

# *Atenção Primária à Saúde: um ensaio* sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais

I<sup>1</sup> Gustavo Zoio Portela I

**Resumo:** O Brasil está passando por uma orientação normativa do Ministério da Saúde no sentido de fazer uma reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) orientada à Estratégia Saúde da Família (ESF), com adesão dos especialistas das instituições de ensino e pesquisa, para transformá-la em uma porta de entrada resolutiva do sistema de saúde. Este estudo parte da premissa de que o país ainda vive um contexto em que não há separação clara entre papéis específicos dos diferentes tipos de serviços de saúde. Objetivou-se fornecer evidências de que a tendência em avaliar a APS no Brasil, tendo como referência única a ESF, limita a determinação precisa do universo de serviços de saúde que potencialmente contemplam as características definidas internacionalmente como inerentes à APS. Busca-se também indicar possibilidades alternativas de análise e aplicação de seus conceitos aos estudos nacionais. Conclui-se que, se por um lado os conceitos de APS estão bem definidos na literatura, há a constatação de que seu uso é imperfeito para alguns contextos locais e há necessidade de abordagens mais consistentes e racionais, capazes de identificar os serviços de saúde que operam em sintonia com a APS e de mensurar seus atributos essenciais.

► **Palavras-chave:** atenção primária à saúde; formação de conceito; serviços de saúde; avaliação em saúde.

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (gzportela.fiocruz@gmail.com).

Recebido em: 01/05/2016  
Aprovado em: 25/09/2016

## Introdução

O Brasil está passando por uma orientação normativa do Ministério da Saúde (MS) no sentido de fazer uma reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) orientada à Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando transformá-la em uma porta de entrada resolutive do sistema de saúde.

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002). Suas formas de operacionalização assumiram, desde o início do século XX, os contornos econômicos, políticos e culturais dos diferentes contextos, épocas e atores sociais envolvidos (STARFIELD, 2002).

O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920). As propostas do documento estiveram presentes na base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra e inauguraram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas acerca da organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais.

O Brasil experimentou orientações institucionais recentes em direção a esses princípios, com a criação do SUS em 1988 e suas reformas incrementais, como a adoção da APS como um enfoque de interesse político nos últimos vinte anos e a progressiva implementação da ESF em caráter substitutivo à rede tradicional.

Este estudo parte da premissa que o Brasil, embora venha atravessando um forte redirecionamento da sua atenção ao primeiro contato para a APS, principalmente na figura da ESF, ainda vive um contexto em que não há separação clara de funções específicas quanto à hierarquização por níveis de complexidade entre os diferentes tipos de serviços de saúde. Essa condição se destaca principalmente em

municípios de grande porte, com maior sedimentação de estruturas tradicionais de oferta (ALMEIDA et al., 2010; VIANA et al., 2006; 2008).

Estudo realizado com o objetivo de compreender como a dinâmica urbana tem influência no perfil, na organização e no funcionamento do sistema de saúde, apontou grande heterogeneidade em relação ao comportamento de municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de São Paulo, quando avaliados segundo modelos e indicadores de desempenho da APS. Uma das principais observações da pesquisa foi a de que nas regiões metropolitanas do estado predominavam municípios onde mais de 50% da produção ambulatorial eram procedimentos de média e alta complexidade, e com forte presença da rede privada em unidades de saúde. Por outro lado, havia um menor número de municípios que se caracterizavam pela presença da ESF na sua produção ambulatorial, tanto nas regiões metropolitanas como nos municípios do interior (VIANA et al., 2008).

Portela (2013), ao analisar a utilização e aspectos centrais do financiamento dos serviços de APS no Rio de Janeiro em 2012, concluiu que os ambulatórios hospitalares foram sozinhos responsáveis por cerca de 30% de toda a produção ambulatorial e que preservavam o maior faturamento frente aos demais serviços ao final do primeiro ciclo administrativo da reforma municipal com ênfase na APS iniciada em 2009.

De fato, a experiência cotidiana revela que em municípios brasileiros que herdaram uma rede assistencial centrada nos grandes hospitais e centros de saúde tradicionais, é comum ainda identificarmos ambulatórios dentro de estruturas mais complexas. Sobretudo em sistemas locais de saúde presentes em grandes centros urbanos, a atenção ambulatorial de primeiro nível inclui serviços generalistas rotineiros na prevenção ou tratamento da maioria das doenças comuns e considerados básicos para efeito de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde.

Sendo assim, em muitos casos a avaliação da APS no Brasil, tendo como referência exclusiva a ESF, é limitadora da indicação precisa da extensão do universo de serviços de saúde brasileiros que potencialmente contemplam os atributos definidos internacionalmente como inerentes e essenciais à APS.

Este trabalho tem como objetivo analisar e indicar restrições e possibilidades alternativas de aplicação de conceitos relativos à APS aos estudos nacionais. O

artigo apresenta inicialmente evidências sobre a convergência conceitual entre APS e ESF a partir de revisão bibliográfica, análise documental e de dados secundários de sistemas de informação em saúde de base nacional. Em seguida, fornece uma discussão sobre os atributos essenciais da APS, tomando como base de argumentação as considerações de Starfield (2002), que serviram de guia à reflexão aqui apresentada em torno da aplicação dos conceitos da APS aos estudos de sistemas municipais de saúde complexos.

## Convergência conceitual entre APS e ESF

No Brasil, as diversas experiências de organização e oferta da APS no sistema de saúde convergiram para o modelo de Saúde da Família, adotado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país. Nesse contexto, a Política Nacional da Atenção Básica enfatiza que é de responsabilidade comum a todas as esferas de governo “apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2011, p. 27), e que deve competir às Secretarias Municipais de Saúde “inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica” (BRASIL, 2011, p. 32).

Não obstante, tal centralidade tem avançado com tendência a exclusividade frente a outras estratégias de organização da APS no Brasil. Nesse cenário, destaca-se a forte indução do Governo Federal para a ampliação da ESF nos sistemas locais de saúde através de incentivos sistemáticos de financiamento que, em 2013, corresponderam a 65,12% dos recursos transferidos para estados e municípios através do bloco de atenção básica (IPEA, 2015). Isto significa dizer que, embora as ações e serviços de saúde sejam de responsabilidade do município, o MS vem reforçando seu papel na determinação da política a ser adotada (MENDES; MARQUES, 2014).

Ao analisarem a condução federal da política de APS no Brasil nos anos 2000, Castro e Machado (2012) identificaram a permanência da ênfase na ESF e o esforço de sua expansão nos grandes centros urbanos, com destaque para iniciativas de ampliação dos profissionais atuantes na APS, particularmente nas áreas de saúde bucal e nas contempladas pela proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). De fato, analisando o conjunto atual de ações, programas e

estratégias a partir de dados disponíveis na página oficial do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), percebe-se que a grande maioria – Brasil Sorridente; Consultório na Rua; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Programa Academia da Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Programa Saúde na Escola (PSE); Telessaúde; entre outros – se relaciona de forma mais ou menos direta com a ESF, apoiando, complementando ou qualificando suas ações.

Acompanhando os normativos do MS, boa parte dos estudos nacionais tem aderido à ideia governamental que define APS por meio da ESF. Na tentativa de oferecer evidências sobre tal convergência conceitual, realizou-se uma análise sobre o volume de artigos publicados no Brasil sobre “Atenção Primária à Saúde” e “Estratégia de Saúde da Família”, a partir da instituição do Programa Saúde da Família, em 1994, comparando as duas décadas seguintes: 1995-2004 e 2005-2014.

Os dois termos foram consultados no vocabulário estruturado e trilingue DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). A pesquisa ocorreu na LILACS, base de dados latino-americana de informação bibliográfica em ciências da saúde, onde foi levantado o total de publicações que continham exclusivamente o termo "Atenção Primária à Saúde" ou "Saúde da Família" como um de seus descritores, bem como aquelas que possuíam ambos, realizadas no Brasil, nas duas décadas compreendidas no período de 1995 a 2014.

Comparando o total de publicações sobre APS entre a primeira década pós-instituição da ESF com a década seguinte (tabela 1), chama a atenção o expressivo aumento, em números absolutos, do total de publicações, bem com aquelas referidas exclusivamente ao termo “APS”, ao termo “ESF” ou a ambos. Todavia, o aumento referente às publicações que utilizaram simultaneamente os dois descritores foi mais evidente (1.043,47%).

Como consequência, a distribuição relativa das publicações também variou no período. Na segunda década, as publicações que possuíam os dois descritores tiveram ganho de aproximadamente quatro pontos percentuais, enquanto os que utilizaram o termo "Estratégia Saúde da Família", dissociada do termo "Atenção Primária à Saúde", tiveram queda de aproximadamente 14 pontos percentuais (gráfico 1).

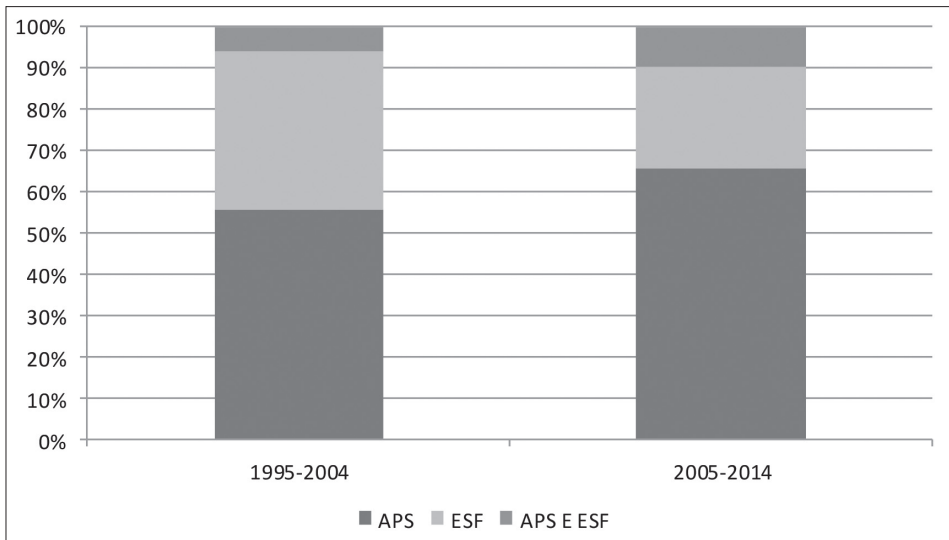
Esse comportamento reforça a hipótese de que a orientação normativa do MS de se fazer uma reforma do sistema direcionada a APS aos moldes da ESF, com ampla adesão das Secretarias Municipais de Saúde e dos especialistas das instituições de ensino e pesquisa, tem gerado progressiva conversão conceitual entre os dois termos.

**Tabela 1.** Publicações sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). 1995-2004; 2005-2014, Brasil

DESCRITORES	1995-2004		2005-2014		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Atenção Primária à Saúde	224	55,72	1.827	65,81	2.051	64,54
Estratégia Saúde da Família	155	38,56	686	24,71	841	26,46
APS E ESF	23	5,72	263	9,47	286	9,00
TOTAL	402	100	2.776	100	3.178	100

Fonte: LILACS. Elaboração própria.

**Gráfico 1.** Publicações sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). 1995-2004; 2005-2014, Brasil



Fonte: LILACS. Elaboração própria.

## Atributos essenciais da APS e os estudos nacionais

A APS em geral é compreendida pela definição clássica de Starfield<sup>1</sup> e representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde (o acesso), que somado a longitudinalidade, integralidade e coordenação, conformam os atributos essenciais da APS.

Esses quatro atributos serão apresentados e discutidos a seguir, com o aporte teórico de outras literaturas pertinentes, a fim de subsidiar reflexões acerca da aplicação e adaptação dos conceitos usuais em torno da APS aos estudos nacionais.

### Atenção ao primeiro contato (acesso)

A atenção ao primeiro contato traz em si a ideia de que em um sistema de saúde organizado a partir da APS existe um ponto de entrada (porta de entrada) de fácil acesso para cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam cuidado. Assim, segundo Starfield (2002), nesses sistemas os indivíduos que acreditam que possuem um problema de saúde deveriam poder recorrer a um profissional apto a oferecer atenção oportuna e ajudá-los a compreender se essa condição é grave o suficiente para necessitar cuidado adicional ou se é um problema autolimitado, que não demanda serviços de saúde mais especializados.

Para tanto, o uso dos profissionais de APS numa abordagem de primeiro contato, em vez de especialistas, provavelmente levaria a uma atenção mais apropriada, melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos (MACINKO et al., 2003; STAFIELD, 2002). Esse entendimento é baseado no fato de que, enquanto o treinamento dos profissionais de APS contempla uma variedade ampla dos problemas de saúde comuns de uma população, o *locus* de treinamento dos especialistas privilegia o manejo de pessoas com grande probabilidade de ter um problema raro ou sério em sua área de especialização. Assim, se muitas pessoas com baixa probabilidade de enfermidade receberem atenção ao primeiro contato com especialistas, muitas das vezes a consulta não apresentará resultados precisos.

Há concordância geral de que esse profissional seja geralmente um clínico geral ou médico de família. Entretanto, em casos específicos, a responsabilidade pela APS pode ser assumida por outros tipos de médicos ou profissionais não médicos. Nos Estados Unidos, por exemplo, Starfield (2002) destaca que, em

contraste com a maioria dos países industrializados, os serviços de APS são prestados também por internistas generalistas e pediatras.

O debate a respeito dos profissionais que respondem pela APS é importante porque as decisões naturalmente influenciam a política tanto a respeito da formação em saúde como da organização e do financiamento dos serviços. A relevância para estudos acadêmicos pode ser identificada justamente pela relação direta que alguns autores inferem entre determinadas categorias profissionais e a avaliação da oferta e utilização de serviços de APS.

Em seu livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades e de saúde, serviços e tecnologia*, Starfield (2002) apresenta um conjunto extenso de estudos que tomam como referência essencialmente as características das práticas de determinadas categorias profissionais com *status* de médicos de atenção primária para a avaliação da APS, independentemente de outras características dos sistemas de serviços de saúde na qual estão inseridos. De fato, enquanto em muitos países as fronteiras entre a APS e a atenção especializada são relativamente claras, em outros, a prática especializada não está limitada a hospitais ou os pacientes podem ir diretamente a especialistas, como sua fonte de primeiro contato. A sobreposição de locais de oferta de diferentes níveis de atenção também pode ser apreendida, por exemplo, nas propostas de treinamento de médicos de APS "hospitalistas", para a atenção aos problemas comuns de pacientes hospitalizados (STARFIELD, 2002).

Este trabalho pressupõe que estudos realizados no Brasil com enfoque sobre a natureza das práticas profissionais voltadas para a APS devem necessariamente avançar para além das equipes de Saúde da Família, haja vista que estas não representam o conjunto de profissionais que nos sistemas locais de saúde respondem pela atenção ao primeiro contato, bem como aos demais atributos característicos. No geral, formas de medição da atenção ao primeiro contato envolvem a avaliação da prestação de serviços que sejam acessíveis (acessibilidade) – característica estrutural ou de capacidade de atenção – e a utilização desses serviços quando surge uma necessidade – característica do processo ou do desempenho da atenção.

A acessibilidade indica o quanto o local de atendimento é acessível e disponível, e não é uma característica exclusiva da APS. Sua medição para as populações frequentemente detectam informações sobre a existência de impedimentos ao uso dos serviços, bem como informações do quanto os serviços necessários não são recebidos e os motivos (STARFIELD, 2002).



A medição do componente de desempenho ou comportamental da atenção ao primeiro contato usualmente envolve informações referentes ao local em que a atenção foi buscada. Starfield (2002) sugere que essas informações podem ser obtidas de fontes como prontuários médicos, formulários de queixas ou dados para cobrança. Poderíamos adicionar ainda sistemas de informações em saúde, desenvolvidos para uso macroeconômico, como em ministérios, secretarias de estado ou prefeituras, ou para uso microeconômico em clínicas, hospitais, redes empresariais, entre outros.

Independentemente da fonte, o problema é que não se pode ter certeza que esse tipo de registro englobe todo o uso dos serviços. Outra questão é que tal registro não costuma indicar se a consulta foi por iniciativa do paciente ou resultado de um encaminhamento, como ocorre com o SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS), que não realiza essa distinção. Como a atenção ao primeiro contato refere-se exclusivamente a consultas iniciadas pelos pacientes, a ausência dessa informação compromete sua precisão.

De modo geral, percebe-se que possíveis formas de medição da acessibilidade e uso da atenção ao primeiro contato no contexto brasileiro, para além da ESF, tendem a ser naturalmente imprecisas, seguindo a experiência internacional apresentada. Se não bastasse, diferentemente de países que tiveram seus sistemas nacionais de saúde historicamente construídos sob a lógica da regionalização e hierarquização, com níveis de atenção bem definidos para abordar as diferentes necessidades em saúde, o Brasil experimentou uma reforma tardia nessa direção, com a criação do SUS em 1988, instituindo-os constitucionalmente entre outros princípios e introduzindo modificações expressivas no funcionamento do sistema de saúde em curto espaço de tempo. Esse fenômeno foi denominado por alguns autores como reforma do tipo *big bang*, diferenciando-a das reformas incrementais, que se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos, como a reforma da APS no Brasil (VIANA; DALPOZ, 1998).

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, se transformou progressivamente na principal estratégia do MS para a reestruturação do modelo de atenção à saúde e vem provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na organização dos serviços. A Saúde da Família trouxe ainda a missão de ser implementada em caráter substitutivo em relação à rede de APS tradicional, ou seja, dos ambulatorios

focados nas especialidades médicas básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral) e sobretudo nas especialidades menos generalistas.

É de se presumir que os serviços de saúde moldados pela lógica antiga possam não ter se adaptado completamente ao novo modelo de organização de atenção à saúde. Em diversos municípios brasileiros, as fronteiras entre a APS e a atenção especializada ainda não são claras, principalmente naqueles de grande porte, com forte concorrência da APS com outros modelos e formas de organização de serviços de saúde historicamente consolidados.

A influência de modelos assistenciais herdados do passado sobre novas organizações pode ser analisada sob a perspectiva do conceito de dependência da trajetória (*path-dependence*), essencial na abordagem do institucionalismo histórico, e que se baseia na ideia de que escolhas prévias relativas a uma política determinam caminhos e influenciam as possibilidades futuras de decisão. Uma vez que se tenha adotado uma trajetória particular, os custos políticos e econômicos para modificar a direção e o curso das instituições em momentos posteriores geralmente são muito altos (PIERSON, 2004).

Os sistemas de saúde de grandes cidades brasileiras herdaram modelos organizados para ofertar serviços em estruturas mais complexas e diversificadas. Nesses sistemas, em geral a obtenção da atenção ao primeiro contato não ocorre exclusivamente em unidades convencionalmente categorizadas em serviços de APS, como os módulos de Saúde da Família. Ou seja, assim como mostra o conceito de *path-dependence*, escolhas realizadas no momento da formação das instituições e das políticas podem exercer nesses sistemas um efeito de constrangimento sobre seu futuro desenvolvimento em razão da resistência a mudanças.

Nesses contextos, sobretudo onde a conversão do modelo tradicional para a ESF ainda é residual, avaliar a APS tendo como referência exclusiva o universo desses serviços compromete o dimensionamento do alcance real da atenção ao primeiro contato e, conseqüentemente, da APS. Talvez uma possibilidade de análise mais precisa seria avaliar a natureza das práticas dos profissionais e dos serviços de saúde, tentando identificar aquelas que potencialmente oferecem atenção ao primeiro contato, bem como os demais atributos da APS a serem discutidos. Como apresentado, estudos internacionais revelam que a tarefa não é fácil, haja vista que as fontes usuais para esse tipo de informação também costumam ser imprecisas e não indicar se a consulta foi por iniciativa do paciente ou resultado de um encaminhamento.

Alternativas apontam para a tentativa de esclarecimento – diretamente com os indivíduos na população ou análise de todas as consultas realizadas pelos indivíduos na população – para determinar aonde eles foram quando buscaram a atenção pela primeira vez para um novo problema ou necessidade de atenção.

Diante de contextos nacionais especiais em que a precisão dessas informações é inviável, este trabalho sugere a adoção, para fins operacionais, da definição de "serviço de APS" como todo serviço de atenção ambulatorial de primeiro nível ou de entrada de pessoas no sistema de saúde de forma não referenciada (estabelecimentos sem internação), ou seja, todo serviço responsável pelo atendimento ambulatorial inicial da população usuária.

Assim, a categoria "serviço de APS" enquanto estabelecimentos sem internação, compreenderia tanto unidades primárias de saúde como a rede ambulatorial, tomada apenas como uma *proxy* da utilização da rede de APS. Berman (2000) demonstra, nesse sentido, que a atenção ambulatorial pode ser incorporada ao conjunto de atividades consideradas básicas para efeito de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nacionais, e que, em países de baixa renda, a maioria das pessoas se dirige a estes serviços ambulatoriais para a prevenção ou tratamento da maioria das doenças comuns.

Portela (2013), ao empregar o conceito de APS em sentido amplo, referindo-se aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, trouxe a informação de que a configuração dos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro não era anômala em relação aos princípios de reforma da APS, e adotá-la como sinônimo de atendimento ambulatorial não tirou a natureza do conceito. Os resultados do estudo convergiram para o modelo racional esperado de organização dos sistemas locais de saúde, onde o comando político sobre os serviços de APS está sob responsabilidade local.

Como mencionado na introdução deste artigo, a associação entre a APS e os serviços ambulatoriais pode ser verificada em outros países. Nos Estados Unidos, por exemplo, a principal fonte de informações a respeito da natureza da APS é a *National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS)*, uma pesquisa nacional projetada para coletar dados sobre a utilização e a prestação de serviços ambulatoriais. Seus resultados são baseados em uma amostra nacional de visitas aos serviços de emergência e ambulatorios de hospitais gerais e de internação de curta permanência (STARFIELD, 2002).

Também nos Estados Unidos, como na Europa, abordagens baseadas na similaridade da necessidade de recursos que combinam os diagnósticos em um número gerenciável de categorias diferentes (*case-mix*) têm sido largamente aplicadas para descrever e compreender a APS, como, por exemplo, o sistema ACG – *Adjusted Clinical Groups*, antigo *Ambulatory Care Groups* (STARFIELD, 2002). O sistema ACG é altamente preditor do número de consultas e uso dos recursos da atenção ambulatorial durante o período de tempo a partir do qual os diagnósticos são indicados, e tem sido utilizado por diversos pesquisadores para responder às várias necessidades que surgem na APS.

### **Logitudinalidade**

A logitudinalidade, no contexto da APS, considera que deva existir uma relação de vínculo de longa duração, interpessoal e de cooperação mútua entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde. Pressupõe assim a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Como possíveis benefícios associados a tal atributo, Starfield (2002) destaca a redução da utilização de serviços, das hospitalizações e do custo total da assistência; atenção mais oportuna e adequada; e melhor atenção preventiva. Um aspecto central da medição da longitudinalidade é a avaliação do quanto os indivíduos são capazes de identificar sua fonte de APS por um período de tempo, bem como essa fonte é capaz de identificar sua população eletiva (avaliação da capacidade) (STARFIELD, 2002).

Outro aspecto importante é a avaliação da utilização dessa fonte habitual para todos os problemas, exceto aqueles para os quais há um encaminhamento por parte do médico de APS (avaliação do desempenho). A medição do uso requer um bom sistema de informação que documente para onde as pessoas se dirigem para obter atenção (não referenciada) ao longo do tempo por diferentes motivos.

No nível populacional, a identificação de uma fonte habitual de atenção é geralmente avaliada através de pesquisa domiciliar. Já a longitudinalidade na perspectiva das unidades de saúde é refletida na existência de cadastros de pacientes, indicando se o provedor da atenção (profissional ou grupo/equipe de profissionais) identifica uma população eletiva pela qual é responsável.

Na perspectiva de estudos nacionais, de forma semelhante ao observado para as características que dificultam a medição da atenção ao primeiro contato, avaliar o uso da fonte de APS ao longo do tempo para vários tipos de necessidades não é uma tarefa simples, devido à falta de sistemas de dados que documentem aonde as pessoas vão e como fazem uso desses serviços longitudinalmente.

Estudos nacionais e fontes de informação sobre o assunto serão provavelmente mais efetivos em relação à mensuração da longitudinalidade quando se qualificarem a ponto de permitirem compreender se aqueles indivíduos claramente reconhecidos como usuários de dados serviços identificam também esses como fonte regular de atenção e utilizam-na como tal por um período de tempo.

É provável que a longitudinalidade no caso brasileiro seja mais precisamente avaliada se avançarmos o foco para além dos serviços usualmente identificados como provedores de APS. Se existem serviços, fora os módulos de Saúde da Família e demais unidades primárias tradicionais, que oferecem atenção ao primeiro contato, é presumível que esses serviços potencialmente acompanhem seus usuários ao longo do tempo para necessidades em saúde mais frequentes.

O “x” da questão, conforme será apresentado mais adiante, é identificar quais as necessidades mais comuns na população brasileira e nos diversos sistemas locais de saúde. Essa compreensão facilitaria a identificação da extensão e da localização dos serviços que fornecem o primeiro contato para os problemas mais comuns e acompanham seu manejo ao longo do tempo.

## Coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado em sua essência trata da disponibilidade de informações a respeito de serviços prestados na APS de forma integrada e coordenada a demais níveis de atenção, bem como aqueles ofertados por diferentes membros de uma equipe de profissionais dentro da própria APS.

Essa coordenação requer tanto mecanismos de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho). Quanto maior a transferência de informações e o reconhecimento dos problemas dos pacientes pelos diferentes profissionais envolvidos na atenção, maior a probabilidade de os pacientes mostrarem uma melhora subsequente (STARFIELD, 2002).

Assim, de acordo com Starfield (2002), o desenvolvimento de serviços de saúde, com integração da APS a outros níveis, aumenta a necessidade de desenvolver mecanismos de transferência de informações a respeito do paciente, dos seus problemas e da atenção recebida, entre os quais se destacam: a formação de equipe de indivíduos cujos canais de comunicação permitam que eles transmitam entre si informações importantes a respeito dos pacientes; prontuários médicos contendo informações precisas e completas a respeito do paciente; uso da telemedicina e da atenção compartilhada entre médicos de APS e outros especialistas; continuidade dos profissionais ou equipes de profissionais nos serviços; e prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados.

Nesse contexto, a autora apresenta o conceito de “continuidade” como mecanismo inerente à coordenação, para assegurar o cuidado em uma sucessão ininterrupta de eventos, sem necessariamente contar com a presença de uma fonte habitual de atenção no decorrer do tempo (longitudinalidade), de forma que até mesmo indivíduos que são acompanhados por especialistas para problemas raros ou complexos podem alcançar um alto grau de continuidade.

O papel especial do profissional de APS seria o de moderar a tendência em relação à dominância na tomada de decisões do paciente de forma não orientada, evitar duplicações desnecessárias de exames e procedimentos, bem como minimizar o hiperdimensionamento por outro profissional quanto à necessidade de outras intervenções, para além daquelas que foram solicitadas. Já o papel especial dos especialistas seria o de cuidar de necessidades específicas, mas sem o exceder, ou seja, em conjunto com o paciente submeter esse cuidado ao julgamento definitivo do médico de APS.

Entretanto, a complexidade do processo e a multiplicidade dos motivos de encaminhamento complicam o estudo acerca da variabilidade das suas taxas em diferentes populações e países, bem como da capacidade dos serviços de APS de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema.

Estudos nacionais acerca da coordenação do cuidado tornam-se potencialmente mais complexos por conta da reconhecida fragmentação dos serviços de saúde no Brasil, que dificulta a oferta da atenção integral e atrasa o processo de regionalização do SUS. Essa dificuldade se acentua ainda mais quando levamos em consideração as características anteriormente discutidas, acerca dos sistemas

locais de saúde brasileiros mais complexos, quais sejam, a delimitação pouco precisa dos níveis de atenção oferecidos nos diversos serviços de saúde.

O MS publicou, no dia 30 de dezembro de 2010, a Portaria nº 4.279, que trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. A Portaria apresenta como um dos atributos essenciais ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde a existência de: "Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes" (BRASIL, 2010).

Uma vez que a função de coordenação depende de melhores mecanismos de transferência de informação e de manejo do paciente, sobretudo quando recebem atenção de várias fontes de atenção, há de se considerar que estudos nacionais acerca da capacidade de coordenação da APS devem antes assumir o desafio de tentar compreender como os serviços estão organizados segundo o grau de complexidade (regionalização), bem como integrados em redes de atenção com a troca de informações relevantes para a oferta da atenção integral, outro atributo da APS a ser discutido adiante.

## **Integralidade**

A integralidade é provavelmente um dos atributos mais importantes para as discussões acerca da resolubilidade da APS dentro dos diferentes sistemas de saúde. Ela implica que as unidades de APS devem garantir que o indivíduo receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde necessários, responsabilizando-se diretamente pelas condições mais comuns, bem como pelo encaminhamento para os serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Esse atributo exige, assim, que a APS reconheça toda a variedade de necessidades relacionadas à saúde da população e disponibilize os recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

Afirma-se que a APS deve resolver 80% dos problemas de saúde da população. Dessa porcentagem, espera-se que somente entre 3% e 5% dos casos sejam encaminhados (WHO, 1978). Todavia, as decisões sobre a prestação de serviços específicos enquanto responsabilidade da APS, ou de outro nível de atenção,

variam de acordo com o lugar e a época, e dependem da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações.

Um exemplo das abordagens de sistemas nacionais de saúde sobre o que compete ou não aos serviços de APS é o Contrato dos Serviços Médicos Gerais (*General Medical Services Contract*), que entrou em vigor a partir de 2004. Ele descreve os acordos entre clínicos gerais (*general practitioners – GP*) e o Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido (*National Health Service – NHS*) na oferta de serviços de cuidados primários para as comunidades locais (NHS ENGLAND, 2004).

O Contrato dos Serviços Médicos Gerais é sempre atualizado e prevê o financiamento dos diferentes tipos de serviços possivelmente prestados na APS, como: serviços essenciais (*essential services*), fornecidos por todos os médicos contratados e inclui a gestão de pacientes que estão doentes ou que acreditam estar com doenças agudas, crônicas ou terminais; serviços adicionais (*additional services*), normalmente prestados por todos os contratados, mas de forma opcional, e inclui exame do colo do útero, serviços de contracepção, vacinação infantil e imunizações, vigilância em saúde infantil, serviços de maternidade e pequenas cirurgias; serviços fora do horário (*out-of-hours services*); serviços avançados (*enhanced services*); entre outras modalidades. Os médicos generalistas contratados são pagos de acordo com a complexidade inerente aos diferentes serviços e o quão são considerados “centrais” na oferta da atenção ou exigentes de um pagamento adicional caso sejam realizados (“não centrais”) (NHS ENGLAND, 2004).

Independentemente das modalidades de serviços contratados, percebe-se que no Reino Unido é ampla a gama de recursos para lidar com os problemas mais comuns de saúde em âmbito nacional ou nas comunidades locais. Em outros países, como nos Estados Unidos, com convicções liberais historicamente construídas em diversos setores da sociedade, a integralidade dos benefícios está em geral relacionada ao comportamento do mercado. Como resultado, os benefícios disponíveis são muito discrepantes entre segmentos sociais distintos (STARFIELD, 2002).

O papel conferido pela integralidade à APS, de prestar diretamente todos os serviços para as necessidades mais comuns e agir como agente para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares esbarra na dificuldade de determinação da frequência das necessidades e demandas de serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção.



Starfield (2002) defende que a variedade de serviços que estão disponíveis no campo da APS deveria consistir de um núcleo que seja relevante para toda a população, bem como serviços adicionais para populações com necessidades de saúde especiais, mas que ainda assim sejam corriqueiras. Em sua interpretação, a integralidade, sob a perspectiva populacional, deve ser avaliada pela disponibilidade e utilização adequada de serviços para atender às necessidades que são comuns a todas as populações e aquelas que são comuns na população atendida. As necessidades podem ser sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades, bem como intervenções preventivas indicadas ou até mesmo intervenções para a promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

Esse tipo de orientação para avaliar a integralidade da APS é particularmente bem adaptado a situações em que as necessidades mais comuns da população são conhecidas por estudos anteriores de mortalidade e morbidade. Um enfoque alternativo supõe que populações distintas deveriam ter a saúde aproximadamente equivalente (STARFIELD, 2002).

Analisando as possíveis abordagens propostas por Starfield (2002) para a avaliação da extensão da integralidade na APS, podemos sintetizar duas orientações principais. A primeira refere-se à análise da variedade de serviços ofertados e/ou garantidos pela APS para abordar os problemas de saúde mais comuns de uma dada população. Como bem observado pela autora, sob essa perspectiva torna-se necessário que as necessidades dessa população sejam previamente conhecidas por estudos específicos. A segunda estabelece padrões esperados de necessidades e, conseqüentemente, de serviços de saúde no nível primário – a serem apenas complementados com serviços adicionais para populações com necessidades de saúde especiais – ou em níveis mais complexos.

Na prática, ao se examinar a realidade de muitos países, excluindo-se as cirurgias eletivas, as grandes urgências e os procedimentos ultraespecializados, o campo de práticas da APS lida com um conjunto amplo de necessidades em saúde de uma população, incorporando tecnologia médica e eventualmente substituindo outros prestadores, como hospitais e especialistas, na provisão de determinados procedimentos, como pequenas cirurgias, métodos diagnósticos, reabilitação e procedimentos especializados (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2006; 2011; NHS ENGLAND, 2004).

Observa-se que os normativos do MS e boa parte da literatura brasileira que aderiu à ideia governamental que define APS por meio da ESF tratam esses

serviços e tecnologias como pertencentes a outros níveis de atenção (secundário ou terciário), isentando a APS muitas vezes da responsabilidade de oferecer uma gama de ações e serviços em saúde mais ampla. Assim, não parecem lidar com essa assimetria ao abordarem integralidade e a resolubilidade (de 80%) da APS dentro do sistema de saúde brasileiro. Alguns estudos locais sobre a integralidade da APS aplicam parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos por portarias específicas (BRASIL, 2002; 2002a) que regulam as responsabilidades dos municípios na APS e estabelecem os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Todavia, constata-se que os parâmetros são muito generosos e aquém daqueles internacionalmente definidos para atender adequadamente às necessidades mais comuns de uma dada população.

A determinação dos serviços de saúde requeridos por uma população ou comunidade inclui a avaliação e a identificação das necessidades percebidas pelo grupo, calculadas através de critérios e métodos científicos. Faltam estudos que possam precisar as reais necessidades em saúde mais comuns a ser manejadas pela APS, tanto em âmbito nacional – talvez com a criação de padrões mínimos esperados de serviços para atender às necessidades que são comuns em todos os municípios – quanto no âmbito de sistemas estaduais e municipais de saúde específicos. A heterogeneidade verificada no país remete à necessidade de mensurações adequadas e ajustadas a diferentes realidades, capazes de verificar as necessidades regionais e locais mais comuns e organizar a oferta de serviços primários para lidar diretamente com elas, ou de garantir que sejam manejadas nos demais níveis de atenção à saúde.

## Considerações finais

A forma como a APS é compreendida, organizada e operacionalizada é essencial para melhorar sua efetividade e equidade. Se por um lado os conceitos de APS estão bem definidos na literatura, por outro, o termo é utilizado com significados diferentes em artigos científicos no Brasil, o que dá margem a conclusões superficiais. Na verdade, não existe incoerência conceitual, mas a constatação de que seu uso é imperfeito para alguns contextos locais.

Ainda que a ESF, em tese, reúna muitas características consonantes com diferentes modelos de organização da APS no cenário internacional, a estratégia

não esgota em si todas as interpretações e formas de organização e provisão possíveis para esse nível de atenção.

Este estudo sugere, assim, abordagens nacionais mais consistentes e racionais que levem em consideração os serviços de saúde que potencialmente operam em sintonia com os atributos da APS, as necessidades populacionais (em âmbito nacional, regional e local) e a efetividade de vários tipos de intervenções sobre os resultados em saúde.

O artigo não teve o objetivo de esgotar o tema, e sim estimular novas pesquisas na área. Devido à importância de se conhecer o perfil da APS no Brasil para a formulação de políticas públicas, espera-se que as discussões aqui apresentadas contribuam para a reflexão sobre a variedade de serviços a serem disponibilizados no SUS e na sua rede primária de atenção, com ampla cobertura e com eficácia adequada.

## Referências

ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p. 286-298, 2010.

BERMAN, P. Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of The WHO*, v.78, n. 6, p. 791-802, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades municipais na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 24 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, jun. 2012.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-96, 2006.

\_\_\_\_\_. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciênc.saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-96, 2011.

IPEA. *Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, n. 16, jul. 2015, p. 117-189. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/150714\\_bps23\\_cap3.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/150714_bps23_cap3.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2016.

MACINKO, J; STARFIELD, B; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MENDES, Á.; MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. *Interim report on the future provision of medical and allied services*. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 15 fev. 2016.

NHS ENGLAND. *The National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2004*. London: NHS, 2004.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. 196 p.

PORTELA, G.Z. *Avaliação do desempenho da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro*. 2013. 151 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care*. Genebra: WHO, 1978.

VIANA, A. L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, A.L.D. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Cien Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

VIANA, A.L.D. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s79-s90, 2008.

## Nota

<sup>1</sup> Bárbara Starfield, além de uma das maiores referências internacionais na área de Atenção Primária à Saúde, é autora do livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades e de saúde, serviços e tecnologia*, uma publicação institucional do Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

## *Abstract*

### *Primary Health Care: an essay on concepts applied to national studies*

Brazil is going through a normative guidance of the Ministry of Health in order to make a reform of Primary Health Care (PHC) oriented to the Family Health Strategy (FHS), with support of experts from educational and research institutions, to turn it into a resolute gateway to the health system. This study assumes that the country still lives a context where there is no clear separation between specific roles of different types of health services. It aimed to provide evidence that the tendency to assess the PHC in Brazil, only by reference to the FHS, is limiting the accurate determination of the health services universe that potentially include the features internationally defined as inherent to the PHC. The aim is to also indicate alternative possibilities for analysis and application of its concepts to national studies. We conclude that if on one hand PHC concepts are well defined in the literature, there is evidence that its use is imperfect to some local contexts and there is a need for more consistent and rational approaches, able to identify the health services operating in line with the PHC and measure its essential attributes.

► **Keywords:** primary health care; concept formation; health services; health evaluation.