

## Artigo Traduzido

# Compreendendo e respondendo à demanda na medicina de família inglesa

<sup>a</sup> Graham Box

Traduzido por Ananyr Porto Fajardo

## Introdução

Recentemente, dois *Parliamentary Select Committees* [<https://www.parliament.uk/about/how/committees/select/>] se dedicaram a discutir o futuro da atenção primária na Inglaterra. No dia 30 de julho de 2015, o Comitê de Saúde fez um levantamento referente aos desafios que afetam os serviços de atenção primária<sup>1</sup> e, quatro meses depois, o *Public Accounts Committee* [<http://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/>] lançou sua própria revisão do acesso à medicina de família na Inglaterra.<sup>2</sup> Extensas evidências foram submetidas a ambos os Comitês, revelando um amplo consenso acerca da necessidade de investimento significativamente maior. Também foi destacada a existência de uma lamentável falta de compreensão detalhada a respeito do volume e da natureza das atividades atuais em medicina de família na Inglaterra. Esta lacuna coloca em xeque a qualidade dos processos de tomada de decisão e pode levar a distorções do financiamento extra que está prometido.

## O Consenso Emergente

Existe ampla concordância entre os parceiros que contribuíram para os levantamentos de que: (a) a parcela do financiamento do NHS direcionada à medicina de família na Inglaterra declinou nos últimos anos (de aproximadamente 11% em 2005-2006 para 7,2% em 2016-2017);<sup>3,4</sup> (b) a carga de trabalho aumentou substancialmente;<sup>5</sup> (c) a satisfação dos pacientes com o acesso diminuiu nos últimos anos (caiu

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.

**Como citar:** Box G. Compreendendo e respondendo à demanda na medicina de família inglesa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)

“Artigo traduzido do BJGP, publicado pela RBMFC”

Fonte original: Box G. Understanding and responding to demand in English general practice. Br J Gen Pract. 2016 Sep;66(650):456-7. DOI: 10.3399/bjgp16X686701

de 80% sentindo-se bem ou muito satisfeitos com seu atendimento em 2009 para 69% em 2015);<sup>6</sup> e (d) existe necessidade de pelo menos 5.000 médicos de família adicionais, além de outros profissionais em saúde da família.<sup>7</sup>

## Lacunas de evidências

Fica ainda mais difícil abordar estas questões de maneira racional devido a algumas lacunas marcantes no nosso conhecimento. Apesar dos *insights* sobre a carga de trabalho em medicina de família fornecidos pelo Professor Richard Hobbs e sua equipe,<sup>8</sup> ainda não sabemos quantas pessoas acessam os serviços ingleses de medicina de família a cada ano. Recentemente o *National Audit Office* descreveu a situação da seguinte maneira:

Atualmente, nenhum dado nacional é coletado sobre o número, a complexidade ou os motivos de consulta em medicina de família. Isto significa que o Ministério [da Saúde] e o NHS da Inglaterra, bem como as autoridades locais, não têm uma compreensão robusta sobre a demanda por serviços.<sup>9</sup>

Ademais, o relatório 2015 da *Primary Care Workforce Commission* [<https://www.hee.nhs.uk/our-work/hospitals-primary-community-care/primary-community-care/primary-care-workforce-commission>] observou que nossa compreensão de oferta é igualmente deficiente:

É difícil planejar em atenção primária devido à falta de dados sistemáticos confiáveis acerca das diversas especificidades diferentes em atenção primária, quem faz o quê atualmente e se possuem as habilidades apropriadas para desempenhar a vasta gama de funções que são necessárias.<sup>10</sup>

## A importância de compreender a demanda

Os achados de pesquisa para compreender a demanda teriam implicações fundamentalmente importantes para a configuração futura da força de trabalho em medicina de família na Inglaterra. Não queremos apenas saber quantas pessoas estão acessando ou gostariam de acessar um serviço de medicina de família. Precisamos saber qual era sua necessidade (ou o que desejavam) e quem poderia prestar o melhor atendimento. Também precisamos saber quanto tempo precisavam junto ao profissional de saúde relevante, de maneira que as implicações de complexidade e comorbidade crescentes possam ser adequadamente avaliadas.

Além de quantificar a demanda, precisamos compreender como os pacientes foram atendidos pelo serviço (presencialmente, por telefone ou em visita domiciliar) e se teria sido preferível usar uma interface diferente do ponto de vista de segurança, efetividade clínica e uma melhor experiência do paciente. Também deveríamos revisar quais técnicas de triagem são adotadas em diferentes serviços. Esta análise é fundamental para informar o uso potencial de alternativas aos métodos de consulta tradicionais que, por sua vez, possuem importantes implicações para a carga de trabalho e tecnologia de informação.

É particularmente surpreendente que não saibamos sequer o peso relativo das causas potenciais dos recentes aumentos aparentes na carga de trabalho. Entre as explicações plausíveis, estão incluídas as necessidades mais complexas de uma população em envelhecimento, a transferência de serviços para fora do hospital, o alcance de metas do programa *Quality Outcome Frameworks* - QOF [Modelo de Desfecho de Qualidade] e *Enhanced Service* [Aprimoramento de Serviços] do HNS, o subinvestimento em serviço social e atenção comunitária, as listas de pacientes em expansão, as consultas referentes a questões fora do campo da saúde e o aumento da burocracia. Existem diferentes respostas em política que são apropriadas para responder a cada um destes fatores, sendo uma falha importante ignorar sua importância relativa.

Compatível com o argumento acima, em março de 2016 o *Public Accounts Committee* recomendou que o Ministério da Saúde e o NHS da Inglaterra deveriam publicar um plano que deixasse claro como irão aprimorar a informação que está disponível sobre a demanda, a atividade e a capacidade em medicina de família.<sup>2</sup>

Para responder às lacunas de conhecimento identificadas acima, defendo que este plano deverá ir além das fontes existentes, como sistemas clínicos e levantamentos nacionais de pacientes. Pesquisas retrospectivas em grande escala, embora tenham valor, captam apenas o que aconteceu, e não, fundamentalmente, o que poderia ou deveria ter acontecido. Isto exige um importante esforço em pesquisa, para atender ao objetivo de gerir com eficácia uma atividade multibilionária em libras esterlinas.

## Aspectos estruturais

Agora nos voltaremos para um segundo aspecto de alta relevância pelos problemas discutidos acima. Suponhamos que pesquisas abrangentes sejam realizadas e que sejam suficientemente detalhadas para resultar em mensagens claras para os serviços sobre questões cruciais como: (a) o número ótimo de horas de médicos de família e de enfermeiros; (b) um equilíbrio mais sensato entre consultas presenciais e por telefone; e (c) o valor do apoio do terceiro setor aos pacientes no serviço. Sob as estruturas atuais, será (na maioria dos serviços) decisão dos médicos de família associados se irão adaptar seus serviços em consonância com estas recomendações.

É claro que os médicos de família associados estão em uma posição moralmente precária pelos arranjos atuais. É solicitado que façam escolhas diretas entre seus ganhos e a qualidade da atenção que oferecem a seus pacientes. A situação piora quando existem discordâncias e atritos nas clínicas em sociedade. Nos piores cenários, as evidências terão menos influência do que o interesse próprio dos tomadores de decisão. De fato, em alguns serviços, um único profissional consegue bloquear melhorias na atenção ao paciente com base no argumento de que as mudanças não estão de acordo com seu estilo predileto de consulta.

Certamente existem vantagens importantes no modelo de associação de gestão de serviços de medicina de família, mas eu sugeriria que isto pode ser um importante obstáculo à implementação de um modelo de alocação de recursos em atenção primária determinado de maneira objetiva. Pesquisas em nível nacional ajudariam a definir o desenvolvimento da força de trabalho e dos sistemas que são necessários, porém isto então precisa ser colocado em prática em nível local. As falhas em nível nacional ou local podem diluir os avanços em potencial tanto em saúde como na experiência do paciente.

## Reflexões finais

A professora Maureen Baker, atual presidente do *Royal College of General Practitioners* (RCGP), foi muito franca com relação às pressões extremas enfrentadas pela medicina de família na Inglaterra:

(...) se você realmente olhar para a segurança dos pacientes e o que é importante nos consultórios, quase certamente verá que, atualmente, o maior fator em segurança do paciente na medicina de família é a fadiga dos médicos. Médicos que estão estressados, sobrecarregados, exaustos ou preocupados são muito mais passíveis a cometer erros.<sup>11</sup>

Simon Stevens, Diretor-Executivo do NHS da Inglaterra, também reconhece a urgência dos desafios correntes:

Como as pessoas estão contra a parede, atualmente desejam contemplar a possibilidade de fazer as coisas de maneira diferente na atenção primária e, se pudermos fornecer os recursos e algum apoio para tal, penso que veremos mudanças muito substanciais ao longo dos próximos 24 a 36 meses. É isso que os médicos de família querem. Não querem apenas algo à prestação, daqui a 5 anos; querem ver as coisas acontecendo agora e é nosso trabalho coletivo alcançar isto.<sup>12</sup>

É fundamental aprender lições a respeito de como e porque o atendimento de atenção primária na Inglaterra deteriorou-se tanto quanto é descrito por estes indivíduos experientes. Parte do processo deveria incluir o questionamento se as estruturas necessárias estão funcionando de maneira a compreender as pressões e a atividade prevalentes, além de identificar e implementar soluções eficazes. Independente dos seus pontos fortes, deveria ser reconhecido que os atuais modos de organização permitem uma combinação infeliz de problemas: elaboração de política nacional que não é baseada em evidências e implementação em nível local que não é centrada no paciente.

**Graham Box,**

Pesquisador independente, Berkshire, UK.

### Origem

Submetido espontaneamente; submetido à revisão externa por pares.

DOI: 10.3399/bjgp16X686701

## Referências

1. House of Commons Health Committee. Primary care. Fourth report of session 2015-16 [HC408] House of Commons, April 2016.
2. House of Commons Committee of Public Accounts. Access to general practice in England. Twenty-eighth report of session 2015-16. [HC673]. House of Commons, March 2016.

3. Royal College of General Practitioners. Written evidence submitted by the RCGP (PRI0174). 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primary-care/written/20769.pdf> (accessed 25 Jul 2016).
4. NHS England NHS England Board Paper. Allocation of resources to NHS England and the commissioning sector for 2016/17 to 2020/21. [https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/04.PB\\_.17.12.15-Allocations.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/04.PB_.17.12.15-Allocations.pdf) (accessed 25 Jul 2016).
5. Local Government Association and the Association of Directors of Adult Social Services. Written evidence submitted by the Local Government Association and Association of Directors of Adult Social Services (PRI0070). LGA and NHS Confederation, 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primary-care/written/20332.html> (accessed on 28 July 2016).
6. Appleby J, Robertson R. Public satisfaction with the NHS in 2015. Results and trends from the British Social Attitudes survey. The King's Fund, 2016. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/BSA-public-satisfaction-NHS-Kings-Fund-2015.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
7. Department of Health, NHS England and Health Education England. Written evidence submitted by the Department of Health, NHS England and Health Education England (PRI0200). 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primarycare/written/21020.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
8. Hobbs, FDR, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet* 2016; 387(10035): 2323-2330.
9. National Audit Office. Stocktake of access to general practice in England. 2015. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2015/11/Stocktake-of-access-to-general-practice-in-England.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
10. Primary Care Workforce Commission. The future of primary care: creating teams for tomorrow. 2015. <https://www.hee.nhs.uk/sitesdefault/files/d/ocuments/The%20Future%20of%20Primary%20Care%20report.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
11. Baker M. Oral evidence given to the Health Committee Inquiry into Primary Care. 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primary-care/oral/26114.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
12. Stevens S. Oral evidence given to the Public Accounts Committee Inquiry into Access to General Practice in England. 2016. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/public-accounts-committee/access-to-general-practice-in-england/oral/26750.pdf> (accessed 26 Jul 2016).

---

## Comentários

### Tópicos para discutir o modelo de APS no Brasil

De acordo com o texto do BJGP, a parcela do financiamento do NHS direcionada à medicina de família na Inglaterra declinou nos últimos anos (de aproximadamente 11% em 2005-2006 para 7,2% em 2016-2017).

Como no Brasil a atenção básica tem contribuição na esfera federal, estadual e municipal, é difícil obter este dado consolidado.

Na Espanha, Inglaterra e Suécia, países que apresentam sistema nacional de saúde, os gastos com saúde representam entre 7% e 9% do Produto Interno Bruto (PIB) público. No Brasil, em 2009, identificava-se 8,7% do PIB, no entanto apenas 42% representavam despesas do orçamento público.

Assim, é necessário informações mais específicas sobre o financiamento da saúde, especificamente para o Sistema Único de Saúde. Portanto, é preciso identificar e apresentar dados concretos de gastos e

custos à sociedade para reivindicar valores ajustados que financiem uma atenção à saúde de qualidade que beneficie a todos.

Conforme é citado no artigo, “É difícil planejar em atenção primária devido à falta de dados sistemáticos confiáveis acerca das diversas especificidades diferentes em atenção primária, quem faz o quê atualmente e se possuem as habilidades apropriadas para desempenhar a vasta gama de funções que são necessárias.” No Brasil também é fundamental refletir sobre isto no âmbito da atenção primária.

Em síntese, é necessário elaborar uma política nacional que seja baseada em evidências robustas, sendo que a implementação em nível local deve ser centrada no paciente.

Caro leitor, aguardamos as suas colocações para discutir este tema muito relevante no cenário brasileiro.

*Airton Tetelbom Stein - Médico de Família e Comunidade, Doutor em Clínica Médica, Professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Grupo Hospitalar Conceição (NATS/GHC) e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC)*

*Ananyr Porto Fajardo - Odontóloga, Doutora em Educação, Coordenadora Adjunta e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC) e Tradutora Inglês/Português*

<sup>a</sup> Pesquisador independente, Berkshire, UK (*Autor correspondente*)