

Cuidados comunitários e cuidados hospitalares: centrados nas instituições ou no doente?

Este tema foi objecto de uma conferência proferida pelo autor no 3º congresso Luso-Galego de Medicina Familiar e Comunitária realizado em Guimarães em Maio de 1998.

VASCO A. J. MARIA*

RESUMO

O actual sistema de saúde apresenta limitações e constrangimentos vários, dos quais se destacam, uma reduzida acessibilidade, a duplicação de cuidados, a ausência de comunicação entre cuidados primários e cuidados hospitalares e a ausência de garantia de continuidade e globalidade de cuidados.

Apesar das insuficiências do sistema, bem reconhecidas por todos, diversos factores de natureza institucional, cultural, política e económica constituem barreiras ao processo de mudança, fazendo com que hospitais e centros de saúde continuem, desde há muito, de costas voltadas.

No presente artigo, preconiza-se uma abordagem faseada do problema com vista ao estabelecimento de relações e colaboração entre cuidados primários e cuidados secundários, no sentido de criar um sistema de saúde verdadeiramente centrado nos interesses dos cidadãos e não das instituições envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE:

Cuidados Primários; Cuidados Hospitalares; Integração de Cuidados; Sistemas de Saúde

Introdução

O problema da relação entre cuidados de saúde comunitários e cuidados de saúde hospitalares tornou-se, nos últimos anos, e particularmente em alguns países desenvolvidos, objecto de discussão e debate no que se refere às políticas de saúde e à organização da prestação dos cuidados médicos a

populações doentes e saudáveis¹⁻⁴.

Esta questão ganha particular relevância quando se considera o problema dos custos crescentes com os cuidados de saúde⁴⁻⁶ decorrentes do envelhecimento da população, das expectativas dos consumidores quanto aos serviços de saúde disponíveis e do desenvolvimento tecnológico da medicina.

De facto, na discussão deste problema, perfilam-se actualmente duas tendências antagónicas:

Uma defende que o crescimento dos custos com os cuidados de saúde é incontornável e que só há duas

alternativas: pagar a conta ou racionar os cuidados.

A outra argumenta que é possível reduzir drasticamente os custos com os cuidados de saúde sem comprometer a disponibilidade e a qualidade dos mesmos. Os defensores desta posição adiantam que a solução para o problema passa pela introdução de modificações no próprio sistema que levariam a uma melhoria do mesmo.

Com o objectivo de conter o crescimento dos custos com a saúde têm sido ensaiadas algumas medidas de carácter essencialmente político, nomeadamente: i) a mudança do foco de atenção dos hospitais para os cuidados primários; ii) a contenção dos orçamentos hospitalares e iii) o favorecimento, mais ou menos explícito, da Clínica Geral a vários níveis. Estas experiências têm-se revelado, contudo, pouco efectivas na resolução do problema^{1,2}.

A ideia dos cuidados partilhados, tratados neste artigo numa perspectiva estritamente médica, ou seja, cuidados que são prestados por especialistas em cuidados comunitários e especialistas hospitalares de acordo com protocolos bem definidos, tem sido defendida em alguns países como a solução mais adequada para o problema dos custos com os cuidados de saúde.

De facto, este modelo é visto por políticos e responsáveis pela gestão da saúde como uma possível solução para o problema dos custos crescentes com os encargos da saúde podendo, adicionalmente, contribuir para a racionalização do sector hospitalar, a organização dos cuidados comunitários e a melhoria do nível de qualidade geral dos cuidados prestados. Seria possível, assim, uma distribuição mais equitativa e mais eficiente dos recursos disponíveis.

*Assistente Graduado de Clínica Geral e Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

Em Portugal esta filosofia tem sido também defendida desde há alguns anos. Na verdade, já em 1997 no documento do Ministério da Saúde «Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século»⁷ na sua opção estratégica n.º 2 defendia-se a criação de sistemas locais de saúde/unidades funcionais, representando esta abordagem uma perspectiva integradora dos serviços de saúde de uma determinada área geográfica. A articulação eficiente dos cuidados implicaria, nesta perspectiva, uma actuação conjunta a nível do planeamento, da informação, do financiamento e da gestão dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

Constrangimentos do actual sistema de saúde

Pese embora o nível elevado dos gastos com a saúde que actualmente se verifica em Portugal, as necessidades de mudança que desde há algum tempo vêm sendo advogadas não podem e não devem basear-se exclusivamente em razões de ordem económica. A par dos custos crescentes com os cuidados de saúde, outros argumentos podem justificar a introdução de alterações ao actual sistema:

a) Reduzida acessibilidade

Um dos principais problemas identificados, resultante das assimetrias e da bipolarização do actual sistema, consiste na dificuldade de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. As dificuldades de acesso verificam-se em vários pontos do sistema e, contrariamente ao que é referido habitualmente, não são exclusivas dos Centros de Saúde. Na verdade, o tempo de espera para aceder a consultas de especialidade

e a tratamentos hospitalares especializados, atinge, na maior parte dos hospitais portugueses, valores absolutamente inaceitáveis.

b) Duplicação de cuidados

Por outro lado, e a vários níveis do sistema, verifica-se duplicação de cuidados e consumo exagerado dos mesmos. De facto, existem numerosas redundâncias no sistema que se manifestam pela duplicação de consultas, pedido repetido de exames auxiliares de diagnóstico e excessiva prescrição medicamentosa.

A prescrição de medicamentos e de exames complementares diferida dos hospitais para os centros de saúde, estratégia ainda frequentemente utilizado para fazer face aos constrangimentos orçamentais hospitalares, origina duplicação de consultas, carga de trabalho acrescida para os Clínicos Gerais, insatisfação dos doentes e, em última análise, representa um desperdício considerável de recursos.

Uma outra prática também frequente consiste na substituição, durante o internamento, dos medicamentos anteriormente utilizados pelo doente. Quando da alta hospitalar, não são tidos em conta esses medicamentos e são-lhe prescritos novos fármacos, frequentemente sem valor terapêutico acrescido e, por vezes, com um perfil de segurança inadequado. Esta prática acarreta custos significativos e levanta questões pertinentes quanto à responsabilidade médica.

c) Ausência de comunicação

Apesar da disponibilização e utilização crescente de novas tecnologias na troca de informação, a comunicação entre os centros de saúde e os hospitais continua a ser um importante problema. Vários estudos realizados, incluindo alguns em

Portugal⁸, mostram que as cartas de referência dos médicos de Clínica Geral para as consultas de especialidade hospitalares apresentam, em geral, dados insuficientes ou inconsistentes e a informação nelas contida é considerada de qualidade inferior.

Do mesmo modo, quando os doentes são referenciados ao hospital, são muitas vezes «devolvidos» ao seu médico assistente sem qualquer informação de retorno. Também as notas de alta hospitalar carecem, frequentemente, de informação relevante para o seguimento dos doentes a nível da Clínica Geral

d) Ausência de garantia de cuidados globais e continuados

As deslocações dos doentes entre os centros de saúde e os hospitais, como entidades prestadoras de cuidados frequentemente fechadas sobre si próprias, com estruturas e tipos de organização radicalmente diferentes, são em geral penosas pela dificuldade de orientação dentro do sistema.

O internamento hospitalar traduz-se, em geral, pelo afastamento do doente do seu médico assistente, numa fase em que se encontra mais vulnerável e tem frequentemente como consequência a quebra de continuidade dos cuidados.

Por outro lado, e como consequência da ausência de uma visão integradora do indivíduo doente, existem hiatos significativos na prestação de cuidados, com comprometimento da globalidade dos mesmos.

Vantagens da articulação de cuidados

Deste modo, a articulação de cuidados propiciaria vantagens significativas para todos os interve-

nientes no processo de prestação de cuidados médicos:

1 – Para o doente, a partilha de cuidados representa uma garantia de continuidade, globalidade e consistência dos cuidados que recebe. Poderá também traduzir-se numa melhoria significativa da acessibilidade e da qualidade geral dos cuidados prestados.

2 – Para o Clínico Geral/Médico de Família pode significar uma redução do isolamento em que habitualmente desenvolve a sua actividade, maiores oportunidades de formação e treino em áreas específicas e, como consequência, maior satisfação profissional.

3 – Para o especialista hospitalar, a articulação de cuidados pode significar a possibilidade de, através do Clínico Geral, proporcionar ao doente cuidados mais globais e continuados.

4 – Finalmente, para o país pode traduzir-se na racionalização da utilização e na distribuição mais equitativa dos recursos de saúde disponíveis.

Barreiras ao processo de mudança

Porquê, então, a manutenção do actual sistema?

Existem diversos factores que constituem barreiras impositivas dos processos de mudança nesta área:

a) Factores institucionais e culturais.

Os hospitais e os centros de saúde têm vivido, desde sempre, de costas voltadas, constituindo realidades distintas e independentes, baseadas em conceitos de saúde por vezes radicalmente diferentes.

Os hospitais são, em geral, estruturas rígidas e fechadas que raramente se abrem à comunidade. Da parte dos especialistas hospitalares

a atitude prevalente é a de considerarem os Clínicos Gerais como médicos indiferenciados e de 2ª classe. Esta atitude radica, muito provavelmente, no estereótipo do «médico da Caixa», pesada herança para a Clínica Geral, e na ideia errada daquilo que é a prestação de cuidados de saúde a uma população de doentes e indivíduos saudáveis na comunidade.

Da parte dos Clínicos Gerais, prevalece uma cultura individualista, facilitada pelo isolamento em que frequentemente têm de desempenhar a sua actividade. Em geral, os profissionais dos centros de saúde têm assumido um papel passivo e secundário em tudo o que se relaciona com os hospitais, mesmo quando estão envolvidos os interesses dos seus doentes.

b) Factores organizativos

Os modelos de prestação de cuidados são significativamente diferentes a nível do hospital e da Clínica Geral. A ausência de interligação e comunicação entre os cuidados primários e secundários faz com que os doentes tenham de mover-se entre dois mundos distintos, em que a continuidade e a globalidade de cuidados acabam por se perder. A institucionalização desta realidade tem como consequência a criação de um fosso quase intransponível entre hospitais e centros de saúde.

A existência de orçamentos separados, frequentemente magros e mal geridos, favorece a emergência de estratégias vários para suprir essas dificuldades e tem como consequência um estado de desconfiança latente, com recriminações mútuas pelas ineficiências do sistema.

Uma inadequada distribuição dos recursos humanos a nível dos centros de saúde, provoca distorções no sistema, com carga de trabalho

excessiva em alguns deles. Este facto, a par de uma organização e gestão em geral deficientes, provoca um profundo estado de frustração e apatia nos profissionais.

Toda esta situação é ainda agravada pela ausência quase total de hierarquia técnica nos centros de saúde.

c) Factores políticos e económicos

Os hospitais funcionaram, durante anos, como o núcleo do sistema de prestação de cuidados, à volta do qual giravam todos os restantes componentes. Esta posição confere poder e alguma capacidade de influência às especialidades hospitalares, em detrimento da Clínica Geral.

A mudança de foco dos hospitais para os centros de saúde que se tem feito sentir em alguns países⁹ e as perspectivas de mudança, geram nos especialistas hospitalares o receio de perda de influência e de poder e, conseqüentemente, das vantagens económicas que aqueles ainda conferem.

d) Factores relacionados com a formação

Apesar das mudanças rápidas e profundas verificadas nos últimos anos no perfil epidemiológico de muitas doenças, nos conhecimentos médicos e no comportamento das populações relativamente aos sistemas de saúde, a formação clínica dos estudantes de Medicina continua a ter lugar basicamente nos hospitais e é orientada quase exclusivamente numa perspectiva hospitalar.

Só excepcionalmente os estudantes têm contacto com a realidade dos cuidados primários. De facto, o ensino médico tem sido ministrado quase exclusivamente por especialistas hospitalares e está centrado

na doença e na especialização. Os especialistas de Clínica Geral envolvidos na formação detinham, até há pouco tempo, apenas a tutoria prática dos alunos durante a sua passagem pelo centro de saúde e durante um período de tempo muito limitado.

A necessidade de assegurar a implantação e desenvolvimento de programas de formação de CG/MF na universidade, aliás aceites pela generalidade dos responsáveis neste processo, choca com a rigidez, a inércia e a resistência à mudança por vezes manifesta a nível das nossas estruturas universitárias, situação que só agora começa a modificar-se, como é o caso da criação da disciplina de Clínica Geral na Faculdade de Ciências Médica de Lisboa e a institucionalização do estágio clínico na Faculdade de Medicina.

O desajustamento dos conhecimentos ministrados durante a formação hospitalar relativamente à realidade na comunidade, criou em muitos Clínicos Gerais um compreensível movimento de rejeição em relação aos hospitais. Esta rejeição teve como consequência a atribuição de uma importância excessiva a determinado tipo de intervenções da área psicossocial, nem sempre substanciadas em evidência científica, em detrimento dos aspectos biomédicos mais imediatos, mas essenciais para o adequado tratamento das condições que afligem os nossos doentes.

Este aspecto negativo tem sido explorado por alguns especialistas hospitalares que não reconhecem a Clínica Geral como uma especialidade médica credível¹⁰. O documento da secção regional do Norte da Ordem dos Médicos sobre internato geral e internatos complementares¹¹, recentemente divulgado, parece

constituir mais um exemplo do que acabamos de afirmar. De facto, no referido documento faz-se uma distinção clara entre uma Área Comunitária, na qual se integraria a Medicina Geral e Familiar, e uma Área Médica, na qual se integrariam as especialidades «médicas». A Medicina Familiar não seria, nesta perspectiva, considerada como uma verdadeira especialidade médica.

e) Factores relacionados com a investigação

O desenvolvimento e o reconhecimento de uma especialidade médica passam, entre outros, pela produção de saber na sua área específica. Na realidade, a produção de conhecimentos a nível da Clínica Geral tem sido muito modesta entre nós. Esta situação está intimamente associada a uma ausência de cultura científica, não só entre os Clínicos Gerais, mas também entre os responsáveis pela organização da prestação de cuidados. Até há pouco tempo era ainda bastante comum a ideia que a investigação deveria fazer-se no hospital e os centros de saúde «eram para ver doentes».

Apesar do considerável investimento dos ex-Institutos de Clínica Geral na formação pós-graduada em metodologia da investigação e da criação de alguns incentivos nesta área, são ainda muito incipientes os trabalhos de investigação realizados em Portugal. Esta situação facilita a manutenção de um estatuto de minoridade que tem sido atribuído à Clínica Geral, quando comparada com outras especialidades médicas.

Propostas de intervenção

Perante este quadro algo pessimista, o que é então possível fazer para melhorar o sistema da presta-

ção de cuidados?

De acordo com a teoria sistémica, podemos considerar um sistema como o conjunto interdependente de elementos que interagem no sentido de atingir um objectivo comum. Esta definição enfatiza a importância da interdependência e da interacção. De facto, o sistema não é constituído apenas pelos elementos que o compõem, mas dele fazem parte integrante as interacções que se estabelecem entre os diferentes elementos.

A complexidade e a dinâmica do sistema desafiam, em geral, as noções mais simples de causa-efeito, o que torna difícil prever, no espaço e no tempo, o resultado de uma qualquer mudança introduzida. Este facto implica que as mudanças a introduzir no sistema devam ser previamente testadas numa escala reduzida e utilizando ciclos sucessivos de planeamento, teste, implementação e avaliação.

1 – Abordagem faseada

Deste modo, o modelo que preconizamos é o de uma abordagem faseada do problema. No estabelecimento de um programa de partilha de cuidados centrados no indivíduo, podemos considerar 5 fases:

a) Comunicação

A primeira fase consiste em melhorar a comunicação. Na verdade, o nível mais elementar de relacionamento entre o hospital e o centro de saúde traduz-se na troca de informação relativa ao doente, sobre dados que são relevantes para a sua avaliação, tratamento e seguimento. É fundamental que sejam criados mecanismos eficazes de troca de informação, utilizando os meios e os processos considerados mais adequados a cada realidade local, e tendo sempre presente o objectivo últi-

mo da troca de informação: a garantia de defesa dos interesses do doente.

Por outro lado, é fundamental criar oportunidades para que especialistas hospitalares e Clínicos Gerais estabeleçam relações e comuniquem no âmbito da formação e da investigação, como veremos mais adiante.

b) Coordenação de cuidados

A segunda fase consiste na coordenação, entre o hospital e o centro de saúde, dos cuidados que devem ser prestados ao doente, no sentido de evitar duplicações, bem como lapsos na prestação desses mesmos cuidados. Para isso é necessário definir as áreas de influência de cada prestador, áreas essas que podem ser mais ou menos explícitas.

c) Cooperação

Nesta fase é possível estabelecer programas de cooperação em que o hospital e o centro de saúde juntem esforços e dividem tarefas em áreas específicas, no sentido de atingir objectivos comuns.

d) Partilha de cuidados

Numa fase posterior, o grau de complexidade das interacções entre especialistas hospitalares e Clínicos Gerais aumenta significativamente, com recurso a protocolos bem definidos e a partilha de cuidados torna-se uma realidade.

e) Integração de cuidados

Finalmente, atinge-se a integração de cuidados quando Clínicos Gerais e especialistas hospitalares se encontram reunidos numa mesma equipa de prestação de cuidados e o processo de decisão é um processo conjunto, baseado no contributo do conhecimento e da experiência de cada elemento, para a resolução

global dos problemas do doente.

O processo de partilha de cuidados é assim um processo gradual e faseado, para o qual concorrem vários factores, entre os quais a formação e a investigação detêm um papel preponderante.

2 - Formação e investigação

Nesse sentido, é necessário reformular os currícula dos cursos médicos, reclamando áreas de conhecimento específicas da Clínica Geral e promovendo a criação de mais lugares de professores titulados em Medicina Geral e Familiar.

Durante o internato médico, os internos devem ser treinados no modelo de cuidados partilhados, incluindo aspectos fundamentais como sejam, o financiamento, o planeamento regional e local e o papel complementar dos diferentes profissionais na prestação de cuidados de saúde.

A investigação deverá incidir sobre aspectos relevantes para ambas as instituições envolvidas. As equipas devem ser constituídas por Clínicos Gerais e especialistas hospitalares, para além de outros profissionais, que devem participar em pé de igualdade, contribuindo com a sua experiência e conhecimentos próprios para o delineamento dos projectos e a para a definição dos objectivos comuns. É necessário e urgente promover a investigação em sistemas de saúde e em modelos de cuidados, nomeadamente, de cuidados partilhados, procurando responder às muitas dúvidas que ainda subsistem nesta área.

3 - Financiamento

O financiamento conjunto de hospitais e centros de saúde, baseado num orçamento único, poderá constituir um factor determinante na resolução de alguns problemas que

opõem as duas entidades prestadoras de cuidados, e facilitar o estabelecimento de objectivos comuns. No entanto, somos de opinião que o estabelecimento de orçamentos comuns não será viável sem que primeiro haja um esforço de aproximação e harmonização entre as estruturas e a organização de hospitais e centros de saúde.

4 - Negociação

Para que um programa de cuidados partilhados possa ter sucesso é fundamental que seja aceite por todos os intervenientes no processo: doentes, Clínicos Gerais e especialistas hospitalares sem esquecer, obviamente, outros grupos profissionais envolvidos.

A articulação efectiva de cuidados entre hospitais e centros de saúde só poderá resultar de um processo de negociação franco e transparente, com respeito recíproco pelas especificidades dos profissionais e das instituições envolvidas. O processo de negociação implica a realização de acordos contratuais entre ambas as partes que estabeleçam uma relação formal e criem a necessidade de desenvolvimento e implementação *in loco* de estruturas e actividades específicas. Para isso, é necessário que os centros de saúde adquiram credibilidade e desenvolvam capacidade negocial.

É também necessário que os hospitais compreendam e aceitem a necessidade e as vantagens da articulação com os centros de saúde¹². A perda de um benefício ou privilégio pode ser compensada com a aquisição de outros benefícios, nem sempre aparentes, mas que importa explicitar.

Para que seja possível criar um sistema efectivo de partilha de cuidados é necessário que Clínicos Ge-

rais e especialistas hospitalares reconheçam as suas práticas como elementos do mesmo sistema, em vez de sistemas separados e opostos e tenham a capacidade de ver para além das suas identidades profissionais ou organizacionais.

Por tudo isto, cremos que há ainda um longo caminho a percorrer até que os principais intervenientes no processo possam aproximar-se suficientemente e seja possível ultrapassar as barreiras culturais, económicas e políticas, que obstam ao estabelecimento de um verdadeiro processo de «negociação», do qual resulte um razoável nível de satisfação para todas as partes envolvidas e seja possível construir um sistema de saúde verdadeiramente centrado nos interesses dos cidadãos.

Referências bibliográficas:

1. Evans D. A stakeholder analysis of developments at the primary and secondary care interface. *Br J Gen Pract* 1996;46:675-7.
2. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract* 1996;13:264-79.
3. Hibberd PA. The primary/secondary interface. Cross-boundary teamwork-missing link for seamless care? *J Clin Nurs* 1998;7: 274-82.
4. Pearson SD. Caring and cost: the challenge for physician advocacy. *Ann Intern Med* 2000;133:148-53.
5. McGhee SM, Hedley AJ. The economics of shared care packages. *Pharmacoeconomics* 1996; 10: 197-204.
6. (Unknown). Does shared care save money? *Drugs Therap Perspect* 1998; 2:14-5.
7. Ministério da Saúde. Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002). Lisboa, 1997.
8. Varela A, Rola J. Nota de alta hospitalar. Que informação clínica para o médico de família? *Acta Med Port* 2000; 13:81-4.
9. Kenyon J. Making a smooth transition between secondary and primary care. *Pharmacoecon Outcomes News* 1996; 89: 3-4.
10. Veloso AB. Contribuição de um internista. *Ordem Médicos* 1998; 14:14-7.
11. Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Proposta de reorganização do Internato Geral e primeiros anos dos Internatos Complementares. Porto, Nov 2000.
12. Gene-Badia J. Should hospitals compete against, dominate or share with primary care? *Aten Primaria* 1998;21:186-8.

Recebido em 25/11/00

Aceite para publicação em 15/12/00

Endereço para correspondência:

Vasco A. J. Maria
Faculdade de Medicina de Lisboa
Instituto de Medicina Preventiva
Disciplina de Geral e Medicina
Comunitária
Av. Prof. Egas Moniz
1600 Lisboa

PRIMARY CARE AND HOSPITAL CARE: INSTITUTION-CENTERED OR PATIENT-CENTERED?

ABSTRACT

Limitations and constraints of various natures have been identified to the health system including low accessibility, duplication of care, absence of communication between primary and secondary care, and lack of continuous and global care.

In spite of the well known limitations of the system, institutional, cultural, political and economical factors represent significant barriers to the changing process, creating a gap between hospitals and health centers.

In this paper, the author suggests a stepping process aiming to establish communication and cooperation between primary and secondary care as a way to create a patient-centered health system.

Key-words:

Primary Care; Secondary Care; Shared Care; Health Systems