

O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da *British Journal of General Practice* pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

What can we learn from the reality of UK's primary care? Reflections on the translation of texts from the British Journal of General Practice by the Brazilian Journal of Family and Community Medicine

¿Qué podemos aprender de la realidad de la atención primaria del Reino Unido?

Consideraciones sobre la traducción de textos del *British Journal of General Practice* por la Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria

Thiago Dias Sarti^a, Leonardo Ferreira Fontenelle^b

Resumo

Neste editorial, apresentamos a nova sessão de textos traduzidos, fruto da parceria da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade com a *British Journal of General Practice*. Em 2017, optamos por traduzir textos que trouxessem para o Brasil reflexões sobre a atualidade da atenção primária inglesa, particularmente sobre a incorporação de tecnologias na prática dos médicos de família, a necessidade de maior conhecimento sobre a relação entre oferta, demanda e acesso aos serviços de saúde, bem como sobre os efeitos de políticas de pagamento por performance na prática dos profissionais de saúde. Tais reflexões são atuais para o contexto brasileiro, sugerindo a importância de maiores investimentos em inovação e produção de conhecimentos científicos para o fortalecimento da APS no país.

Abstract

In this editorial, we present the new session of translated texts, fruit of the partnership of the Brazilian Journal of Family and Community Medicine with the British Journal of General Practice. In 2017, we chose to translate texts that brought to Brazil reflections on the current reality of United Kingdom's primary health care, particularly on the incorporation of technologies in general practice, the need for greater knowledge about the relationship between supply, demand and access to health services, as well as the effects of pay for performance policies on the practice of health professionals. These reflections are current for the Brazilian context, suggesting the importance of greater investments in innovation and production of scientific knowledge for strengthening primary health care in the country.

Resumen

En este editorial, presentamos la nova sesión de textos traducidos, fruto de la colaboración de la Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunidad con el *British Journal of General Practice*. En 2017, optamos por traducir textos que trajesen a Brasil reflexiones sobre la actualidad de la atención primaria del Reino Unido, particularmente sobre la incorporación de tecnologías en la práctica de los médicos de familia, la necesidad de un mayor conocimiento sobre la relación entre oferta, demanda y acceso a los servicios de salud, así como sobre los efectos de políticas de pago por desempeño en la práctica de los profesionales de salud. Tales reflexiones son actuales para el contexto brasileño, sugiriendo la importancia de mayores inversiones en innovación y producción de conocimientos científicos para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el país.

Como citar: Sarti TD, Fontenelle LF. O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da *British Journal of General Practice* pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1670](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1670)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Inovação Organizacional
Política de Saúde
Comunicação e
Divulgação Científica

Keywords:

Primary Health Care
Organization Innovation
Health Policy
Scientific Communication
and Diffusion

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Innovación Organizacional
Política de Salud
Comunicación y
Divulgación Científica

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.
Recebido em: 21/12/2017.
Aprovado em: 21/12/2017.

Neste volume da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), inserimos uma nova sessão de artigos traduzidos em parceria com o prestigiado *British Journal of General Practice* (BJGP). A critério dos editores da RBMFC, eventualmente serão traduzidos artigos relevantes para o contexto brasileiro inicialmente publicados na revista inglesa, contando para isso com o apoio de Ayrton Stein, médico de família e comunidade e professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), e Ananyr Porto Fajardo, odontóloga que atua na pós-graduação do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

Esta iniciativa foi fruto do diálogo com Roger Jones, Professor Emérito de Medicina de Família e Comunidade (General Practice) do King's College, em Londres, e Editor do *British Journal of General Practice*, respondendo ao interesse de difusão de reflexões publicadas nesta revista que podem servir para o debate interno do Brasil e toda a América Latina.

A riqueza de publicações de qualidade da BJGP tornou difícil o trabalho de selecionar os primeiros artigos a serem traduzidos e publicados na RBMFC. Contudo, três editoriais publicados entre 2016 e 2017 pelo BJGP nos pareceram relevantes para o contexto brasileiro tendo em vista as reflexões levantadas pelos autores destes textos sobre a atual Atenção Primária à Saúde britânica. Além disso, traduzimos um texto de autores brasileiros sobre a realidade brasileira. No conjunto, tais análises perpassam temas que podem dar pistas para refletirmos o contexto sanitário brasileiro de forma a iluminar caminhos para enfrentarmos nossos gargalos assistenciais.

No primeiro editorial traduzido, Young¹ chama a atenção para a crescente incorporação tecnológica na atenção à saúde em todo o mundo, influenciando sobremaneira a APS: aplicativos para celulares voltados para profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, dispositivos integrados aos prontuários eletrônicos, plataformas interativas *online* e sensores integrados ao corpo que coletam informações para o monitoramento do estado de saúde da pessoa estão entre estas tecnologias citadas. Não é possível ou mesmo desejável dar as costas e resistir às contínuas inovações observadas na crescente incorporação de tecnologias à vida humana cotidiana. É um caminho sem volta. No entanto, é importante estar atento ao fato apontado por Young e por diversos outros autores de que as promessas de uma revolução no cuidado à saúde com o surgimento destas tecnologias ainda não se cumpriram integralmente. Os resultados alcançados ainda são modestos, às custas de algumas consequências negativas que impactam a interação dos profissionais de saúde com os usuários do sistema e a qualidade global do cuidado.^{2,3} De importância para o Brasil, frisa-se a baixíssima incorporação destas inovações no contexto da APS pública, em particular na Estratégia de Saúde da Família,^{4,5} onde ainda nos encontramos em algum momento intermediário de informatização elementar dos serviços de saúde, com escasso uso de prontuários eletrônicos e outras ferramentas promissoras, o que nos parece estar em estágio mais avançado na APS do setor suplementar.

Já o texto de Box⁶ dialoga diretamente com a necessidade de profundos conhecimentos embasados em consistentes evidências científicas no que diz respeito à relação entre as características da demanda populacional pelos serviços de APS, o acesso a estes serviços pelas pessoas e a organização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, sendo esta uma das temáticas mais pujantes na Medicina de Família e Comunidade brasileira, vide as publicações na RBMFC e as programações dos últimos congressos nacionais e regionais da especialidade. Chama a atenção o diagnóstico feito por Box de que, mesmo em um sistema de saúde consolidado como o inglês, há carência de estudos sobre a

demanda pelos serviços de saúde, o que impacta negativamente a capacidade sistêmica de gerar respostas eficientes e efetivas aos principais gargalos da atenção à saúde no país. Isto se agrava em um contexto de mudança no financiamento da APS inglesa, resultando em sobrecarga dos MFCs, menor atratividade da área e redução da qualidade da atenção à saúde da população. De certa maneira, o *National Health Service* ilumina parte das elaborações teóricas e práticas da MFC brasileira,⁷ sendo desconcertante ver que tais problemas aproximam aquela realidade das precariedades de nosso Sistema Único de Saúde. O chamado de Box para maior investimento em pesquisas que apontem claramente os caminhos para aumentar a eficiência do sistema como um todo deve ser assumido também por nós brasileiros, em especial por aqueles dedicados à construção da APS.

E no último editorial traduzido a refletir sobre as questões inglesas, Ashworth e Gulliford⁸ fazem reflexões complexas e importantes sobre financiamento da APS, contratação de MFCs e políticas de pagamento por desempenho (*pay for performance – P4P*) no contexto inglês, alertando para os diversos problemas decorrentes de uma das maiores experiências de P4P do mundo, no caso o *Quality and Outcomes and Framework* (QOF), bem como dos riscos de se abandonar os aprendizados decorrentes destas políticas. A experiência do QOF ainda é sujeita a intenso debate, levantando dúvidas sobre o grau de padronização dos processos de trabalho e práticas clínicas que é desejável e adequado no cuidado às pessoas que acessam a APS.⁹ Além das sérias dúvidas sobre o real impacto do QOF na qualidade do cuidado, parece ter havido uma maior fragmentação e medicalização do cuidado, na medida em que esta política baseia-se em uma modelagem científico-burocrática que impacta substancialmente, nem sempre de maneira positiva, a prática da MFC.^{10,11} Como bem apontado no comentário ao editorial publicado, observar os efeitos de experiências semelhantes é fundamental para o Brasil, já que há forte presença de iniciativas de P4P tanto no sistema público quanto no suplementar. Destaca-se obviamente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo repasse de recursos aos Fundos Municipais de Saúde gerou, em alguns locais, iniciativas de P4P direcionadas aos profissionais vinculados à ESF.¹²

Em uma destas experiências locais, foi possível observar que as equipes de saúde drenavam sua energia inteiramente ao cumprimento dos indicadores estabelecidos pela gestão. O problema é que muitos destes indicadores não são baseados em evidências científicas, centrando-se em processos de trabalho e/ou desfechos clínicos intermediários sem uma clara conexão com resultados mais relevantes para as pessoas.¹² Tais problemas colocam em suspeição os efeitos positivos alardeados por muitos na medida em que tais políticas contribuiriam para um direcionamento do trabalho profissional mais racional e uma maior valorização dos profissionais que mais e melhor fazem.

E, por fim, publicamos o texto de Stein e Ferri,¹³ autores brasileiros que discorrem sobre o desafio de garantir uma APS de qualidade no país, tendo seus princípios fundamentais consolidados.^{5,14} Para isto, apontam para a importância do financiamento adequado, de uma sólida e coerente incorporação tecnológica, da produção permanente de conhecimento científico sobre os problemas do sistema de saúde e suas soluções, e de iniciativas de incentivo à formação e fixação de profissionais de saúde na APS, em particular de MFCs.

No conjunto, estes textos frisam a necessidade de investimentos robustos e estratégicos em inovação, tecnologia e produção de conhecimento científico para o processo de consolidação da APS brasileira. Mas não somente isso, pois é amplamente conhecida a dificuldade de incorporação das evidências

científicas na formulação, planejamento, implementação e avaliação das políticas de saúde em todo o mundo: é fundamental termos a exata noção do que queremos em termos de políticas de saúde voltadas para a garantia do acesso a serviços com qualidade e abrangência ótimas em vista das necessidades da população; que saibamos identificar os resultados alcançados pelas nossas ações, corrigindo rumos sem ortodoxia ou corporativismo quando necessário; e que possamos superar o paradigma de ciência *versus* política, articulando melhor os efeitos da produção científica na área da saúde com o processo de tomada de decisão de gestores e demais atores sociais envolvidos com o setor saúde.^{15,16}

Referências

1. Young AJ. Novas tecnologias e Medicina de Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1465](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1465)
2. Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. N Engl J Med. 2016;375(2):154-61. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1601705>
3. Bateman DR, Srinivas B, Emmett TW, Schleyer TK, Holden RJ, Hendrie HC, et al. Categorizing Health Outcomes and Efficacy of mHealth Apps for Persons With Cognitive Impairment: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2017;19(8):e301. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.7814>
4. Sarti TD, Andreão RV. Avaliação da Implantação do Programa Telessaúde Espírito Santo na Estratégia de Saúde da Família. FAPES: Relatório final de pesquisa. Vitória: FAPES; 2017.
5. Gérvas J, Fernández MP. Uma atenção primária forte no Brasil: relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família. 2011. [acesso 2017 Dez 27]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
6. 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)
7. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Gérmen Junior N, Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1056](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1056)
8. Ashworth M, Gulliford M. Financiamento para medicina de família na próxima década: vida após o QOF. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1575](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1575)
9. Portela MC. Pagamento por desempenho na atenção primária no Reino Unido. Cad Saúde Pública. 2014;30(1):5-7. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XED010114>
10. Norman AH, Russell AJ, Macnaughton J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. Cad Saúde Pública. 2014;30(1):55-67. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149912>
11. Forbes LJ, Marchand C, Doran T, Peckham S. The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. Br J Gen Pract. 2017;67(664):e775-84. <https://dx.doi.org/10.3399/bjgp17X693077>
12. Sarti TD. A (Bio) política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida. São Paulo [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. <http://dx.doi.org/10.11606/T.6.2015.tde-16072015-113309>
13. Stein AT, Ferri CP. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1586](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1586)
14. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
15. Baicker K, Chandra A. Evidence-Based Health Policy. N Engl J Med. 2017;377(25):2413-5. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1709816>
16. Latour B. Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia. Bauru: Edusc; 2004. 411p.

^a Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. thiagosarti@yahoo.com.br (Autor correspondente)

^b Universidade de Vila Velha (UVV). Vila Velha, ES, Brasil. leonardof@leonardof.med.br