<sup>1</sup> No entanto, permanece uma das características menos estudadas dos CSP. Existe evidência considerável acerca do benefício da continuidade e coordenação dos cuidados, mas poucos estudos avaliam empiricamente o valor da abrangência. Com este estudo verifica-se que uma gama mais ampla de serviços prestada pelo MF associa-se a menos custos e menor número de hospitalizações associadas à *Medicare*.<sup>2</sup> Esta evidência leva-nos a uma conjuntura reflexiva em MGF. Em 2004, sete organizações americanas de MGF reafirmaram que todos os MF estão comprometidos em providenciar cuidados abrangentes aos seus utentes. Declaram ser a abrangência um dos valores-chave da especialidade, responsável por muito do que a população valoriza e pela confiança que a mesma deposita nos CSP e que contribuiu para a formação da identidade individual e estabelecimento da posição do MF na comunidade médica.<sup>3</sup> No entanto, ao MF estão a ser solicitadas a aquisição e a aplica-

ção de cada vez maior número de habilidades, nomeadamente na administração e liderança de equipas, no aumento das capacidades informáticas, burocráticas, sociais, entre outras – tudo isto enquanto cuidam de um *pool* de doentes cada vez mais idoso e com maior número de patologias. A realidade em Portugal não é exceção, sendo que a atual conjuntura económico-social acarreta nos CSP um dia-a-dia cada vez mais exigente, com necessidade de dar resposta a um maior número de atividades, através de políticas focadas na gestão da saúde mais eficiente e ao menor custo. Num estudo acerca da complexidade da especialidade de MGF, da década de 90, ¼ dos MF considerou que o espectro de cuidados era mais alargado do que deveria ser e 30% acreditava que esta amplitude tinha aumentado nos últimos anos.<sup>4</sup> A complexidade com que se pauta a especialidade tem sido referida inclusivamente como fator de sobrecarga e *burnout*.<sup>5</sup> Tais forças motrizes tendem a afastar o MF para longe do que são os tradicionais elementos da prática clínica e a disciplina tem-se perguntado se os valores de base se mantêm os mesmos e imutáveis. À medida que a disciplina revela uma nova visão, que tende a acompanhar uma sociedade mais desenvolvida e exigente sob o ponto de vista



económico-social, é razoável examinar o significado do generalismo da prática e a importância do conjunto de serviços que definem a MGF. Mas apesar de todas estas questões, este estudo vem mostrar que uma maior abrangência dos cuidados de saúde por parte dos MF se associa a uma diminuição dos custos. Não obstante toda a pressão económica atual, a realidade pressupõe o seguimento de populações cada vez mais complexas, com diferenças a nível do estado de saúde, cultura e acesso aos cuidados, pelo que se acredita que beneficiarão enormemente de um sistema baseado em CSP robusto e igualitário, com uma abordagem generalista mas que prioriza e personaliza cuidados.<sup>5-6</sup>

Como limitações a este estudo, os autores referem que as medidas de abrangência podem falhar em transparecer todas as suas dimensões ou em cobrir todo o espectro de idade, problemas de saúde e modalidades englobadas na prática do MF. Isto resultará na subestimação dos reais efeitos dos resultados da abrangência. Além disso, uma das medidas é baseada em dados sobre a prática clínica de uma amostra específica de MF, não existindo, no entanto, outros estudos mais amplos e passíveis de comparação. Acresce o facto de os beneficiários *Medicare* do estudo em questão serem caracteristicamente uma população com multimorbilidade relativamente à população geral e com um alto grau de utilização de serviços médicos, sendo difícil transpor resultados para a população geral.

Tanto os resultados apresentados, como as suas limitações, pedem por mais investigação na área das medidas de abrangência em CSP e a sua relação com custos, acesso e qualidade do serviço. No entanto,

estes mesmos resultados devem encorajar as políticas de saúde a suportar uma prática mais abrangente e robusta. Ao mesmo tempo, os líderes da MGF e as instituições de formação devem ponderar como ajudar a preservar a noção de amplitude e abrangência no treino da especialidade numa era de crescimento de heterogeneidade e prática restritiva para os seus formandos.

Isabel Dias Coelho  
Médica Interna de Medicina Geral e Familiar  
USF CSI Seixal

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evans P, editor. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar) [Internet]. Barcelona: WONCA Europa; 2002 [cited 2015 Oct 2]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>
2. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare program: general information [Internet]. Baltimore: CMS; 2014 [cited 2015 Oct 2]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html>
3. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2 Suppl 1:S3-32.
4. St Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *N Engl J Med*. 1999;341(26):1980-5.
5. Braga R. Complexidade em medicina geral e familiar [Complexity in family medicine]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013;29(2):82-4. Portuguese
6. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):293-9.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não ter conflito de interesses.

*Artigo escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.*