

Anexo

quadros demonstrativos das variáveis da promoção da saúde estudadas em países desenvolvidos selecionados

Lucíola Santos Rabello

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RABELLO, LS. Anexo: quadros demonstrativos das variáveis da promoção da saúde estudadas em países desenvolvidos selecionados. In: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 185-202. ISBN: 978-85-7541-352-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Anexo

Quadros Demonstrativos das Variáveis da Promoção da Saúde Estudadas em Países Desenvolvidos Selecionados

Quadro 1 – Tipo de sistema em relação à APS/promoção da saúde

Paises Variável	Alemanha	Austrália	Belgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Tipo de Sistema	Sem compromisso com a APS/não regulado	Parcialmente não regulada com incentivos para APS	Sem compromisso com a APS/Não regulado	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	Não regulado; existem aproximadamente 20% de Organizações de Manutenção da Saúde (HMO)*, 50% com atenção orientada ao mercado; 30% de outros tipos	APS regulada. sistema Público, com base no centro de saúde, com setor privado substantivo	Sem compromisso com a APS/não regulado	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	APS regulada, Política Nacional de Saúde atuante	APS regulada. Sistema com centros de saúde, ainda que faltem médicos generalistas em algumas áreas urbanas e rurais

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

*Em inglês Health Maintenance Organization (Organizações de Manutenção da Saúde).

Quadro 2 – Financiamento em relação à APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Financiamento	Seguridade Social com contribuição do empregado, sem relação com a renda	Seguro nacional de saúde com base em impostos	Seguridade social, universal de 98%; contribuições empregado/empregador de 52%	Universal, com base em impostos	99% com base nos impostos	16% não cobertos, 32% em determinados períodos do ano	100% através dos impostos	100%; com 65% através do seguro social empregado/empregador	70% da população no sistema 'público', sistema de seguro social empregado/empregado; 30% com seguro privado; 100% no programa para catástrofes, com base nos impostos.	100% através dos impostos	100% através dos impostos

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 3 – Tipo de profissional que atua na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Tipo de profissional que atua na APS	Médicos generalistas, mas especialistas também atendem	Médicos generalistas	Médicos de família	Médicos de família/generalistas	Médicos de família/generalistas e pediatras	Médicos de família/generalistas internistas e pediatras	Médicos de família/generalistas	Médicos de família/generalistas e especialistas, principalmente ginecologistas e pediatras para a atenção preventiva às crianças	Generalistas; enfermeiras, parteiras e fisioterapeutas, profissionais independentes	Médicos de família/generalistas	Médicos de família/generalistas

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 4 – Atuação de especialistas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
% de especialistas que atuam na APS	81% de especialistas	Mais generalistas que especialistas	46 % de especialistas	75%, incluindo os que atuam na comunidade, com acesso direto	63% de especialistas	61%, se medicina interna geral e pediatria forem contados como APS; mais de 80% se não	de 63% a 68% de especialistas	50% de especialistas	67% de especialistas	40% de especialistas	90% de especialistas

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 5 – Relação entre honorários dos generalistas e especialistas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Relação entre honorários dos generalistas e especialistas na APS	1,4 no atendimento ambulatorial e maior discrepância nos outros âmbitos do sistema de saúde	Em torno de 1 para 2	Não disponível	Relação de 1:1	Aproximadamente equivalente	Relação de 0,6-0,7	Relação de 1:1	Relação de 1:2	Relação de 2:3	Relação de 1:1	Maior que 1

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 6 – Existência de Copagamentos pelos pacientes na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Belgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Existência de copagamentos pelos pacientes atendidos	Por determinados serviços, exceção para os de baixa renda	Médicos recebem diretamente, pacientes não pagam, em caso de copagamentos é baixo	Alta em torno de 25%, exceto 10% para grupos vulneráveis	Baixa	Não há exigência para copagamentos	Alta, 20% a mais das deduções, menos no caso das organizações de manutenção da saúde	Substancial, \$17-\$20 ou 50 marcos para as três primeiras consultas num ano, exceto crianças e idosos	Alta, 30% do programa de taxas combinado e acréscimo na cobrança são comuns; exceto baixa renda	Nenhuma para pacientes públicos, que são 70%	Não há copagamento	Sim, com um máximo para um ano, atenção gratuita para crianças e adolescentes

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 7 – Existência de cadastro de pacientes na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Existência de cadastro de pacientes	Não. Cartões com chips vinculam o paciente por três meses	Não	Não	Sim	Sim	Sim, nas HMO; em algumas outras atenções orientadas ao mercado e não em outras	Somente um terço dos médicos generalistas utilizam cadastro	Não. Algumas propostas para instituir registros	Sim. Tamanho médio do cadastro de 2.350 pacientes. Em grupos, o cadastro pode ser a listagem do grupo	Sim	Não

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 8 – Exigências para cobertura 24 Horas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Exigências para cobertura 24 horas	Médicos locais dividem a cobertura	Parte da obrigação social e serviços substitutos	Nenhuma	Sim, obrigação legal de funcionamento	Existem em áreas rurais. O serviço é delegado nas áreas urbanas e há grande número de atendimentos nos serviços de emergência	Sim nas HMO	Sim, pelos médicos nos centros de saúde	Moderada (obrigação social)	Sim, por obrigação legal	Sim, obrigação legal	Nenhuma

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 9 – Força dos departamentos acadêmicos de medicina da família

Países Variável	Alemanha	Austrália	Belgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Força dos departamentos de medicina da família	Alguns Departamentos são fortes	Moderada	Não é uniforme no país, moderada	Tão fortes quanto os outros departamentos	Pouca prioridade ou prestígio na educação e treinamento dos médicos	Alguns são excelentes	Tão fortes quanto os outros departamentos	Pouca prioridade ou prestígio na educação e treinamento dos médicos	Tão fortes quanto os outros departamentos	Tão fortes quanto os outros departamentos	A força não é uniforme no país

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 10 – Organização da APS/promoção da saúde por área geográfica definida

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
APS organizada por área geográfica definida	Não	Não	Sem informação	Sim, com raio de 10 Km	Sim, os centros de saúde têm, sob sua responsabilidade, de 5.000 a 25.000 habitantes	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 11 – Unidade mais comum para a prática de APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Unidade mais comum para a prática de APS	Consultório individual	Unidade isolada	Consultórios individuais de médicos generalistas	Unidade isolada, 33%; em grupo, 49%.	Centros de saúde em áreas reformadas	Geralmente grupos de profissionais, especialmente atendendo individualmente e com múltiplas especializações	Centros de saúde que realizam 55% de todas as consultas	Unidade isolada, 80%.	54% em consultório individual e o restante em pequenos grupos	Grupos, 75% dos médicos generalistas trabalham em unidades de três ou mais	Centros de saúde, ainda que médicos generalistas independentes sejam pagos através do seguro social e dos conselhos dos condados

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 12 – Reembolso dos médicos da APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Reembolso dos médicos de APS	Taxa por serviços	Taxa por serviço e taxa extra é permitida, sendo cobrada por 20% dos médicos	Taxa do serviço pelo paciente com reembolso parcial; exceto baixa renda. Taxa negociada: o médico não está vinculado a ela, conta extra é permitida.	Cerca de ¼ de capitação (pagamento pelas pessoas atendidas), ¾ de taxas por serviço; mas não para a prevenção	Salário e alguns utilizam a capitação	A maioria ainda cobra taxas pelo serviço.	Salário e taxa de serviço por hora extra em 60%; capitação e taxa de serviços por hora extra, os outros 40%	Taxa por serviço (há mais de 4.000 serviços reembolsáveis), um terço dos generalistas atende em hospitais e 15% trabalham em centros de saúde; ambos são assalariados.	Capitação para pacientes 'públicos' com 2/3 e taxa de serviço com 1/3.	Capitação mais taxas para pequenas cirurgias, imunizações, visitas domiciliares noturnas, serviços de contraceção, maternidade, exame de Papanicolau, vigilância da saúde infantil, entre outras	Salário

Fonte: Starrfield, 2002b: 570-583.

Quadro 13 – Reembolso por especialistas na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Belgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Reembolso por especialistas	Taxa por serviço	Taxa por serviço	Taxa por serviço	Taxa por serviços na comunidade; salário em hospitais	Salário nos hospitais; salário nos atendimentos ambulatoriais, que são parte do serviço hospitalar.	A maioria por taxa de serviço, salário e bonificação nas organizações acadêmicas	Salário, mas no setor privado pagamento substancial por taxa de serviço paga pelo paciente; 40% das consultas particulares são encaminhadas pelo setor público	Taxa por serviço, exceto em hospitais, pois recebem salário	Salário desde 1995	Salário	Salário

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 14 – Atenção dos generalistas para pacientes hospitalizados na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Belgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Atenção dos generalistas para pacientes hospitalizados	Não	Não	Não	Não	Não	Variável	Não, mas a maioria dos centros de saúde possuem leitos para atenção crônica/asilo	Não	Não	Não	Não

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 15 – Especialistas restritos aos hospitais na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Especialistas restritos aos hospitais	Sim	Não	Não	Sim, exceto oftalmologista e otorrinolaringologistas e especialistas “midi” (cirurgias de ambulatório, alguns exames invasivos)	Não	Não	No setor público, 70%; no setor privado, ocorre com os demais 30%. Especialistas dos hospitais públicos trabalham em outros horários no setor privado	Não	Sim	Sim	Não. Alguns trabalham nos centros de saúde

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 16 – APS como primeiro contato na promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
APS como primeiro contato	Não	Sim, acesso a especialistas com encaminhamento da atenção primária	Não	Sim, com acesso direto a oftalmologia e otorrinolaringologia	Sim, mas com livre acesso a pediatras e oftalmologistas	Sim nas HMO; variável nas atenções orientadas ao mercado; não nas demais	Sim, no setor público, apenas 25% das pessoas qualquer paciente pode ir a um médico particular e pedir um encaminhamento para um hospital	Não	Sim, tanto no setor público quanto no privado	Sim, exceto para doenças sexualmente transmissíveis	Não. Os pacientes podem ir diretamente aos ambulatórios de hospitais, mas estão estudando o estabelecimento de uma 'porta de entrada'

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 17 – Adscrição da população na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Belgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Longitudinalidade/ Adscrição da população	Não existe	Pode ou não existir, é variável	Não existe	Sim, definida pelo atendimento do médico	Forte associação com o médico individual de atenção primária	Variável com tendência à diminuição	Moderada A escolha do médico é limitada, mas possível. Tem melhorado devido ao aumento de pessoas cadastradas em 36%	Maioria dos pacientes pode escolher seu médico generalista, buscam outra modalidade de atendimento	Sim	Sim	Não

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 18 – Integralidade da atenção na APS/promoção da saúde

Países Variável	Reino Unido	Suécia
Integralidade da atenção	Serviços prestados com ampla variedade	Demandas por alta produtividade estão diminuindo a variedade dos serviços
Países Baixos	Prevenção e clínica separadas, com atenção primária abrangente, trabalho em equipe	
França	Não há integração entre a atenção preventiva e a clínica geral	
Finlândia	Variação extensiva, com excelente variedade de serviços	
EUA	Variável, com aumento da atenção preventiva nas HMO; cobertura global com tendência a diminuir para as exclusões de cobertura financeira	
Espanha	Moderada. Pouca na ginecologia e em pequenas cirurgias	
Dinamarca	Alta. Serviços preventivos desenvolvidos; com ótima relação com as enfermeiras comunitárias	
Belgica	Atenção preventiva para menores de 5 anos e relacionada às ações gerais de saúde pública	
Austrália	Existente como rotina, no entanto não cobre a maioria dos serviços	
Alemanha	Não há oferta da maioria dos serviços pela unidade	

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 19 – Coordenação na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Coordenação	Ausência de diretrizes para transferência de informações sobre os pacientes	É débil entre os médicos generalistas e os especialistas	Ausência de diretrizes para transferência de informações sobre os pacientes	Moderada boa relação com especialistas e enfermeiras ambulatoriais, mas baixa comunicação com especialistas de hospitais	Baixa qualidade da comunicação	É variável com predomínio para débil	Sem direção formal, fraca com os especialistas e boa na atenção de longo prazo	Não há trocas de informações entre generalistas e especialistas	Fraca. As carteiras de saúde que os pacientes trazem são solicitadas pelos médicos, no entanto raramente eles escrevem nelas	Fraca com especialistas/pacientes internados, com tendência de melhora	Ausência de diretrizes para o repasse de informações sobre os pacientes

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 20 – Centralização na família na APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Centralização da família	Não é centrada na família	Sim, responsabilidade sobre a saúde da família	Não é centrada na família	Alta, pais com mesmos médicos	Boa, o cadastro inclui os membros da família	Boa em relação aos médicos de família; ruim para os outros médicos; fraca no geral	Débil	Fraca	Sim	Sim, com explicitada sobre a família	Alta

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.

Quadro 21 – Participação da comunidade no planeamento da APS/promoção da saúde

Países Variável	Alemanha	Austrália	Bélgica	Dinamarca	Espanha	EUA	Finlândia	França	Países Baixos	Reino Unido	Suécia
Orientação para a comunidade/inclusão da participação da comunidade no planeamento da APS	Inexiste participação da comunidade	Uso de dados clínicos para priorizar ações e/ou não utilização destes para organizar os serviços	Inexiste participação da comunidade	Moderada, uso de dados clínicos para priorizar ações e/ou não utilização destes para organizar os serviços	De débil a boa, dependendo do centro de saúde	Praticamente inexistente	Uso de dados dos serviços para o planeamento	Fraca	Fraca, exceto para as relações com as enfermeiras visitantes e fisioterapeutas	Alta, com relatório de dados e assumindo a necessidade de estudar as comunidades	Os centros de atenção primária são responsáveis por muitos aspectos da saúde pública. Bons dados comunitários a respeito da morbilidade

Fonte: Starfield, 2002b: 570-583.