



# Cuidados Primários\*

## Dar prioridade às pessoas



*Este capítulo descreve como, na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efectiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no sector da saúde<sup>1</sup>. O capítulo começa por descrever as características dos cuidados de saúde que, com a efectividade e a segurança, são essenciais para assegurar ganhos em saúde e melhores resultados sociais.*

### Capítulo 3

Bons cuidados têm a ver com pessoas	44
O que distingue os cuidados primários	46
Organização de redes de cuidados primários	56
Monitorização do progresso	61

\* Nota dos tradutores: respeitando a intenção dos editores deste Relatório Mundial de Saúde, os tradutores diferenciam a tradução de “primary health care” (para “cuidados de saúde primários”) da tradução de “primary care” (“cuidados primários”). Embora no glossário para Medicina Geral e Familiar (tradução portuguesa da WONCA de 1997) “primary health care” e “primary care” sejam sinónimos definidos de acordo com a definição de Alma Ata, Saltman e colegas no livro “Primary care in the driver’s seat?”, (<http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf>) reconhecendo que os conceitos de “cuidados primários” e “cuidados de saúde primários” sejam muitas vezes utilizados como sinónimos, consideram no entanto que representam diferentes aspectos do desenvolvimento e articulação do primeiro nível de cuidados. Os “cuidados primários” correspondem a uma área mais limitada de intervenção que coincide com o subconjunto de funções, serviços e actividades prestado no contexto de sistemas de serviços de saúde; implicam uma resposta de profissionais de saúde quando o utente entra em contacto com serviços de saúde de primeira linha; são o ponto focal dos actuais esforços para melhorar a coerência e coordenação na prestação de cuidados de saúde. Esta forma de pensar os “cuidados primários”, implica que eles vão além dos cuidados prestados por clínicos gerais ou médicos de família, mas ficam aquém das expectativas associadas ao conceito de “cuidados de saúde primários” como definido em Alma-Ata (A. Biscaia, comunicação pessoal, Março 2009).

Estas características são: a orientação para a pessoa, a compreensividade\* e integração, e a continuidade dos cuidados, assim como a existência de um ponto de entrada regular no sistema de saúde, de modo a que se torne possível construir uma relação de confiança entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde. O capítulo esclarece o que isto implica para a organização da prestação de cuidados de saúde: uma mudança de ênfase nos cuidados especializados para cuidados generalistas ambulatoriais, com responsabilidade por uma população definida e capacidade para coordenar os apoios necessários dos hospitais, dos serviços especializados e das organizações da sociedade civil.

### Bons cuidados têm a ver com pessoas

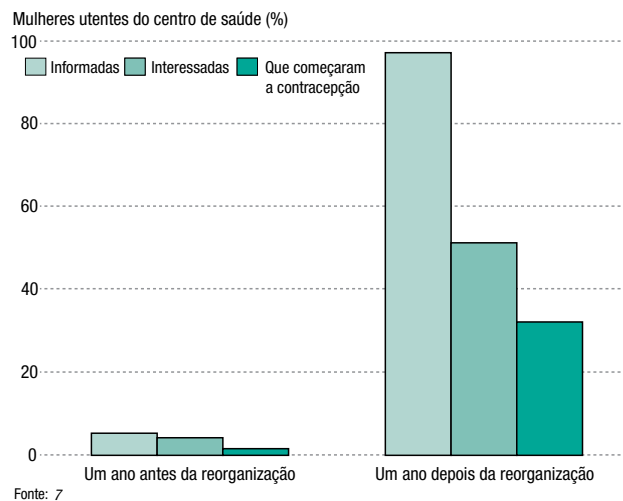
As ciências biomédicas ocupam e devem continuar a ocupar uma posição central na medicina moderna. Contudo, já William Osler, um dos seus fundadores, realçou que “é mais importante saber que tipo de doente tem a doença do que que tipo de doença tem o doente”<sup>2</sup>. O reconhecimento insuficiente da dimensão humana na saúde e da necessidade de adaptar a resposta dos serviços de saúde às especificidades de cada comunidade e de cada situação individual representam a maior limitação dos cuidados de saúde contemporâneos, resultando não somente em iniquidades e resultados sociais adversos, mas reduzindo também os ganhos em saúde expectáveis do investimento nos serviços de saúde.

Dar prioridade às pessoas, o âmago das reformas da prestação de serviços, não é um princípio trivial. Pode exigir – mesmo que muitas vezes sejam simples de alcançar – mudanças significativas nas rotinas habituais. A reorganização de um centro médico no Alasca, nos Estados Unidos, que regista 45.000 contactos com doentes por ano, ilustra o possível alcance dos efeitos da mudança. O centro funcionava sem grande satisfação, tanto da parte dos funcionários como dos utentes, até que foi decidido estabelecer-se

um relacionamento directo entre cada indivíduo e família na comunidade e um membro específico da equipa de saúde do centro<sup>3</sup>. Os funcionários passaram a estar melhor colocados para saberem a história médica dos “seus” doentes e para compreenderem a sua situação pessoal e familiar. As pessoas passaram a estar numa posição em que conheciam melhor e tinham mais confiança no seu prestador de cuidados de saúde pessoais: já não tratavam com uma instituição mas com o seu prestador de cuidados de saúde. As queixas sobre serviços compartimentados e fragmentados diminuíram<sup>4</sup>. As urgências foram reduzidas para cerca de metade e os encaminhamentos para cuidados especializados diminuíram em 30%; os tempos de espera encurtaram significativamente. Com menos visitas repetidas para problemas de saúde não resolvidos, houve uma redução real da carga de trabalho e a satisfação profissional dos funcionários melhorou. Mais importante ainda, as pessoas começaram a sentir que estavam a ser ouvidas e que eram respeitadas – um aspecto fulcral do que as pessoas valorizam nos cuidados de saúde<sup>5,6</sup>. Um sistema burocrático lento foi assim transformado num sistema que passou a permitir aos seus clientes algum protagonismo e sentido de propriedade e a responder-lhes com sensibilidade<sup>4</sup>.

Num outro cenário, muito diferente, os centros de saúde de Ouallam, num distrito rural do Níger,

**Figura 3.1** O efeito na adesão à contracepção da reorganização da forma de trabalhar nos centros de saúde rurais do Níger



\* Nota dos tradutores: na ausência de um termo equivalente em português, os tradutores optaram por traduzir “comprehensiveness” por “compreensividade”, embora outros autores utilizem como sinónimos os termos “globalidade” e até “holístico”. (A. Biscana, comunicação pessoal, Março 2009)



implementaram igualmente uma reorganização simples da sua maneira de trabalhar, de forma a garantir uma maior atenção à pessoa. Em vez das tradicionais consultas de cuidados curativos de manhã e das clínicas especializadas de tarde (monitorização do crescimento, planeamento familiar, etc.), a totalidade do conjunto dos serviços passou a estar sempre disponível, e as enfermeiras foram orientadas no sentido de se envolverem num diálogo activo com seus doentes. Por exemplo, deixaram de esperar que fossem as mulheres a pedir contracepção e passaram, em todos os contactos, a informá-las activamente da sua relevância e disponibilidade assim como da variedade de métodos disponíveis. Em alguns meses, uma baixa cobertura do planeamento familiar, até então atribuída a constrangimentos culturais, passou a ser uma coisa do passado (Figura 3.1)<sup>7</sup>.

As experiências das pessoas com os cuidados que lhes são prestados são determinadas principalmente pela maneira como são tratadas

quando vivem um problema e procuram a ajuda dos serviços de saúde.

As pessoas valorizam alguma liberdade na escolha de um prestador da saúde porque pretendem um em quem possam confiar e que as atenderá prontamente num ambiente adequado, com respeito e confidencialidade<sup>8</sup>.

A prestação de cuidados de saúde pode tornar-se mais eficaz se se tornar mais atenciosa e conveniente, como no distrito de Ouallam. No entanto, os cuidados primários são mais do que uma redução no tempo de espera, a adequação das horas de funcionamento ou uma maior delicadeza por parte dos funcionários no atendimento. Os funcionários dos serviços de saúde têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potenciada<sup>9</sup>, e não cuidar, unicamente, de partes do corpo com sintomas ou de enfermidades que exigem tratamento<sup>10</sup>.

**Quadro 3.1** Características que distinguem os cuidados de saúde convencionais dos cuidados primários orientados para as pessoas

Cuidados médicos ambulatoriais convencionais em clínicas ou em departamentos de consulta externa	Programas de controlo de doenças	Cuidados primários orientados para a pessoa
Centrado na doença e na cura	Centrado em doenças prioritárias	Centrado nas necessidades da saúde
Relação limitada ao momento da consulta	Relação limitada à implementação do programa	Relação personalizada que perdure no tempo*
Episódio de cuidado curativo	Intervenções de controlo de doenças definidas no programa	Compreensividade, continuidade e orientação para a pessoa
Responsabilidade limitada ao aconselhamento no momento da consulta	Responsabilidade por metas do controlo da doença na população alvo	Responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença
Os utentes são consumidores dos cuidados que procuram	Grupos da população são alvo de intervenções de controlo da doença	As pessoas são parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade

\* Nota dos tradutores: este conceito é, por vezes, referido como "longitudinalidade" (A. Biscaia, comunicação pessoal, Março 2009)



As reformas da prestação de serviços advogadas pelo movimento dos cuidados de saúde primários (CSP) têm por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, de forma a torná-los mais efectivos, eficientes e equitativos. Os serviços de saúde que são bem sucedidos na consecução desta intenção apostam num relacionamento estreito e directo entre os indivíduos, as comunidades e os seus cuidadores. Estabelecem-se, assim, as condições para a orientação para a pessoa, a continuidade, a compreensibilidade e a integração, que constituem, no seu conjunto, as características que diferenciam os cuidados primários. O quadro 3.1 sumaria as diferenças entre cuidados primários e os cuidados prestados em locais mais convencionais como clínicas, consultas externas de hospitais, ou através dos serviços próprios de programas de controlo de doenças, tão frequentes em situações de escassez de recursos. A secção que segue define estas características dos cuidados primários, e descreve como contribuem para ganhos em saúde e para melhores resultados sociais.

## O que distingue os cuidados primários

### A efectividade e a segurança não são apenas assuntos técnicos

Os cuidados de saúde têm de ser efectivos e seguros. Tanto os profissionais como o público em geral tendem a avaliar o desempenho dos seus serviços de saúde de forma exageradamente favorável. A emergência da medicina baseada na evidência, nos anos 80, ajudou a impor a força e a disciplina da evidência científica à tomada de decisão sobre cuidados de saúde<sup>11</sup>, compatibilizando-a também com os valores e as preferências dos doentes<sup>12</sup>. Durante a última década, várias centenas de revisões de efectividade foram finalizadas<sup>13</sup> que conduziram a uma maior disponibilidade de informação para os prestadores de cuidados sobre as melhores escolhas terapêuticas para cuidarem dos seus doentes.

No entanto, a medicina baseada na evidência, não pode garantir que os cuidados médicos sejam sempre efectivos e seguros. A compreensão crescente das múltiplas formas em que os

cuidados podem vir a ser comprometidos, está a contribuir para uma melhoria gradual nos padrões de qualidade e de segurança (Caixa 3.1). Até ao momento, e principalmente em países de rendimento alto e médio, tais esforços têm-se concentrado, de uma forma desproporcionada, nos cuidados hospitalares e nos prestados por especialistas. A efectividade e a segurança dos cuidados ambulatoriais de carácter generalista, onde a maioria de interações entre as pessoas e os serviços de saúde ocorrem, têm recebido menos atenção<sup>14</sup>. A falta de qualidade e de segurança são questões particularmente importantes nos serviços comerciais não-regulamentados de muitos países em desenvolvimento (Caixa 3.2)<sup>15</sup>.

Os parâmetros técnicos e de segurança não são os únicos determinantes dos resultados dos cuidados médicos. A decepcionante taxa de insucesso em impedir a transmissão do VIH da mãe para filho na Costa do Marfim (Figura 3.2), ilustra bem que outras características da organização dos cuidados médicos são singularmente críticas – a disponibilidade de bons medicamentos não chega.

A forma como os serviços tratam as pessoas é igualmente importante. Estudos na Austrália, no Canadá, na Alemanha, na Nova Zelândia, no Reino Unido e nos Estados Unidos ilustram como é frequente: a exposição de um elevado número de doentes a situações de risco; a coordenação deficiente de cuidados; a abordagem pouco participada de enfermidades crónicas<sup>25</sup>. A comunicação com os utentes é frequentemente inadequada e não transmite muitas vezes informação suficiente sobre o regime de tratamento prescrito. Quase um em dois doentes sente que os médicos raramente ou nunca lhes pedem opinião sobre o tratamento que lhes é estabelecido. Os doentes consultam muitas vezes prestadores diferentes para situações relacionadas ou mesmo para as mesmas situações o que, dada a falta da coordenação entre estes prestadores, conduz a duplicações e a contradições<sup>25</sup>. Esta situação é similar à descrita noutros países, tais como a Etiópia<sup>26</sup>, o Paquistão<sup>27</sup> e o Zimbabué<sup>28</sup>.

No entanto, tem-se observado algum progresso nos últimos anos. Nos países de rendimento alto, o confronto com a doença crónica, os problemas de saúde mentais, a multi-morbilidade e



a dimensão social da doença focaram a atenção na necessidade de uma maior compreensão e orientação para a pessoa e na continuidade dos cuidados. Isto tem resultado, não somente de pressão por parte dos utentes mas, igualmente, do reconhecimento pelos profissionais da importância crítica de cuidados com estas características para a obtenção de melhores resultados para seus doentes. Muitos profissionais de saúde começaram a entender as limitações de abordagens estritamente biomédicas, à doença cardiovascular por exemplo, e a contemplar regimes terapêuticos em

que as fronteiras entre os cuidados curativos, a medicina preventiva e a promoção da saúde se confundem. Nos países de rendimento baixo esta evolução é igualmente visível. Nos últimos anos,

### Caixa 3.1 Rumo a uma ciência e cultura de aperfeiçoamento: evidências para a promoção da segurança do doente e de melhores resultados

O resultado dos cuidados de saúde resulta do equilíbrio entre o valor acrescentado do tratamento ou intervenção, e dos seus efeitos adversos no doente<sup>16</sup>. Até há pouco tempo, a dimensão e impacto desses efeitos adversos eram consideravelmente subestimados. Em países industrializados, aproximadamente 1 em cada 10 doentes sofre, durante a prestação de cuidados de saúde, de efeitos adversos evitáveis<sup>17</sup> que, nos Estados Unidos, podem estar associados a cerca de 98 000 mortes por ano<sup>18</sup>. Factores múltiplos contribuem para esta situação<sup>19</sup>, desde erros sistémicos a problemas de incompetência, pressão social sobre os doentes para se submeterem a tratamentos melindrosos, à utilização incorrecta de tecnologia<sup>20</sup>. Por exemplo, quase 40% dos 16 biliões de injeções administradas no mundo inteiro todos os anos, são dadas com seringas e agulhas reutilizadas sem esterilização<sup>14</sup>. Todos os anos, estas injeções, sem margem de segurança, causam 1,3 milhões de mortes e quase 26 milhões de anos de vida são perdidos, especialmente por causa da transmissão das hepatites B e C, e do VIH<sup>21</sup>.

Particularmente inquietante é a escassez de informação sobre a extensão e os determinantes da insegurança associada aos cuidados de saúde em países de baixo e médio rendimento. Com a comercialização não regulamentada dos cuidados, o fraco sistema de controlo da qualidade e a escassez dos recursos da saúde, os utentes dos serviços de saúde em países de baixo rendimento estão provavelmente ainda mais expostos a efeitos adversos e às suas consequências nefastas do que os doentes em países de alto rendimento. A Aliança Mundial para a Segurança do Doente<sup>22</sup>, entre outras, advoga o aumento da segurança dos doentes, privilegiando intervenções sistémicas e mudanças na cultura organizacional, em alternativa à procura de responsabilidades e à denúncia de más práticas individuais, seja de administradores, médicos ou outros prestadores de cuidados<sup>23</sup>.

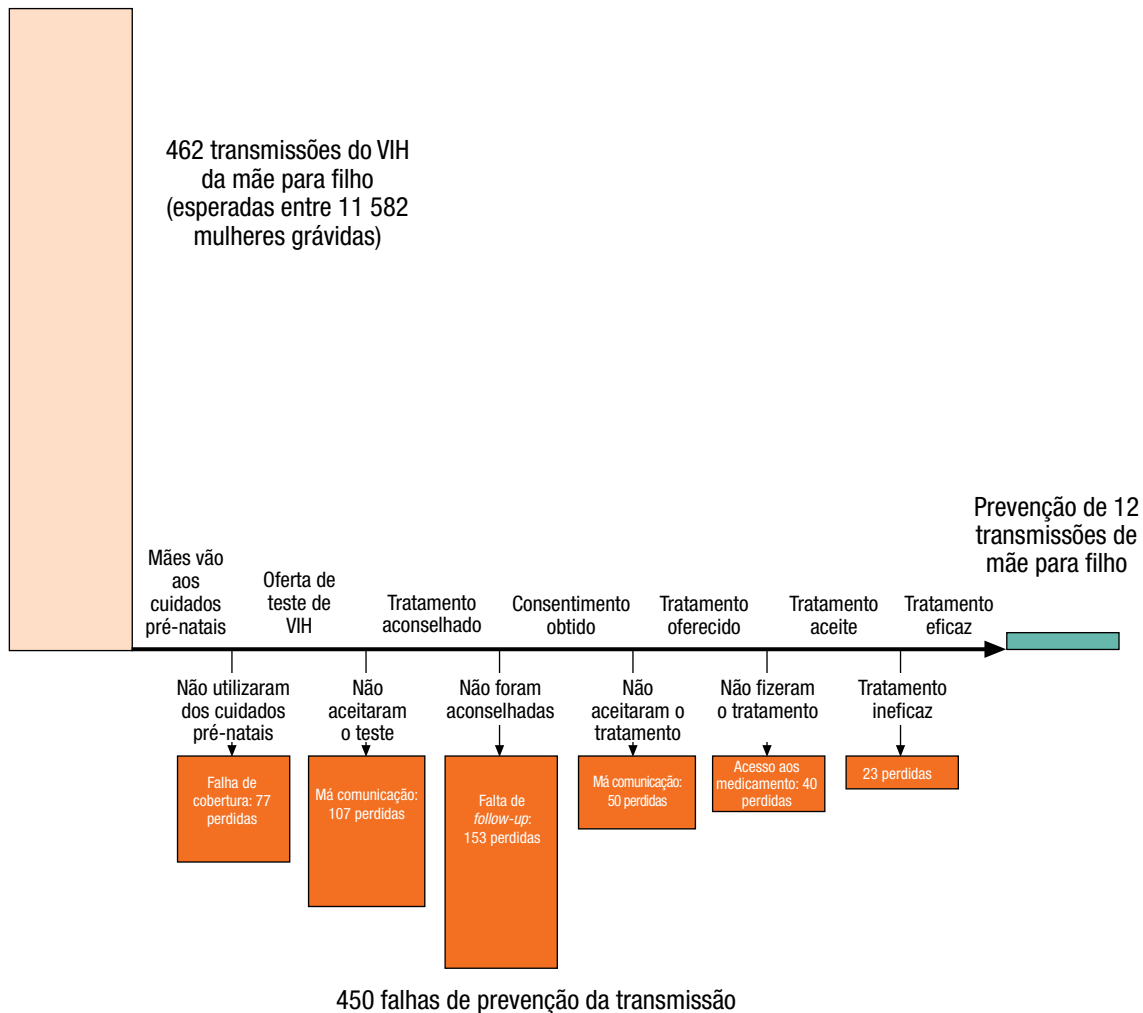
### Caixa 3.2 Quando a procura induzida pela oferta e movida pelo consumidor determinam o tratamento médico: os cuidados ambulatoriais na Índia

“A Senhora S é uma doente típica das que vivem na Deli urbana. Num raio de 15 minutos a pé da sua casa encontram-se cerca de 70 prestadores de cuidados de saúde do sector privado. Dirige-se a uma clínica privada dirigida pelo Dr. SM e pela sua esposa. À entrada da clínica, uma placa bem visível publicita a “Doutora MM, medalhista de ouro, MBBS”, dando a entender que a clínica é apoiada por uma médica altamente qualificada (um MBBS é a sigla para a licenciatura em medicina no sistema educacional britânico). Mas na prática, a Doutora MM raramente aparece na clínica. Informam-nos que ela por vezes aparece pelas 4 horas da tarde para evitar as grandes filas que se formam quando se sabe que ela está presente. Descobrimos, mais tarde, que tem o seu nome *franchised* por várias clínicas. Entretanto, a Senhora S consulta o Dr. SM e a sua esposa, ambos formados em medicina tradicional de tradição Ayurvédica com um curso à distância de seis meses. O médico e a sua esposa sentam-se por detrás de uma pequena mesa rodeada, de um lado, por um grande número de frascos cheios de comprimidos, e do outro, por um banco com os pacientes, que se estendem em fila pela rua. A Senhora S senta-se na extremidade deste banco. O Dr. SM e a sua esposa são os prestadores de cuidados médicos mais populares na vizinhança, com mais de 200 doentes por dia. O médico gasta uma média de 3,5 minutos com cada doente, faz 3,2 perguntas e executa uma média de 2,5 exames. Depois do diagnóstico, o médico retira dois ou três comprimidos diferentes, esmaga-os com um pilão num almofariz, e mete o pó resultante em pacotes pequenos de papel que dá à Senhora S e recomenda que os tome durante dois ou três dias. Estes medicamentos incluem geralmente um antibiótico, um analgésico e um anti-inflamatório. O Dr. SM diz-nos que se confronta constantemente com as expectativas fantasiosas dos doentes, não só pelo seu número elevado mas também pela procura de tratamentos que até ele sabe que são ineficazes. O Dr. SM e a sua esposa parecem altamente empenhados em garantir bons cuidados aos seus doentes e mesmo com uma sala de consultas cheia, eles passam mais tempo com seus doentes durante uma consulta do que os médicos do sector público. Mas, não se sentem constrangidos a agir dentro dos limites impostos pela formação que receberam e dos conhecimentos que têm [...] e estão à vontade para tratar os seus doentes com comprimidos esmagados para um pacote de papel, o que aumenta a procura e lhes permite cobrar preços mais elevados pelas suas consultas<sup>24</sup>.”

depois de uma reflexão meticulosa, muitos dos programas orientados especificamente para doenças infecciosas prioritárias começaram a ter em consideração a compreensividade, a orientação para o doente e a continuidade. Os serviços maternos e de saúde infantil têm estado frequentemente no pelotão da frente destas tentativas, reorganizando-se em cuidados compreensivos e com continuidade. Este processo foi consolidado através da “Administração Integrada da Doença na Infância”, iniciativa conjunta da UNICEF/OMS<sup>30</sup>. A experiência dos profissionais de saúde nos países

em vias de desenvolvimento com programas, como, o Programa Alargado de Vacinação da OMS, colocou-os em vantagem em relação aos seus colegas dos países mais desenvolvidos, com uma melhor compreensão da necessidade de cuidarem não só dos seus doentes, mas também de garantirem uma cobertura populacional adequada. Mais recentemente, os programas de VIH/SIDA focaram a atenção dos prestadores e dos responsáveis políticos na importância do aconselhamento, na continuidade dos cuidados, na complementaridade da prevenção, do tratamento

**Figura 3.2** Oportunidades perdidas para prevenção da transmissão do VIH da mãe para filho na Costa do Marfim<sup>29</sup>: só é prevenida uma fracção minúscula das transmissões previstas





e da palição e, de uma forma crítica, no valor da empatia e de ouvir os doentes.

### Compreender as pessoas: cuidados orientados para as pessoas

Quando as pessoas estão doentes, preocupam-se mais com a sua própria adversidade do que com considerações de ordem administrativa, de produtividade, de objectivos de saúde, de custo-eficácia e de organização racional dos serviços. Cada indivíduo tem uma maneira própria de viver os seus problemas de saúde, no seu contexto particular<sup>31</sup>. Os trabalhadores de saúde têm que saber reconhecer e responder a essa diversidade de respostas. Para os trabalhadores de saúde na interface entre a população e os serviços de saúde o desafio é muito mais complexo do que

para os que operam em serviços especializados de referência, onde a abordagem de uma doença corresponde geralmente a respostas técnicas que são relativamente evidentes. A abordagem de problemas de saúde na interface é, geralmente, complexa. Esta complexidade está associada à necessidade de garantir uma abordagem holística que considere aspectos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada indivíduo vive. A falta de consideração à pessoa na sua totalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, leva a que, frequentemente, não sejam reconhecidos aspectos importantes do problema de saúde que não são facilmente classificados em categorias reconhecidas de doenças. A violência doméstica contra as mulheres

### Caixa 3.3 Resposta dos cuidados de saúde à violência doméstica contra as mulheres

A violência doméstica tem inúmeras consequências, bem documentadas, para a saúde das mulheres (e das suas crianças), incluindo ferimentos, síndromas de dor crónica, gravidezes acidentais e não desejadas, complicações da gravidez, infeções sexualmente transmitidas e um grande número de problemas de saúde mental<sup>32, 33, 34, 35, 36, 37</sup>. As mulheres que sofrem violência são utentes frequentes dos serviços de saúde.

Os trabalhadores de saúde estão, conseqüentemente, numa posição privilegiada para identificar e apoiar as vítimas deste tipo de violência, incluindo a sua referência para apoios psico-sociais, legais e outros. A sua intervenção permite reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher, bem como das suas crianças, e pode igualmente ajudar a impedir futuros episódios de violência.

A investigação tem mostrado que a maioria das mulheres pensam que os prestadores de cuidados de saúde deveriam inquirir sobre a violência<sup>40</sup>. Não esperam, no entanto, que eles resolvam o seu problema, mas gostariam de ser escutadas e tratadas de uma forma que as ajude a ganharem a força que precisam para assumirem o controlo das suas decisões. Os prestadores de cuidados de saúde têm, muitas vezes, dificuldade em interrogar as mulheres sobre violência. Falta-lhes tempo, formação e competência para o fazerem correctamente, e mostram relutância em se envolverem em procedimentos judiciais.

A aproximação mais efectiva para os prestadores de saúde utilizarem na sua resposta à violência é ainda matéria de debate<sup>41</sup>. É-lhes, geralmente, recomendado que perguntem a todas as mulheres, como parte da rotina de avaliação da sua saúde, sobre episódios de violência doméstica<sup>42</sup>. Diversas reavaliações mostram que esta abordagem aumenta a taxa de identificação das mulheres vítimas de violência, nas clínicas pré-natais e de cuidados primários, mas com escassa evidência de sustentabilidade<sup>40</sup>, ou de efectividade em termos de obtenção de ganhos em saúde<sup>43</sup>. Entre mulheres que permanecem em abrigos, está provado que as que recebem aconselhamento específico sofrem de uma taxa mais baixa de reincidência de violência e referem uma melhor qualidade de vida<sup>44</sup>. Similarmente, entre as mulheres que sofrem violência durante a gravidez, aquelas que recebem aconselhamento que as torna mais resolutas descrevem um melhor relacionamento e menos abusos psicológicos e físicos graves, e têm scores mais baixos de depressões pós-natal<sup>45</sup>.

Embora não haja consenso sobre a estratégia mais efectiva a adoptar, está a emergir a compreensão de que faz parte do trabalho de um serviço de saúde ajudar a identificar e a apoiar as mulheres vítimas de violência<sup>46</sup>, e que os prestadores de cuidados de saúde devem estar capacitados para darem resposta a estas situações, visto que essa resposta é importante para empoderar as vítimas com capacidades e competências essenciais. Os prestadores de cuidados de saúde têm, no mínimo, de estar informados sobre a violência contra as mulheres, a sua prevalência e impacto na saúde, quando a suspeitar e qual a melhor resposta. Este problema tem, claramente, dimensões técnicas que não podem ser ignoradas. Por exemplo, no caso de agressão sexual, os prestadores precisam de ser capazes de oferecer o tratamento e prestar os cuidados necessários, incluindo contracepção de emergência e profilaxia para as infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH, quando relevante, assim como apoio psicossocial. Há, também, outras dimensões: como a documentação de evidência física de trauma pelos trabalhadores de saúde, de uma forma o mais exaustiva possível<sup>47,48,49</sup> e o trabalho com as comunidades – em particular com homens e rapazes – na mudança de atitudes e de práticas relacionadas à desigualdade do género e à violência.



**Quadro 3.2** Orientação para a pessoa: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Melhoria da intensidade do tratamento e qualidade de vida – Ferrer (2005) <sup>54</sup>
Melhor compreensão dos aspectos psicológicos dos problemas dos doentes – Gulbrandsen (1997) <sup>55</sup>
Melhoria da satisfação com a comunicação – Jaturapatporn (2007) <sup>56</sup>
Melhoria da confiança do doente a respeito de problemas sensíveis – Kovess-Masféty (2007) <sup>57</sup>
Aumento da confiança e de conformidade com o tratamento – Fiscella (2004) <sup>52</sup>
Melhor integração dos cuidados de prevenção e de promoção – Mead (1982) <sup>50</sup>

(caixa 3.3), por exemplo, pode ser detectada, prevenida ou reduzida por serviços de saúde atentos que têm uma relação de proximidade com as comunidades que servem e por trabalhadores de saúde que conhecem as pessoas da sua comunidade.

As pessoas querem a compreensão do seu assistente de saúde para o seu sofrimento e para as limitações que enfrentam. Infelizmente, muitos prestadores negligenciam este aspecto da relação terapêutica, particularmente quando se relacionam com membros dos grupos sociais mais desfavorecidos. Em muitos serviços de saúde, a compreensão e a orientação para a pessoa são tratados como bens de luxo a serem dispensados somente a alguns mais privilegiados.

Durante os últimos 30 anos, um corpo considerável de investigação trouxe à luz evidências de que a orientação para a pessoa é importante, não só para aliviar a ansiedade do paciente mas também para melhorar a satisfação profissional<sup>50</sup> do prestador. A probabilidade da resposta a um problema de saúde ser efectiva é mais elevada se o prestador compreender as várias dimensões desse problema<sup>51</sup>. O simples perguntar aos doentes como se sentem com a sua doença e como é que ela afecta as suas vidas, em vez de se centrar a atenção inicial directamente na doença, aumenta a confiança do doente no seu assistente

e a sua conformidade com a terapêutica recomendada<sup>52</sup>, o que também facilita que o doente e o prestador assumam uma relação de parceria na gestão clínica, uma situação facilitadora da integração da promoção, da prevenção e da promoção da saúde na resposta terapêutica<sup>50,51</sup>. Assim, a orientação para a pessoa transforma-se num “método clínico com participação democrática”<sup>53</sup>, obviamente melhorando a qualidade dos cuidados, o sucesso do tratamento e a qualidade de vida daqueles que beneficiam de tais cuidados (Quadro 3.2).

Na prática, os clínicos raramente falam com os seus doentes sobre as suas ansiedades, as suas crenças e a sua compreensão da doença, e raramente põem à sua apreciação as diferentes abordagens terapêuticas possíveis para o seu problema de saúde<sup>58</sup>. Limitam-se a prescrições técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e a efectividade dos cuidados que prestam<sup>59</sup>.

Assim sendo, recomendações técnicas sobre estilos de vida, regimes terapêuticos, ou referência, frequentemente negligenciam a consideração de constrangimentos associados ao ambiente em que as pessoas vivem e as possibilidades de auto-ajuda para uma multiplicidade de problemas de saúde que vão da doença diarreica<sup>60</sup> à gestão da diabetes<sup>61</sup>. Contudo, nem a enfermeira, no centro de saúde rural no Níger, nem o médico generalista na Bélgica conseguem, por exemplo, referenciar um doente para um hospital sem negociação com ele<sup>62,63</sup>: para o fazer têm que ter em consideração normas médicas assim como os valores do doente, os valores da família, e os seus estilos e perspectivas de vida<sup>64</sup>.

Poucos prestadores de saúde receberam formação que os habilite a prestarem cuidados orientados para a pessoa. Esta falta da preparação pode ainda ser agravada por conflitos interculturais, pela estratificação social, pela discriminação e pela estigmatização<sup>63</sup>. As consequências disto são que o considerável potencial das pessoas virem a contribuir para a sua própria saúde através da adequação dos seus estilos de vida, dos seus comportamentos e da auto-ajuda, e a possibilidade de optimização do aconselhamento profissional às suas circunstâncias de vida, são subutilizadas. Há numerosas oportunidades,



### Caixa 3.4 Empoderamento dos utentes para contribuírem para a sua própria saúde

As famílias podem ser empoderadas para fazerem escolhas relevantes para a sua saúde. O parto e os planos de emergência<sup>66</sup> resultam, por exemplo, de uma análise pela mãe expectante e a equipa da saúde – bem antes do parto – das suas expectativas em relação ao nascimento. Os assuntos discutidos incluem o local do nascimento e, no momento do parto, a organização dos afazeres domésticos e do cuidar de outros filhos, se os houver. A discussão pode incluir o planeamento das despesas esperadas, as combinações para transporte, o acautelamento de provimentos médicos, assim como, para a eventualidade de hemorragias, a identificação de um doador de sangue compatível. Este tipo de planeamento do parto está ser adoptado em países tão diversos quanto o Egipto, a Guatemala, a Indonésia, os Países Baixos e a República Unida da Tanzânia. Constitui um exemplo de como as pessoas podem participar, e ser empoderadas, nas decisões que dizem respeito à sua saúde<sup>67</sup>. As estratégias de empoderamento podem melhorar a saúde, e ter impactos sociais positivos, pelas vias mais diversas; as condições para o sucesso são que estejam enraizadas no contexto local e assentes num relacionamento estreito e directo entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde<sup>68</sup>. As estratégias podem referenciar-se a uma multiplicidade de áreas, como a seguir elencadas:

- desenvolver as potencialidades salutogénicas do agregado familiar, tomar decisões saudáveis e responder às emergências, nomeadamente: organização de auto-ajuda entre diabéticos, em França<sup>69</sup>; programas de empoderamento familiar e de formação dos pais, na África do Sul<sup>70</sup>; planos de parto seguro negociados, na República Unida da Tanzânia<sup>71</sup>; e programa de envelhecimento activo, no México<sup>72</sup>;
- aumentar a conscientização dos cidadãos para os seus direitos, necessidades e potenciais problemas, designadamente: informação sobre direitos, no Chile<sup>73</sup>; e Declaração dos Direitos dos Doentes, na Tailândia<sup>74</sup>;
- reforçar laços para garantir o apoio social nas comunidades e com o sistema de saúde como, por exemplo: apoio e aconselhamento aos cuidadores familiares sobre os cuidados a ter com a demência, nos países em vias de desenvolvimento<sup>75</sup>; programas de crédito rural e o seu impacto na procura de cuidados, no Bangladesh<sup>76</sup>; iniciativas ambientais de bairro, no Líbano<sup>77</sup>

embora frequentemente ignoradas, potencialmente conducentes a uma maior participação das pessoas nas decisões que afectam a sua própria saúde e a saúde das suas famílias (Caixa 3.4). Este empoderamento exige prestadores de cuidados de saúde que sejam capazes de se relacionarem com as pessoas de forma a ajudá-las a fazerem escolhas informadas e acertadas. O estabelecimento deste tipo de diálogo é, muitas vezes, contrariado pelos sistemas de pagamento e pelos incentivos existentes nos sistemas de prestação de serviços<sup>65</sup>. Conflitos de interesses entre prestadores e doentes, particularmente em serviços de saúde de carácter comercial e não regulamentados, são o principal desincentivo à prestação de cuidados orientados para a pessoa. Os prestadores comerciais podem parecer mais atenciosos e amigáveis do que no centro de saúde típico, o que não compensa a falta de orientação para a pessoa durante a prestação de cuidados.

#### Respostas compreensivas e integradas

A diversidade das necessidades e dos desafios de saúde que as pessoas enfrentam não se encaixam necessariamente nas categorias de diagnósticos descritas em livros de promoção da saúde ou de cuidados preventivos, curativos ou

de reabilitação<sup>78,79</sup>. Elas exigem a mobilização de uma bateria compreensiva de recursos que podem incluir desde intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença até procedimentos de diagnóstico e tratamento ou referência a serviços mais diferenciados, a cuidados domiciliários para doenças crónicas ou prolongadas e, em alguns modelos, de serviços sociais<sup>80</sup>. É no ponto de entrada no sistema de saúde, onde as pessoas se apresentam em primeira-mão com o seu problema, que se faz sentir a maior necessidade por uma oferta compreensiva e integrada de cuidados.

A compreensividade faz sentido das perspectivas gestonária e operacional e enriquece as ofertas e as respostas do sistema de saúde (Quadro 3.3). As pessoas procuram mais os serviços quando se apercebem que a oferta de cuidados nesses serviços é compreensiva. Além disso, maximiza oportunidades para a prevenção da doença e a promoção da saúde, reduzindo ao mesmo tempo a dependência desnecessária nos cuidados especializados ou hospitalares<sup>81</sup>. A especialização tem os seus confortos, mas a fragmentação que induz é, muitas vezes, visivelmente contra-produtiva e ineficiente: não faz nenhum sentido monitorizar o crescimento das crianças e

**Quadro 3.3** Compreensividade: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Melhores resultados de saúde – Forrest (1996) <sup>82</sup> , Chande (1996) <sup>83</sup> , Starfield (1998) <sup>84</sup>
Aumento da cobertura por cuidados de prevenção de doenças (por exemplo, controlo da pressão arterial, mamografias, papanicolau) Bindman (1996) <sup>85</sup>
Redução de doentes admitidos com complicações evitáveis de doenças crónicas – Shea (1992) <sup>86</sup>

negligenciar a saúde das suas mães (e vice-versa), ou tratar alguém com tuberculose sem considerar se está infectado com o VIH ou se fuma.

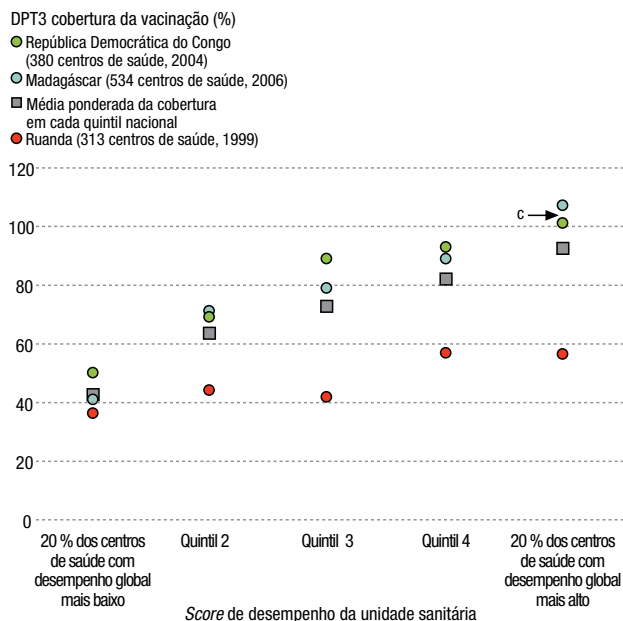
Isto não implica que os trabalhadores da saúde, responsáveis por responder a estes primeiros contactos com o sistema de saúde, têm que dar respostas e conseguir resolver todos os problemas de saúde que se lhes apresentam, nem que todos os programas de saúde precisam de desenvolver as suas actividades assistenciais obrigatoriamente através de serviços integrados. No entanto, uma equipa de cuidados primários tem que ser capaz de encontrar respostas para a maioria dos problemas de saúde na comunidade que serve. Quando o não pode fazer, tem que ter a capacidade de mobilizar recursos extras, referenciando ou recorrendo ao apoio de especialistas, hospitais, centros de diagnóstico e de tratamento especializado, programas de saúde pública, serviços de cuidados prolongados, cuidados no domicílio ou serviços sociais, ou outras organizações autónomas da comunidade. Isto não implica abdicar de responsabilidades: a equipa dos cuidados primários permanecerá responsável por ajudar as pessoas a navegar neste ambiente complexo.

Cuidados compreensivos e integrados para o conjunto dos problemas de saúde na comunidade são mais eficientes do que recorrer a serviços diferentes para problemas seleccionados porque, em parte, contribuem para um melhor conhecimento da população e criam um ambiente em que impera uma maior confiança. Num contexto de compreensividade as actividades reforçam-se mutuamente. Os serviços de saúde que oferecem um conjunto de serviços compreensivos,

aumentam a utilização e a cobertura de, por exemplo, programas preventivos, tais como rastreios dos cancros ou de vacinações (Figura 3.3). Previnem complicações e melhoram os resultados de saúde.

Mesmo na ausência de uma procura explícita, os serviços compreensivos podem facilitar a detecção precoce e a prevenção de vários problemas. Há indivíduos e grupos que podem vir a beneficiar de cuidados mesmo que não exista da sua parte uma procura explícita e espontânea desses cuidados, como no caso das mulheres que recorrem aos centros de saúde no distrito de Ouallam, do Níger, ou de pessoas com hipertensão ou depressão não diagnosticada. A detecção precoce da doença, os cuidados preventivos para reduzir a incidência de doenças, a promoção da saúde para reduzir os comportamentos de risco e a correcção dos determinantes, sociais e outros, da saúde, tudo isto exige que sejam os serviços de saúde a tomar a iniciativa. Para muitos problemas, os trabalhadores de saúde locais são os únicos que estão numa posição para, efectivamente, darem resposta aos problemas da comunidade:

**Figura 3.3** Os centros de saúde com mais compreensividade têm melhor cobertura vacinal<sup>a,b</sup>



<sup>a</sup> Total de 1227 centros de saúde, cobrindo uma população de 16 milhões de pessoas.

<sup>b</sup> A cobertura vacinal não foi incluída na avaliação do desempenho global dos centros de saúde para um conjunto de serviços.

<sup>c</sup> Incluiu a vacinação de crianças que não pertencem à população alvo.



são os únicos, por exemplo, numa posição que lhes permite ajudar os pais quanto aos cuidados a ter durante o desenvolvimento das suas crianças na infância, o que mais tarde pode vir a ser um determinante importante da saúde, do bem-estar e da produtividade<sup>87</sup>. Tais intervenções exigem equipas de saúde proactivas, que ofereçam um conjunto de serviços compreensivos, o que, por sua vez, depende duma relação estreita e de confiança entre os serviços de saúde e as comunidades que eles servem e, conseqüentemente, dos trabalhadores de saúde que conhecem as pessoas na sua comunidade<sup>88</sup>.

### Continuidade dos cuidados

Compreender as pessoas e o contexto onde elas vivem é não só importante para se desenvolver uma resposta compreensiva, orientada para a pessoa, mas também como condicionante da continuidade dos cuidados. Os prestadores comportam-se frequentemente como se a sua responsabilidade começasse quando um doente chega ao local de consulta e terminasse quando o abandona. Os cuidados não podem, nem devem, estar limitados ao momento da consulta, nem confinados às quatro paredes de um consultório. A orientação para impactos mensuráveis exige uma abordagem consistente e coerente da

gestão do problema do doente, até que ele esteja resolvido ou o risco que justificou o *follow-up*\* tenha desaparecido. A continuidade dos cuidados é um importante determinante da efectividade seja da gestão da doença crónica, da saúde reprodutiva, da saúde mental ou, ainda, para garantir um crescimento saudável das crianças (Quadro 3.4).

A continuidade dos cuidados depende da capacidade de assegurar a continuidade da informação, por exemplo, à medida que as pessoas envelhecem, quando se mudam de uma residência para outra, ou quando diferentes profissionais prestam cuidados a um mesmo indivíduo ou agregado familiar. O acesso aos processos clínicos e notas de alta – electrónicas, convencionais ou as que acompanham o doente – melhora a escolha do regime de tratamento e a coordenação dos cuidados. No Canadá, por exemplo, uma em cada sete pessoas que utilizam um departamento de urgência tinham falhas de informação médica que poderiam levar a situações de risco para o doente<sup>101</sup>. A perda de informação é uma causa frequente de atrasos nos cuidados e da procura de serviços desnecessários<sup>102</sup>. Nos Estados Unidos, está associada a 15,6% de todos os erros observados nos cuidados ambulatoriais<sup>103</sup>. As actuais tecnologias de informação e de comunicação, embora ainda sejam pouco utilizadas, criam possibilidades inauditas para melhorar a circulação da informação médica a um custo acessível<sup>104</sup>, reforçando assim a continuidade, a segurança e a aprendizagem (Caixa 3.5). Estas tecnologias, estão disponíveis sem restrições de direitos de autor e a baixo custo, como ilustrado pelos processos de saúde electrónicos desenvolvidos através de comunidades da prática, o que, por exemplo, tem facilitado a continuidade e a qualidade dos cuidados para doentes com o VIH/SIDA em muitos países de baixo rendimento<sup>105</sup>.

São, sem dúvida, necessários melhores registos de doentes, mas estes não são suficientes para garantir a continuidade dos cuidados. Os serviços de saúde necessitam de se esforçar mais para minimizar os numerosos obstáculos

**Quadro 3.4** Continuidade dos cuidados: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Redução da mortalidade global – Shi (2003) <sup>90</sup> , Franks (1998) <sup>91</sup> , Villalbi (1999) <sup>92</sup> , PAHO (2005) <sup>93</sup>
Melhoria do acesso aos cuidados – Weinick (2000) <sup>94</sup> , Forrest (1998) <sup>95</sup>
Redução da readmissão hospitalar – Weinberger (1996) <sup>96</sup>
Redução das consultas com especialistas – Woodward (2004) <sup>97</sup>
Redução da utilização dos serviços de urgência – Gill (2000) <sup>98</sup>
Melhoria da detecção de efeitos adversos das intervenções médicas – Rothwell (2005) <sup>99</sup> , Kravitz (2004) <sup>100</sup>

\* Nota dos tradutores: estrangeirismos ou neologismos externos já integrados no *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo (2001) são mantidos no original sem procurar um vocábulo equivalente em português “clássico”.

### Caixa 3.5 Tecnologias de informação e de comunicação para melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência nos cuidados primários

As tecnologias de informação e de comunicação permitem às pessoas, em locais remotos e mal servidos, ter acesso a serviços e a conhecimentos que, de outra maneira, não estariam disponíveis, especialmente em países com distribuição desigual ou défices crónicos de médicos, enfermeiras e técnicos de saúde ou onde o acesso aos serviços e ao conselho do técnico exigem longas viagens. Nestes contextos, o objectivo do acesso melhorado aos serviços de saúde encorajou a adopção de tecnologias para o diagnóstico, a monitorização e a consulta à distância. A experiência, no Chile, da transmissão instantânea de electrocardiogramas, em casos de suspeita de enfarte do miocárdio, é um exemplo notável: o exame é realizado num *setting* ambulatorio e os dados são emitidos para um centro nacional onde os especialistas confirmam o diagnóstico através do fax ou do e-mail. Esta consulta com técnicos, facilitada através das tecnologias, permite uma resposta rápida e um tratamento apropriado onde previamente tal não era possível. A Internet é um factor-chave neste sucesso, assim como o são a disponibilidade de ligações telefónicas em todas as instalações sanitárias do país.

Um benefício adicional do recurso às tecnologias de informação e de comunicação nos serviços de cuidados primários é a qualidade melhorada dos cuidados. Os prestadores de cuidados de saúde esforçam-se, não somente por prestar cuidados mais efectivos, mas também mais seguros. Ferramentas como os registos de saúde electrónicos, computarização dos sistemas de prescrição e de apoio a decisões clínicas, ajudam a tornar os cuidados mais seguros numa diversidade de *settings* onde são prestados. Por exemplo, numa vila do Quênia Ocidental, os registos de saúde electrónicos, integrados com o laboratório, a aquisição de medicamentos e sistemas de produção de relatórios, reduziram drasticamente o trabalho administrativo e os erros, e melhoraram os cuidados de *follow-up*.

Enquanto os custos da prestação de cuidados médicos continuam aumentar, as tecnologias de informação e comunicação abrem “avenidas” novas para os cuidados personalizados, a orientação para o cidadão e a orientação para os cuidados no domicílio. Com este propósito, houve um investimento significativo na investigação e no desenvolvimento de aplicações amigáveis para o consumidor. Na Cidade do Cabo, na África do Sul, um serviço de reforço da adesão aos tratamentos e procedimentos, aceita nomes e números de telemóvel de doentes com tuberculose (enviados por uma clínica) e insere-os numa base de dados. A cada meia hora, o servidor lê a base de dados e envia lembranças por SMS personalizado aos doentes, para tomarem a sua medicação. A tecnologia é barata e robusta. As taxas de cura e de conclusão são similares às de doentes a receberem TOD numa clínica, mas mais barata para a clínica e para o doente, e interfere muito menos com a vida quotidiana que as idas à clínica<sup>106</sup>. Com uma orientação semelhante, a ligação do apoio a estilos de vida pelos cuidados primários baseada em dispositivos de rede, transformou-se num elemento-chave de um programa comunitário inovador nos Países Baixos, onde dispositivos de monitorização e de comunicação são instalados em apartamentos “inteligentes” para idosos. Este sistema reduz as visitas à clínica e facilita o viver independente, mesmo com doenças crónicas que exigem exames e acertos frequentes ao regime terapêutico.

Muitos clínicos, apostados em promover a saúde e em prevenir a doença, empenham-se fortemente no recurso à Internet, como um local para ir procurar conhecimentos de saúde que complementem ou substituam a necessidade de procurar o conselho de um profissional de saúde mais diferenciado ou experiente. As novas aplicações, os serviços e o acesso à informação têm vindo a alterar de uma forma definitiva a forma como os consumidores e os profissionais de saúde se relacionam, tornando o conhecimento directamente acessível a todos.

à continuidade dos cuidados. Comparado com pagamentos por capitação ou por episódio de doença, o pagamento directo pelo utente de uma taxa por serviços prestados é um impedimento comum, não somente ao acesso, mas igualmente à continuidade dos cuidados<sup>107</sup>. Em Singapura, por exemplo, os doentes não eram, até há bem pouco tempo, autorizados a usar a sua conta poupança da saúde (*Medisave*) para financiarem tratamentos nas consultas externas dos hospitais, levando a atrasos e inconformidades com o regime terapêutico prescrito para doenças crónicas. Isto tornou-se tão problemático que os regulamentos do *Medisave* tiveram que ser alterados. Os hospitais passaram a ser incentivados a transferir os

doentes com diabetes, hipertensão, lipidémias e acidentes cerebrovasculares para clínicos gerais inscritos, passando as contas *Medisave* a cobrir também estes cuidados ambulatorios<sup>108</sup>.

Outras barreiras à continuidade incluem regimes terapêuticos que exigem deslocações frequentes às unidades sanitárias, o que acarreta um custo pesado em tempo, despesas de deslocação ou salários perdidos. A necessidade para estas deslocações pode não ser entendida e esta falta de compreensão motivar o doente a faltar. Os doentes sentem-se frequentemente perdidos nos ambientes institucionais complexos dos hospitais de referência ou dos serviços sociais. Tais problemas têm de ser antecipados e





reconhecidos precocemente. O esforço exigido dos trabalhadores de saúde não é insignificante: negociação das modalidades de tratamento com os doentes a fim de maximizar as possibilidades de que estes venham a ser completados com sucesso; manutenção dos registos dos utentes com doenças crónicas; e criação de múltiplos canais de comunicação através de visitas domiciliárias, contactos com trabalhadores de base comunitária e envio de lembretes telefónicos e de mensagens de texto para restabelecer a continuidade interrompida. Estas tarefas mundanas podem fazer a diferença entre o sucesso e o insucesso, mas raramente são reconhecidas e/ou recompensadas. Elas são muito mais fáceis de implementar quando o doente e o prestador de cuidados identificam claramente como e por quem o *follow-up* será organizado.

### Um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada

A compreensividade, a continuidade e a orientação para a pessoa são factores críticos para garantir melhorias nos resultados de saúde. Mas estão incompletos sem uma relação estável, pessoal e duradoura (uma característica a que algumas vezes se dá o nome de “longitudinalidade”<sup>84</sup>) entre a população e os profissionais que são o seu ponto de entrada para o sistema de saúde.

A maioria dos cuidados ambulatoriais prestados em unidades sanitárias convencionais não está orientada para o reforço de tais relações. O ambiente movimentado, anónimo e técnico das consultas externas dos hospitais, com os muitos especialistas e sub-especialistas que lá trabalham, produzem interações mecânicas entre utentes sem nome e uma instituição – estes cuidados não podem, de forma nenhuma, ser caracterizados como sendo orientados para a pessoa. Os cuidados prestados em clínicas de menor dimensão são menos anónimos mas, frequentemente, assemelham-se mais a uma transacção comercial ou administrativa que começa e acaba com a consulta do que a uma interacção, reactiva e receptiva, de resolução de problemas em parceria. Isto é verdade tanto para a maioria das clínicas privadas como para muitos centros de saúde do sector público<sup>64</sup>. Nas áreas rurais dos países de rendimento baixo, os centros de

saúde governamentais são geralmente planeados para trabalhar em estreita relação com a comunidade que servem. A realidade é, muitas vezes, diferente. A cativação de recursos e de pessoal para programas específicos resulta, cada vez mais, numa fragmentação crescente da oferta de cuidados<sup>109</sup>. Ao mesmo tempo, a falta de fundos, o empobrecimento do pessoal de saúde e a comercialização desenfreada, dificultam ainda mais o reforço destas relações<sup>110</sup>. Há muitos exemplos que vão contra esta tendência, mas mesmo nestas circunstâncias, a relação entre os prestadores e os seus clientes, em particular, os mais pobres, não são, muitas vezes, conducentes à edificação de relações de compreensão, empatia e confiança<sup>62</sup>.

A construção de relações duradouras exige tempo. Vários estudos indicam que são necessários entre dois a cinco anos antes do seu potencial se fazer sentir em toda a sua plenitude<sup>84</sup>. Mas, como observado no centro de saúde no Alasca, mencionado no início deste capítulo, as mudanças resultantes alteram drasticamente a maneira como os cuidados são prestados. O acesso recorrente à mesma equipa de prestadores de cuidados de saúde, ao longo do tempo, promove uma relação de confiança entre o indivíduo e os seus prestadores de cuidados de saúde<sup>97,111,112</sup>. Os profissionais de saúde mais facilmente respeitam e compreendem doentes que conhecem bem, o que contribui para uma interacção mais positiva e uma melhor comunicação<sup>113</sup>. Podem mais rapidamente compreender e antecipar os obstáculos à continuidade dos cuidados, monitorizar o progresso e avaliar como é que o dia-a-dia do indivíduo é afectado pela vivência da doença e da incapacidade resultante. Mais conscientes das circunstâncias em que as pessoas vivem, podem adequar melhor os cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa e identificar outros problemas de saúde mais precocemente.

Isto não é meramente uma questão de promover a confiança e a satisfação do doente, ainda que tal seja igualmente importante<sup>114,115</sup>. É meritório também porque está associado a uma melhor qualidade da prestação e resulta em melhores resultados (Quadro 3.5). As pessoas que usam o mesmo prestador para a maioria das

**Quadro 3.5** Ponto de entrada regular: evidência da sua contribuição para a qualidade dos cuidados e de melhores resultados

Melhoria da satisfação com os serviços – Weiss (1996) <sup>116</sup> , Rosenblatt (1998) <sup>117</sup> , Freeman (1997) <sup>124</sup> , Miller (2000) <sup>125</sup>
Melhoria da conformidade terapêutica e redução da taxa de hospitalização – Weiss (1996) <sup>116</sup> , Rosenblatt (1998) <sup>117</sup> , Freeman (1997) <sup>124</sup> , Mainous (1998) <sup>126</sup>
Redução da utilização de especialistas e de serviços de urgência – Starfield (1998) <sup>82</sup> , Parchman (1994) <sup>127</sup> , Hurley (1989) <sup>128</sup> , Martin (1989) <sup>129</sup> , Gadowski (1998) <sup>130</sup>
Redução das consultas de especialistas – Hurley (1989) <sup>128</sup> , Martin (1989) <sup>129</sup>
Utilização mais eficiente dos recursos – Forrest (1996) <sup>82</sup> , Forrest (1998) <sup>95</sup> , Hjortdahl (1991) <sup>131</sup> , Roos (1998) <sup>132</sup>
Melhor compreensão dos aspectos psicológicos dos problemas dos doentes – Gulbrandsen (1997) <sup>55</sup>
Melhor adesão dos adolescentes aos cuidados preventivos – Ryan (2001) <sup>133</sup>
Protecção contra o tratamento excessivo – Schoen (2007) <sup>134</sup>

suas necessidades de cuidados de saúde, tendem a seguir melhor os conselhos dados, a recorrer menos aos serviços de urgência, a sofrer menos hospitalizações e a estar mais satisfeitos com os cuidados recebidos<sup>98,116,117,118</sup>. Os prestadores poupam em tempo de consulta, recorrem menos a testes de laboratório, reduzem os custos<sup>95,119,120</sup> e aumentam o recurso aos cuidados preventivos<sup>121</sup>. A motivação aumenta através do reconhecimento social resultante destas relações. No entanto, nem mesmo os profissionais de saúde mais dedicados se empenham em todas estas oportunidades espontaneamente<sup>122,123</sup>.

A interface entre a população e os seus serviços de saúde necessita de ser planeada de forma a que não só viabilize estas opções, mas também as torne como que inevitáveis.

## Organização de redes de cuidados primários

Um serviço de saúde que preste cuidados ambulatoriais de primeiro contacto para problemas de

saúde e outros afins, deveria, necessariamente, oferecer um conjunto compreensivo de serviços integrados de diagnóstico, curativos, de reabilitação e paliativos. Em contraste com a maioria de modelos convencionais de prestação de cuidados de saúde, a oferta dos serviços deve incluir a prevenção e a promoção assim como esforços para abordar localmente os determinantes de saúde. Uma relação directa e duradoura entre o prestador e as pessoas da comunidade que servem, é essencial para que seja considerado o contexto pessoal e social dos doentes e suas famílias, assegurando a continuidade dos cuidados, ao longo do tempo, assim como entre serviços.

Para que os serviços de saúde convencionais se transformem em cuidados primários, isto é, para que venham a reflectir as características que distinguem este tipo de cuidados, têm de ser reorganizados. Uma pré-condição é assegurar que eles se tornem directa e permanentemente acessíveis, sem uma dependência excessiva de pagamentos directos pelos utentes e com mecanismos de protecção social mediados por esquemas de incentivos à cobertura universal. Mas um outro conjunto de roteiros é crítico para ajudar na transformação dos cuidados convencionais, no ambulatório e internamento, em redes locais de cuidados primários<sup>135,136,137,138,139,140</sup>:

- trazer os cuidados para mais perto das pessoas, para *settings* com uma proximidade estreita e relacionamento directo com a comunidade, mudando o ponto de entrada no sistema da saúde, do hospital e dos seus especialistas, para centros de cuidados primários generalistas, mais próximos do utente;
- dar aos prestadores de cuidados primários a responsabilidade pela saúde de uma determinada população na sua totalidade: os doentes e os saudáveis, aqueles que escolhem consultar os serviços e aqueles que preferem não o fazer;
- reforçar o papel dos prestadores de cuidados primários como coordenadores da atribuição de recursos aos outros níveis de cuidados, dando-lhes a autoridade administrativa e o poder de compra.



### Traz os cuidados para mais perto das pessoas

Uma primeira etapa é recolocar o ponto de entrada no sistema de saúde das clínicas especializadas, das consultas externas dos hospitais e dos serviços de urgência, para cuidados ambulatoriais generalistas em *settings* mais próximos do utente. A evidência que se tem vindo a acumular demonstra que esta transferência traz benefícios mensuráveis em termos de alívio do sofrimento, de prevenção da doença e da morte, e de uma maior equidade da saúde. Estes resultados observam-se tanto para estudos nacionais como internacionais, mesmo que nem todas as outras características que distinguem os cuidados primários estejam presentes<sup>31</sup>.

Os cuidados ambulatoriais generalistas: têm mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais frequentes<sup>141,142</sup>; têm o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas<sup>143</sup>, embora sejam mais lentos a adoptá-las<sup>144,145</sup>; prescrevem poucas intervenções invasivas<sup>146,147,148,149</sup>, as hospitalizações da sua iniciativa são menos frequentes e mais curtas<sup>127,133,149</sup> e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção<sup>133,150</sup>. Tudo isto resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos<sup>82</sup>, com impactos na saúde pelo menos idênticos<sup>146,151,152,153,154,155</sup> e com maior satisfação do doente<sup>125,150,156</sup>.

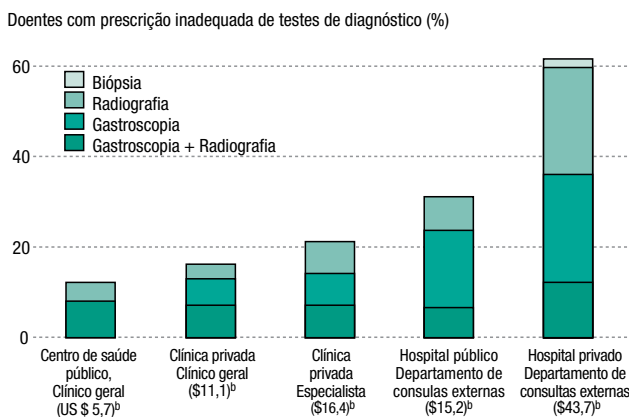
Evidências resultantes de comparações entre países de rendimento alto, mostram que quanto maior a proporção de profissionais generalistas a trabalhar em *settings* ambulatoriais, mais baixos são os custos totais com a saúde e mais elevados os rankings de qualidade<sup>157</sup>. Ao invés, os países com maior dependência em especialistas hospitalares, apresentam resultados em saúde populacional estáveis ou em deterioração, enquanto que a fragmentação dos cuidados que lhes está associada agrava a insatisfação dos utentes e contribui para um fosso crescente entre os serviços de saúde e os serviços sociais<sup>157,158,159</sup>. A informação sobre países de rendimento baixo e médio é mais difícil de obter<sup>160</sup>, mas há indicações de que os padrões observados são similares. Alguns estudos estimam que na América Latina e nas Caraíbas um maior investimento em cuidados generalistas poderia evitar uma em cada duas admissões hospitalares<sup>161</sup>. Na Tailândia, os cuidados ambulatoriais generalistas, de base não-hospitalar, são os mais orientados para a pessoa, os menos dispendiosos e os menos associados à sobre-medicação<sup>162</sup> (Figura 3.4).

A mudança do ponto de entrada no sistema de saúde, de hospitais e especialistas para cuidados ambulatoriais generalistas, cria as condições para uma maior compreensividade, continuidade e orientação para a pessoa, o que amplifica os benefícios da mudança, particularmente em situações em que os serviços estão organizados como uma rede densa de pontos de prestação de serviços, próximos dos potenciais utentes. Isto facilita o estabelecimento de equipas que são suficientemente pequenas para conhecerem as suas comunidades e para serem conhecidas por elas, e suficientemente estáveis para com elas estabelecerem um relacionamento duradouro. Para darem resposta ao grosso dos problemas de saúde localmente, estas equipas têm que ter competências relacionais e organizacionais, para além de competências técnicas.

### Responsabilidade por uma população bem identificada

Nos cuidados ambulatoriais convencionais, o prestador assume responsabilidade pela pessoa que atende na consulta durante a consulta e, nas melhores das circunstâncias, essa

**Figura 3.4** Prescrições inadequadas de testes de diagnóstico para doentes “falsos” que se apresentam com dor de barriga ligeira, Tailândia<sup>a,b,162</sup>



<sup>a</sup> Observação feita em 2000, antes da introdução na Tailândia do sistema de cobertura universal.  
<sup>b</sup> Custo para o doente, incluindo taxas do médico, medicamentos, testes de laboratório e técnicos.

responsabilidade garante também a continuidade dos cuidados. Esta resposta passiva à procura não vai ao encontro das necessidades de um considerável número de pessoas que poderiam beneficiar dos cuidados. Há pessoas que, por várias razões, são ou sentem-se excluídas do acesso aos serviços e que não os utilizam mesmo quando deles estão necessitadas. Há aqueles que, mesmo doentes, atrasam desnecessariamente a procura de cuidados. Outros são portadores de factores de risco vulneráveis ao rastreio ou a intervenções preventivas (por exemplo o cancro do colo do útero ou a obesidade infantil) mas são excluídos porque não recorrem aos serviços de saúde: os serviços preventivos que limitam a sua oferta aos utentes da unidade sanitária acabam por excluir os mais necessitados<sup>163</sup>. Esta resposta passiva à procura tem uma segunda consequência inconveniente: falta-lhe a ambição de corrigir os determinantes locais da falta de saúde – sejam eles sociais, ambientais ou laborais. Estas situações representam oportunidades perdidas de contribuir ganhos em saúde: prestadores que somente assumem a responsabilidade pelos que os procuram, negligenciam oportunidades de manutenção e promoção da saúde.

A alternativa é delegar em cada equipa de cuidados primários a responsabilidade explícita por uma comunidade ou uma população bem definida. Elas podem então ser responsabilizadas, através de medidas administrativas ou de acordos contratuais, pela prestação de cuidados compreensivos, com continuidade e orientados para as pessoas dessa população, e de mobilizar um conjunto de serviços de apoio – desde a promoção da saúde aos cuidados paliativos. A maneira mais simples de atribuir esta responsabilidade é identificar a comunidade a servir com base em critérios geográficos – a abordagem clássica em áreas rurais. A simplicidade da abordagem geográfica é, no entanto, enganadora. Segue uma lógica de administração pública, pouco maleável à convivência com prestadores dos sectores privado e social. Além disso, a geografia administrativa pode não coincidir com a realidade sociológica, especialmente nas áreas urbanas. As pessoas movem-se dentro destas áreas e podem trabalhar numa área diferente daquela em que vivem, podendo a unidade da saúde mais próxima do

local de residência ser um prestador menos conveniente. Ainda mais importante, é que as pessoas valorizam situações em que têm opções de escolha e podem ressentir-se da obrigatoriedade de afiliação a uma unidade de saúde que lhes é imposta. Alguns países identificam critérios geográficos de proximidade como sendo os mais apropriados para definir a inclusão de indivíduos numa população sob a responsabilidade de uma unidade sanitária, outros confiam num registo activo ou na lista de doentes. O aspecto importante não é como, mas se a população está bem identificada e se existem os mecanismos para assegurar que ninguém fica fora do sistema.

Uma vez atribuídas responsabilidades abrangentes pela saúde de uma população bem identificada e definida, apoiadas em mecanismos financeiros e administrativos de responsabilização, as regras que orientam as actividades das equipas de cuidados primários têm de mudar, obrigando a equipa a:

- expandir o portfólio de cuidados que oferece, desenvolvendo também actividades e programas que podem amplificar os impactos na saúde, mas que, de outra maneira, poderiam ser negligenciados<sup>164</sup>. Isto cria o contexto que facilita o investimento em actividades de prevenção e de promoção e para se aventurarem em áreas que são frequentemente negligenciadas, como actividades de saúde escolar e nos locais de trabalho;
- procurar e a trabalhar com organizações e indivíduos dentro da comunidade: voluntários e agentes de saúde comunitária que actuam como elo de ligação com doentes ou que animam grupos populares da comunidade, trabalhadores sociais, grupos de entre-ajuda, etc.;
- sair das quatro paredes do seu consultório e a procurar as pessoas na comunidade. Isto pode trazer benefícios significativos para a saúde. Por exemplo, grandes programas baseados em visitas ao domicílio e na animação da comunidade, demonstraram ser eficazes na redução de factores de risco para a mortalidade neonatal e outras taxas de mortalidade. Nos Estados Unidos, estes programas reduziram, em alguns locais, a mortalidade neonatal em 60%<sup>165</sup>. Parte do benefício é devido a um maior acesso a cuidados efectivos de pessoas que,



de outra forma, permaneceriam excluídas. No Nepal, por exemplo, a dinâmica comunitária de grupos de mulheres levou a reduções nas mortalidades neonatal e materna da ordem dos 29% e 80%, respectivamente<sup>166</sup>;

- tomar, em colaboração com outros sectores, iniciativas cirurgicamente direccionadas de forma a alcançar os excluídos e os sem acesso e a corrigir os principais determinantes de uma saúde precária. Como o Capítulo 2 mostrou, este é um complemento necessário ao estabelecimento de uma cobertura universal e onde os serviços de saúde locais assumem um papel vital. A vaga de calor de 2003, na Europa Ocidental, por exemplo, destacou a importância de ir ao encontro das pessoas idosas mais isoladas e às consequências dramáticas de não o fazer, que resultaram num excesso de mortalidade de mais de 50 000 pessoas<sup>167</sup>.

Para as pessoas e comunidades, ligações formais com um prestador facilmente identificável potenciam a probabilidade de: que se venham a desenvolver relações duradouras; que os serviços venham a prestar maior atenção às características definidoras da especificidade dos cuidados primários; uma maior inteligibilidade das linhas de comunicação. Ao mesmo tempo, elos de coordenação podem mais facilmente ser formalizados com outros níveis de cuidado – especialistas, hospitais ou outros serviços técnicos – e com os serviços sociais.

### A equipa de cuidados primários como um núcleo de coordenação

Equipas de cuidados primários não podem responsabilizar-se de uma forma compreensiva pela saúde de uma população sem o apoio de serviços especializados e de organizações e instituições exteriores à comunidade servida. Em situações de recursos escassos, estas fontes de apoio estarão tipicamente concentradas num “hospital distrital dum 1º nível de referência”. Na verdade, a imagem clássica de um sistema de saúde, baseado nos CSP, é a de uma pirâmide com o hospital distrital no ápice e um conjunto de centros de saúde (públicos) que referenciam para essa autoridade mais elevada.

Em *settings* convencionais, os profissionais dos cuidados ambulatoriais pouca interferência têm sobre a forma como os hospitais e os serviços especializados contribuem – ou não contribuem – para a saúde de seus doentes, e sentem pouca inclinação para procurar outras instituições e parceiros relevantes para reforço da saúde da comunidade local. Isto muda se lhes for delegada a responsabilidade por uma população definida e se forem reconhecidos como o ponto regular de entrada dessa população no sistema de saúde. Com a expansão de redes de cuidados de saúde, o panorama destes cuidados torna-se mais denso e pluralista. Mais recursos permitem uma maior diversificação: o conjunto de serviços que ficam disponíveis podem incluir serviços de urgência, especialistas, infra-estruturas de diagnóstico, centros de diálise, equipas e equipamento de rastreio do cancro, técnicos do ambiente, instituições de cuidados prolongados, farmácias, etc. Isto representa oportunidades novas, desde que as equipas de cuidados primários possam ajudar a sua comunidade a fazer melhor uso desse potencial, o que é particularmente crítico para a saúde pública, a saúde mental e os cuidados prolongados<sup>168</sup>.

A função de coordenação da entrada e da circulação no sistema de saúde envolve efectivamente a transformação da pirâmide dos cuidados primários numa rede, onde as relações entre a equipa dos cuidados primários e as outras instituições e os serviços não são baseadas somente na hierarquia topo-base e na referenciação de baixo para cima, mas na cooperação e na comunicação (Figura 3.5). A equipa de cuidados primários transforma-se na entidade de mediação entre a comunidade e os outros elementos do sistema da saúde, ajudando as pessoas a navegar no complexo labirinto dos serviços de saúde, referenciando doentes ou mobilizando o apoio de serviços especializados.

Esta função de coordenação e de mediação, implica também a colaboração com outro tipo de organizações, frequentemente não governamentais. Estas podem dar um apoio significativo aos cuidados primários locais. Podem facilitar às pessoas acesso a informação que os empodera com o conhecimento dos seus direitos e dos padrões de desempenho a esperar dos serviços procurados<sup>169,170</sup>. Estruturas independentes,

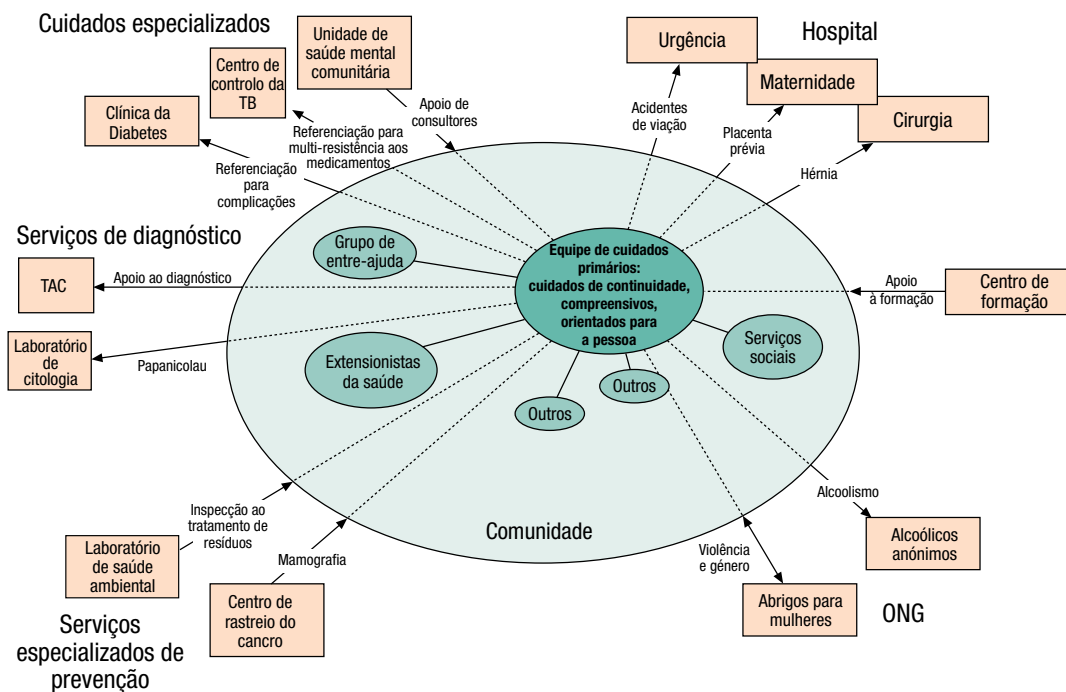


de procuradoria do doente, ou organizações do consumidor, podem ajudar os utentes a processar as suas queixas. Mais importante, há uma multiplicidade de associações de entre-ajuda para diabéticos, pessoas que vivem com *handicaps* e outros doentes crónicos que podem também apoiar as pessoas a ganharem maior autonomia em relação aos cuidados exigidos pela sua doença ou problema de saúde<sup>171</sup>. Só nos Estados Unidos, mais de cinco milhões de pessoas pertencem a grupos de entre-ajuda, enquanto que, recentemente, as organizações da sociedade civil direccionadas para questões de saúde têm crescido rapidamente em muitos países de rendimento baixo e médio. Estes grupos fazem muito mais do que informar os doentes. Ajudam as pessoas a assumirem a responsabilidade da sua própria situação, a investir na sua saúde, a lidar melhor com a saúde precária, a aumentar a auto-confiança e a diminuir a medicação excessiva<sup>172</sup>. As equipas de cuidados primários ganham em coesão e visibilidade ao reforçarem as suas relações com tais grupos.

Quando as equipas de cuidados primários estão numa posição que lhes permite assumirem esta função de coordenação, o seu trabalho torna-se mais satisfatório e atractivo, o que se reflecte num impacto positivo nos indicadores de saúde. Reflecte-se também numa menor dependência de especialistas, e numa diminuição da taxa de internamentos, dos tempos de espera e da duração dos internamentos assim como num melhor *follow-up* após a alta<sup>83,128,129</sup>.

A função de coordenação afirma-se como uma infra-estrutura mobilizadora de recursos intersectoriais para proteger a saúde das comunidades locais. Esta função mobilizadora não é um extra opcional, mas uma responsabilidade indispensável das equipas de cuidados primários. Isto tem implicações para as políticas praticadas: a coordenação não passará das boas intenções a menos que a equipa dos cuidados primários seja empoderada com instrumentos de influência, administrativos e/ou financeiros. A coordenação depende igualmente, do reconhecimento, pelas diferentes instituições,

**Figura 3.5** Os cuidados primários como um núcleo de coordenação: redes na comunidade servida e com parceiros exteriores<sup>173,174</sup>





do papel-chave das equipas de cuidados primários. Os actuais sistemas de formação profissional, as estruturas das carreiras e os mecanismos de remuneração, contrariam muitas vezes, a importância e relevância que deveria estar associada aos que trabalham ao nível dos cuidados primários. Inverter estes desincentivos, bem arraigados, exige uma liderança forte.

### Monitorização do progresso

A transição de uma situação de preeminência dos cuidados convencionais para um primado dos cuidados primários é um processo complexo que não se consegue apreender numa única métrica universal. Somente nos últimos anos tem sido possível começar a desvencilhar os efeitos das várias características específicas dos cuidados primários. Em parte, porque a identificação das características que fazem a diferença entre a prestação de cuidados primários e a de cuidados médicos convencionais levou anos de experimentação e de erro, e os instrumentos para medi-los têm sido generalizados muito lentamente. Isto porque estas características não têm sido entendidas como um único pacote de reformas, mas como o resultado de uma formatação e transformação gradual do sistema da saúde. Contudo, apesar da complexidade envolvida, é possível medir a evolução como um complemento ao *follow-up* exigido para medir progresso na conquista da cobertura universal.

A primeira dimensão a considerar é até que ponto as medidas organizacionais necessárias para reorientar o sistema para os cuidados primários estão a ser desenvolvidas. Até que ponto é que:

- o primeiro contacto com o sistema de saúde está a ocorrer predominantemente através de equipas de cuidados primários generalistas a operarem perto do local onde as pessoas vivem?
- os prestadores de cuidados primários assumiram a responsabilidade pela saúde de todos os membros de uma população bem identificada: por aqueles que utilizam aos serviços de saúde assim como pelos que não o fazem?
- autoridade administrativa e poder de compra dos prestadores de cuidados primários estão a ser reforçados, empoderando-os para

coordenar os contributos de serviços especializados, hospitalares e sociais.

A segunda dimensão a considerar é até que ponto as características específicas dos cuidados primários estão a ganhar proeminência:

- Orientação para a pessoa: existem evidências de progresso, medido através de observação directa ou inquéritos aos utentes?
- Compreensividade: verifica-se a expansão e maior abrangência do portfólio dos serviços prestados pelas equipas de cuidados primários, garantindo um pacote mínimo de benefícios essenciais, da promoção da saúde aos cuidados paliativos, para todos os grupos etários?
- Continuidade: existe um registo de informação sobre a saúde dos indivíduos que os acompanha no seu ciclo de vida, mesmo em situações de transferência para outros níveis de cuidados ou de mudança de residência?
- Ponto de entrada regular: as medidas tomadas são conducentes a um melhor conhecimento dos utentes pelos prestadores e vice-versa?

A medição destas dimensões deveria dar aos responsáveis políticos uma indicação da dimensão dos progressos observados com a transformação da oferta de cuidados de saúde. No entanto, não é imediatamente possível atribuir ganhos em saúde e resultados sociais a aspectos específicos dos esforços das reformas. Neste sentido, a monitorização das reformas precisa de ser complementada com uma agenda muito mais vigorosa de investigação. É revelador que a revisão sistemática, pela Rede de Cochrane, sobre estratégias para integração de cuidados primários, em países de rendimento baixo e médio só conseguiu identificar um estudo válido que teve em consideração a perspectiva dos utentes<sup>160</sup>. Houve um crescimento recente, rápido e bem-vindo, de investigação sobre os cuidados primários em países de rendimento elevado e, mais recentemente, nos países de rendimento médio, que se lançaram em reformas significativas dos seus CSP. Não obstante, é notável que uma indústria que mobiliza actualmente 8,6% do PIB do mundo, invista tão pouco na investigação sobre duas das suas estratégias mais efectivas e de maior rácio de custo-efectividade: os cuidados primários e as políticas públicas que os facilitam e complementam.

## Referências

1. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.
2. Osler W. *Aequanimitas*. Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
3. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed "new model" of primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, 66(Suppl. 1):4–13.
4. Eby D. Integrated primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 1998, 57(Suppl. 1):665–667.
5. Gottlieb K, Sylvester I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Family Practice Management*, 2008, 15:32–38.
6. Kerssens JJ et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004 82:106–114.
7. Bossyns P, Miye M, Van Lerberghe W. Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:383–390.
8. *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
9. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 2007, 8:22.
10. Scherger JE. What patients want. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:137.
11. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312:71–72.
12. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way: The second decade will be as exciting as the first. *BMJ*, 2004, 329:990–991.
13. Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library, 2008 (<http://www.cochrane.org>, acessado a 27 de Julho de 2008).
14. Iha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, 2008.
15. Smith GD, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health*, 2004, 118:96–103.
16. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*, 2008, 299:1182–1184.
17. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:892–893.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 2000, 320:768–770.
20. Kripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 2007, 297:831–841.
21. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:808–811.
22. *The purpose of a world alliance*. Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, 2008 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/>, acessado a 28 de Julho de 2008).
23. Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA* 2008, 299:445–447.
24. Das J, Hammer JS, Kenneth LL. *The quality of medical advice in low-income countries*. Washington DC, The World Bank, 2008 (World Bank Policy Research Working Paper No. 4501; <http://ssrn.com/abstract=1089272>, acessado a 28 de Julho de 2008).
25. Schoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 2005 (web exclusive W 5-5 0 9 DOI 10.1377/hlthaff.W5.509).
26. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 hospital, Addis Abba, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiopian Medical Journal*, 1994, 32:173–179.
27. Siddiqi S et al. The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:193–198.
28. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:359–370.
29. Data reported at World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000.
30. *The World Health Report 2005 – Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:457–502.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG et al, eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
33. Ellsberg M et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371:1165–1172.
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
35. Edleson JL. Children's witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 14: 839–870.
36. Dube SR et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17: 3–17.
37. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:10–18.
38. Bonomi A et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:458-466.
39. National Centre for Injury Prevention and Control. *Costs of intimate partner violence against women in the United States*. Atlanta GA, Centres for Disease Control and Prevention, 2003.
40. Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 2002, 325:314–318.
41. Nelson HD et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:387–403.
42. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 2002, 359:1509–1514.
43. Wathan NC, MacMillan HL. Interventions for violence against women. Scientific review. *JAMA*, 2003, 289:589–600.
44. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:43–53.
45. Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1249–1256.
46. Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 2003, 327:673–676.
47. MacDonald R. Time to talk about rape. *BMJ*, 2000, 321:1034–1035.
48. Basile KC, Hertz FM, Back SE. *Intimate partner and sexual violence victimization instruments for use in healthcare settings*. 2008. Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
49. *Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2003.
50. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087–1110.
51. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 2001, 322:444–445.
52. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055.
53. Marinowitz GJO, Fehrsen GS. *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process*. Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 1998.
54. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691–699.
55. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014–1018.
56. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
57. Kovess-Masfety V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
58. Bergeson D. A systems approach to patient-centred care. *JAMA*, 2006, 296:23.
59. Kravitz RL et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1869–1878.
60. Werner D et al. *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy*. Palo Alto CA, Health Wrights, 1997.



61. Norris et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:39–66.
62. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
63. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counseling*, 2005, 56:139–146.
64. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
65. *Renewing primary health care in the Americas. A Position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
66. Penny Simkin, PT. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34:49–51.
67. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:59–72.
68. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006 (Health Evidence Network report; (<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, acedido a 21-11-07).
69. Diabète-France.com – portail du diabète et des diabétiques en France, 2008 (<http://www.diabete-france.com>, acedido a 30 de Julho de 2008).
70. Barlow J, Cohen E, Stewart-Brown SSB. Parent training for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD002020.
71. Ahluwalia I. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82:231.
72. De la Luz Martínez-Maldonado M, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 2007, 7:276 (DOI:10.1186/1471-2458-7-276).
73. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity*. Chilean case study prepared for the CSDH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
74. Paeththayasapa. Kam Prakard Sitti Pu Pai, 2003? (<http://www.tmc.or.th/>, acedido a 30 de Julho de 2008).
75. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry*, 2007, 6:5–13.
76. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8:415–428.
77. Nakkash R et al. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Education and Behaviour*, 2003, 30:723–739.
78. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:267–268.
79. Gill JM. The structure of primary care: framing a big picture. *Family Medicine*, 2004, 36:65–68.
80. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Pan-Canadian primary health care indicators, Report 1, Volume 1*. Ottawa, Canadian Institute for Health Information 2008 (<http://www.cihi.ca>).
81. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
82. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
83. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703–706.
84. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
85. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
86. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner city minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776–781.
87. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:387–390.
88. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
89. Porignon D et al. *Comprehensive is effective: vaccination coverage and health system performance in Sub-Saharan Africa*, 2008 (forthcoming).
90. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412–422.
91. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.
92. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atenci on Primaria*, 1999, 24:468–474.
93. *Regional core health data initiative*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).
94. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771–1774.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.
96. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.
97. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.
98. Gill JM, Mainous AGI, Nserere M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.
99. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 2005, 365:176–186.
100. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.
101. Stiell A. et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:1023–1028.
102. Smith PC et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*, 2005, 293:565–571.
103. Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:125–129.
104. Elwyn G. Safety from numbers: identifying drug related morbidity using electronic records in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:170–171.
105. Open Medical Records System (OpenMRS) [online database]. Cape Town, South African Medical Research Council, 2008 (<http://openmrs.org/wiki/OpenMRS>, acedido a 29 de Julho de 2008).
106. Hüslér J, Peters T. *Evaluation of the On Cue Compliance Service pilot: testing the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa. Prepared for the City of Cape Town Health Directorate and the International Development Research Council (IDRC)*. Cape Town, Bridges Organization, 2005.
107. Smith-Rohrberg Maru D et al. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *International Journal for Equity in Health*, 2007, 6:14.
108. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health policy developments 7/8).
109. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725–738.
110. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
111. Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expectations*, 2006, 9:118–129.
112. Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. *Medscape Journal of Medicine*, 2007, 9:28.
113. Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counseling*, 2006, 62:347–354 (Epub 2006 Jul 21).
114. Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649–656.
115. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific Family Medicine Journal*, 2006, Vol 5.
116. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742–1747.



117. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364–1370.
118. Kempe A et al. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics*, 2000, 105:1020–1028.
119. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727–734.
120. De Maeseeneer JM et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:131–133.
121. Saver B. Financing and organization findings brief. *Academy for Research and Health Care Policy*, 2002, 5:1–2.
122. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:797–798.
123. Oxman AD et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1423–1431.
124. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870–1873.
125. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
126. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539–1541.
127. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123–128.
128. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicad demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834–836.
129. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628–1632.
130. Gadomski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, acedido a 29 de Julho de 2008).
131. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181–1184.
132. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777–783.
133. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184–190.
134. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w717–w734.
135. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
136. Nutting PA. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:83–88.
137. *Strategies for population health: investing in the health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, Advisory Committee on Population Health, 1994.
138. Lasker R. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
139. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001, 14:54–563.
140. *Improving health for New Zealanders by investing in primary health care*. Wellington, National Health Committee, 2000.
141. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21–8.
142. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10–20.
143. Beck CA et al. Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*, 2001, 17:33–40.
144. Fendrick AM, Hirth RA, Chermaw ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544–1548.
145. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*, 1999, 4:243–248.
146. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103–1118.
147. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637–643.
148. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457–462.
149. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
150. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705–710.
151. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848–855.
152. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155–161.
153. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366–372.
154. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6–11.
155. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436–1444.
156. Pongsupap Y, Boonyapaisarncharoen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
157. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-184–197).
158. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 1994, 24:431–458.
159. Baicker K et al. Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2004 (web exclusive: VAR33–V44).
160. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318.
161. *Estudo regional sobre assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe*. Washington DC, Pan American Health Organization, Unidad de Organización de Servicios de Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, 2004.
162. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81–89.
163. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
164. Margolis PA et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 2001, 108:E42.
165. Donovan EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*, 2007, 119:1145–1151.
166. Manandhar D et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364:970–979.
167. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007
168. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press Institute of Medicine, 1996.
169. Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France. Palmarès des Hôpitaux. *Le Point*, 2008 (<http://hopitaux.lepoint.fr/tableau-honneur.php>, acedido a 29 de Julho de 2008).





170. Davidson BN, Sofaer S, Gertler P. Consumer information and biased selection in the demand for coverage supplementing Medicare. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:1023–1034.
171. Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychology*, 2000, 55:205–217.
172. Segal SP, Redman D, Silverman C. Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services*, 51:1148–1152.
173. Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, 1971.
174. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical programmes in multi-function health services*. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).