



▶ CAPÍTULO 4

Atenção primária à saúde

Gustavo Gusso

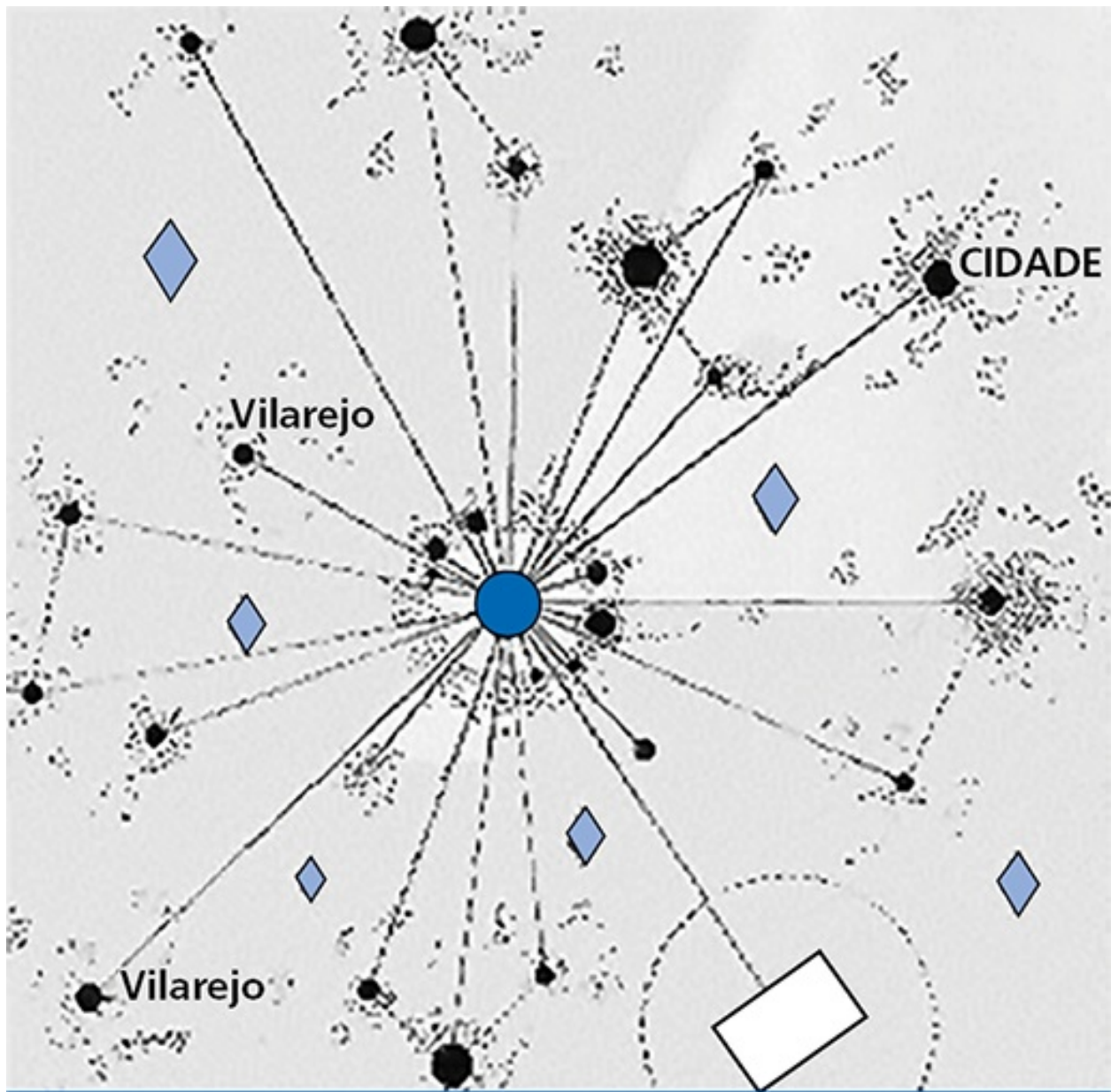
Lucas Bastos Marcondes Machado

Aspectos-chave

- ▶ Atenção primária à saúde (APS) é definida como “[...] atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, doença, ou sistema orgânico”.¹
- ▶ Prevenção, cuidado a pacientes crônicos e vulnerabilidade social são conceitos que têm afinidade com a atenção primária, mas não são seus definidores.
- ▶ Há vários instrumentos para avaliar a APS, sendo que o mais completo e mais utilizado no Brasil é o instrumento de Avaliação da atenção primária (PCATool, do inglês *Primary Care Assessment Tool*).
- ▶ O conceito de integralidade utilizado na APS diverge do utilizado em outros campos.

Informe Dawson

Um dos primeiros modelos de sistemas de saúde que se tem notícia no mundo foi concebido por uma comissão liderada pelo médico Bertrand Dawson (1864-1945), conhecido também como Lord Dawson, pois tinha o título “1º Visconde Dawson de Penn”. Ele foi médico da Família Real Britânica, tendo sido clínico de Edward VII, Edward VIII e George V, em quem realizou eutanásia com morfina e cocaína em 1936. Foi ainda presidente da Royal College of Physicians.² O chamado Informe ou Relatório Dawson foi traduzido para o espanhol pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e está disponível para consulta.³ O sistema imaginado por Lord Dawson está representado na figura central de seu relatório, cujo nome completo é “Informe Dawson sobre o futuro dos serviços médicos e afins” e data de 1920, quando foi apresentado ao Ministério da Saúde da Grã-Bretanha pelo Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins (Figura 4.1).



- = Centro de Saúde Primário
- ◇ = Serviços Suplementares
- = Centros de Saúde Secundários
- = Hospital-Escola
- ⋯ = Serviços Domiciliares

▲ Figura 4.1

Diagrama de uma área mostrando todos os serviços (Informe Dawson).³

Analisando o desenho e o relatório, pode-se inferir que Dawson imaginou Centros de Saúde Primários,^[NA] com generalistas próximos às casas das pessoas que derivavam pacientes, caso fosse necessário, a um centro de especialidades, e apenas este referenciaria, se necessário, a um hospital terciário, chamado “Hospital-escola”. Lord Dawson ainda previu os serviços chamados “suplementares”, que seriam equipes multiprofissionais treinadas para tratar tuberculose, pacientes terminais, pacientes com problemas mentais, problemas ortopédicos, epiléticos, infecciosos, etc., o que, naquela época, se fazia quase muito frequentemente com internações em colônias ou sanatórios. De qualquer forma, poderia corresponder ao que hoje seriam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais centros de reabilitação. Ou seja, Lord Dawson imaginou um território como uma rede: embora pareça trivial hoje em dia, naquela época, em que havia apenas o modelo de sistema de saúde bismarckiano (sem regionalização clara), consistia em um avanço (ver Cap. 7, Organização da atenção primária à saúde em outros países).

A dinâmica descrita no [Quadro 4.1](#) permite visualizar a formação de uma rede regionalizada.

Quadro 4.1 | Dinâmica para visualização da rede de atenção

Dinâmica: Uma atividade difundida pela Dra. Silvia Takeda, epidemiologista do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de Porto Alegre, RS, permite visualizar esta rede regionalizada idealizada por Dawson e depois consagrada nos sistemas de saúde universais. Consiste em descrever um caso como o a seguir, com vários personagens. Cada participante ou voluntário imita um personagem em um meio círculo, e um rolo de barbante faz o papel de paciente. Toda vez que o paciente passa por um profissional, este segura uma ponta do barbante. Ao final, verifica-se, por exemplo, que o recepcionista do posto de saúde e o médico de família, ou clínico geral, tem mais pontas de barbante e, portanto, mais contatos com os pacientes.

Exemplo de caso (pode ser construído com os participantes): D. Maria, 62 anos, é diabética e hipertensa há pelo menos 7 anos, mas há 3 anos não vai ao médico. Acordou um dia com dor nas costas e resolveu procurar a Unidade de Saúde. Chegando lá, foi orientada a retornar na sexta-feira para marcar uma consulta para a semana seguinte. Ela fez isso, e na segunda-feira estava diante do *médico de família* da sua área. Queria um encaminhamento ao

ortopedista. O médico lhe sugeriu experimentar usar diclofenaco durante 4 dias e retomar o tratamento da pressão e diabetes, além de fazer novo papanicolaou e mamografia. Sugeriu também exames laboratoriais e uma consulta de rotina com o oftalmologista. Os exames foram coletados pela *enfermeira* da equipe na semana seguinte. Em um mês, a paciente retornava ao *médico de família* com o resultado dos exames de sangue e o controle da pressão realizado semanalmente. Tanto o diabetes quanto a pressão alta estavam malcontroladas. O médico de família alterou a dose dos medicamentos prescritos na consulta anterior e orientou nova sequência de controle de pressão e novo exame laboratorial em 3 meses. Nesse meio tempo, foi chamada para o *oftalmologista*, para a *mamografia* e fez o papanicolaou com a *auxiliar de enfermagem* da unidade. Enquanto aguardava o período determinado pelo médico de família para fazer novos exames, ela perdeu o genro assassinado pela polícia e ficou extremamente abalada. Procurou então o *médico de família* para “pedir um calmante”. Por causa desse episódio, atrasou a coleta dos novos exames laboratoriais em 2 meses, mas procurou, então não se descuidar do uso dos medicamentos. Passados 5 meses da última consulta, coletou novos exames com a mesma *enfermeira* e voltou ao *médico de família* em seguida para retomar o tratamento da pressão e do diabetes. Segundo relatou ao médico de família, o oftalmologista dissera que sua vista estava “ok” e que, embora tenha começado uma catarata, não tinha de operar naquele momento. Aproveitou para queixar-se de dor na perna esquerda quando caminhava. Os exames laboratoriais haviam melhorado consideravelmente, mas o médico de família detectou um pulso diminuído no membro inferior esquerdo. Ele solicitou uma ultrassonografia (US) Doppler, resolveu referenciar ao cirurgião vascular para uma avaliação e orientou espaçar os retornos, já que havia adquirido um controle aceitável da pressão e do diabetes. Enquanto aguardava o resultado da US, ela teve um quadro de gripe prolongado e procurou novamente o *médico de família* da unidade, tendo sido atendida por ele no “acolhimento”. Finalmente, realizou a US Doppler com um *radiologista*, que mostrou uma obstrução arterial na altura da região poplítea. A paciente esperou 4 meses e finalmente conseguiu o *cirurgião vascular*, que sugeriu programar cirurgia. A paciente ficou assustada e decidiu procurar novamente o médico de família. Combinaram que tentariam o tratamento clínico por meio do controle do diabetes e da hipertensão, além de cuidados gerais com as pernas, a fim de tentar evitar a cirurgia. Após 2 anos de seguimento e mais 6 consultas, encontra-se bem, sem lesão nos membros e com controle clínico da dor na perna esquerda.

Personagens além do paciente (barbante):

1. Médico de família e comunidade
2. Auxiliar de enfermagem

3. Cirurgião vascular
4. Enfermeiro
5. Oftalmologista
6. Radiologista especializado em mamografia
7. Radiologista especializado em US Doppler

Mesmo hoje, são raros os países que conseguiram de fato implementar essa rede idealizada por Dawson, e o relatório permanece, de maneira geral, bastante atual. Os entraves e as pressões contrárias são muitos. No Brasil, por exemplo, no sistema privado, o primeiro contato é, muitas vezes, feito por subespecialistas.

O Informe Dawson é frequentemente comparado com o Relatório Flexner, de 1910, como se fosse antagônico.⁴ Essa é uma análise pouco precisa, uma vez que os objetivos eram muito díspares. Dawson focava nos serviços, ao passo que Flexner se concentrava na educação médica. Dawson valorizou o Hospital-escola, assim como Flexner, ou seja, um dos aspectos que justamente tornam o Informe Dawson falho ou obsoleto é sua linearidade com Flexner neste ponto, não tendo previsto, embora saísse do escopo, que o ensino da medicina deveria ser realizado nos centros de saúde primários e secundários além do Hospital-escola.

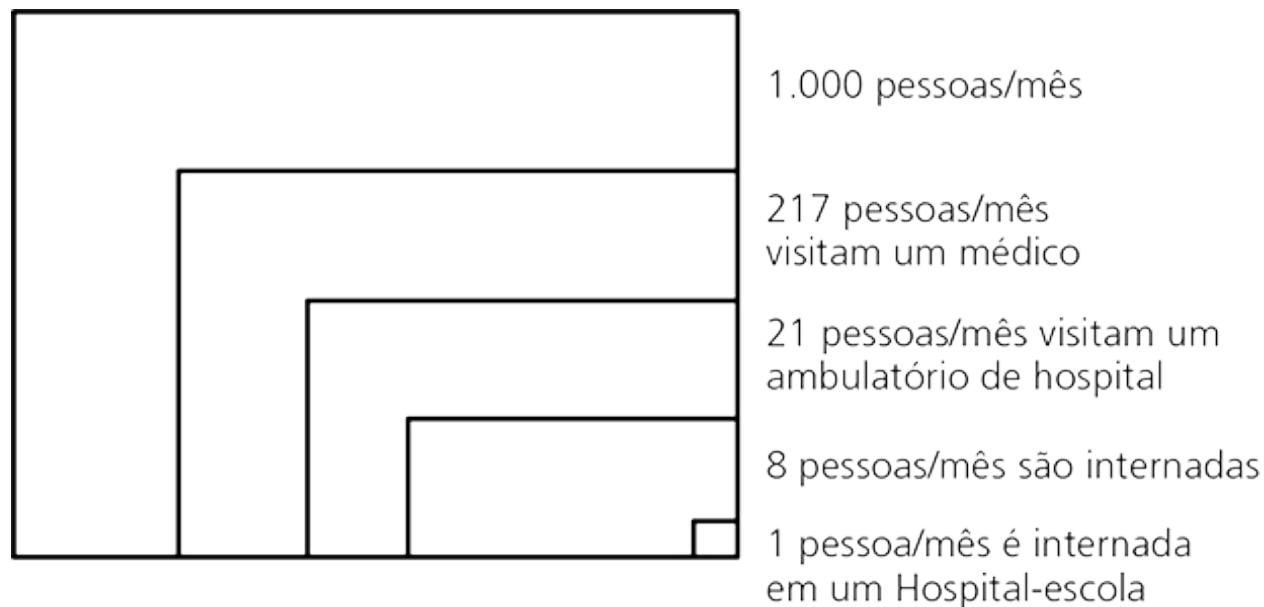
Ecologia dos serviços médicos e a função de filtro do médico geral

Um dos artigos mais citados na área da APS e na medicina de família e comunidade (MFC) é o “Ecology of Medical Care”, que foi conduzido por White e colaboradores em 1961⁵ e repetido por Green e colaboradores em 2001.⁶ Segundo esses estudos, a cada 1.000 pessoas ao longo de um mês, entre 750 e 800 têm sintomas, aproximadamente 250 procuram ajuda formal, em especial na atenção primária, 8 são internadas em um hospital regional e menos do que uma, em média, necessita de um hospital-escola (Figura 4. 2).

Os estudos sobre o uso dos serviços de saúde implicam a importância do papel de filtro proporcionado pela atenção primária, mas também pelo autocuidado.⁷ Em uma apresentação no Seminário de Inovação organizado por Gérvas e Pérez Fernández,⁷ em 2012, o pesquisador Muir Gray descreveu o mesmo estudo, conforme mostra a Figura 4.3. Ou seja, uma pessoa com dor crônica no joelho,

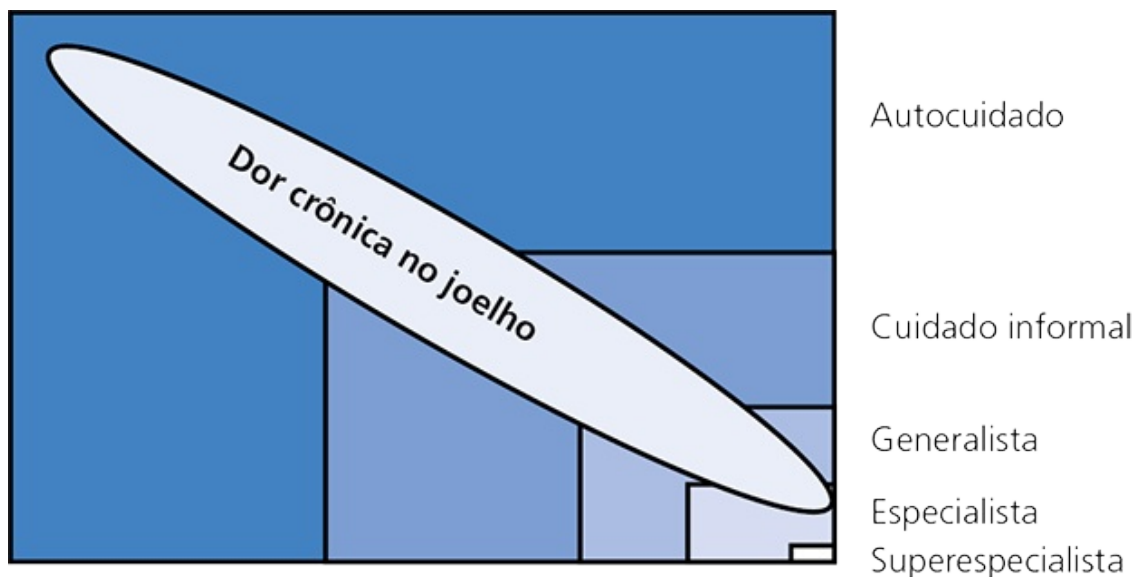
que leva 15 anos desde o início da dor até a colocação da prótese, tem seu problema cuidado majoritariamente por ela mesma, em seguida por alguma pessoa próxima, depois por um generalista e por último pelo especialista em joelho. Esse raciocínio, que implica diversos filtros, é contraintuitivo ao que se tornou “convencional” em lugares com sistemas de saúde desestruturados pelo processo de mercantilização da saúde, que vendeu como “boa prática” a rápida procura por um especialista chamado focal, ou subespecialista.

Para compreender estatisticamente esse equívoco, é preciso recorrer ao Teorema de Bayes, descrito pelo filósofo e matemático britânico Thomas Bayes no século XVIII. Segundo o Teorema, o valor preditivo depende da probabilidade pré-teste (no caso da consulta médica, a prevalência do problema).⁸ A anamnese e o exame físico podem ser encarados como provas diagnósticas – o conjunto deles, a consulta médica, tende a ter sensibilidade e especificidade fixas para determinados problemas. O médico de família e comunidade procura distinguir de forma competente os sãos dos doentes, referenciando estes últimos para outros níveis de atenção. Como os subespecialistas têm maior precisão e acurácia para problemas mais raros ou graves, Ortun e Gervas explicam que



▲ **Figura 4.2**

Representação gráfica da Ecologia dos serviços médicos.



▲ **Figura 4.3**

[...] se os médicos generalistas aumentam a probabilidade da enfermidade dos pacientes referenciados aos especialistas de 1 a 10% e aceitamos que estes empregam provas de 95% de sensibilidade e 90% de especificidade, o Valor Preditivo Positivo passa de 8,7 a 51,3%.⁹

Dessa forma, o Teorema de Bayes é essencial para compreender a importância do papel do filtro no sistema de saúde e quão perigoso é o subspecialista ocupar o lugar do generalista, ou mesmo o generalista ocupar o papel do enfermeiro e do cuidador informal.

Conceitos básicos

Para entender a atenção primária, é fundamental compreender alguns conceitos básicos e algumas siglas muito utilizadas. As principais são:

- APS – atenção primária à saúde^[NA]: “*lugar*” do sistema de saúde definido pelos serviços que oferece.
- PSF/ESF – Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família: programa de 1994 a 1998 e *estratégia do Estado* para reorientar a atenção primária brasileira a partir de 1998.
- MFC – medicina de família e comunidade: *especialidade médica*.

Muitos profissionais da saúde usam tais conceitos de maneira pouco precisa no Brasil, como quando, por exemplo, falam em “residência médica em saúde da família e comunidade”. Ou seja, nesse caso, há uma confusão entre a ESF e a MFC, pois não existe residência médica em “saúde da família e comunidade”. Os três conceitos têm importantes conexões, mas são distintos. Isso tem reflexo direto na organização dos serviços e nas políticas de saúde, de maneira que os gestores devem emitir sinais claros sobre as ações que estão realizando para cada um dos conceitos ou áreas.

Atenção primária à saúde: conceito e definições

O termo atenção primária começou a ser usado no início da década de 1960. Logo, apareceu o termo “médicos primários”, que ainda hoje tem grande variação.¹⁰ Na segunda metade da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se dedicava consideravelmente ao tema quando o dinamarquês Halfdan Mahler foi seu diretor-geral (1973-1988). De 1974 a 1985, o diretor-geral adjunto foi David Tejada de Rivero, médico peruano que, a partir de 1992, serviria como representante da OPAS, no Brasil, e contribuiria no desenvolvimento do PSF, tendo inclusive participado da reunião dos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, quando foi produzido o documento Saúde Dentro de Casa,¹¹ embrião do PSF. Em 1977, na trigésima reunião da Assembleia Mundial da Saúde, houve o lançamento da ideia de colocar o ano 2000 como meta para que “[...] todos os cidadãos tivessem um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva”.¹² No ano seguinte, na conferência que tratou especificamente sobre atenção primária, em Alma Ata, situada na antiga União Soviética, o conceito recebeu uma definição:

Atenção primária à saúde é a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde,

levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.¹³

Dado que a Conferência de Alma Ata ratificou o ano 2000 como meta para que todas as pessoas atingissem um nível de saúde que permitisse uma vida produtiva, o encontro passou a ser intitulado “Saúde para todos no ano 2000”. Dos 10 tópicos da declaração, quatro são introdutórios, e os outros seis tratam da atenção primária propriamente dita. Alma Ata tomou uma dimensão tão importante que o senador americano Edward (Ted) Kennedy (1932-2009), democrata que sempre teve como bandeira a luta por um sistema de saúde universal, compareceu na Conferência que era realizada na antiga União Soviética, mesmo em plena guerra fria.

Hoje em dia, a definição mais aceita de APS, e provavelmente a mais técnica e menos política que a de Alma Ata, foi publicada por Scheffler, em 1978.¹⁴ Segundo o documento, “APS é definida como cuidado acessível, coordenado, abrangente e contínuo realizado por profissionais comprometidos”.¹⁴ Descrevia cinco atributos: acesso, coordenação, cuidado abrangente (integralidade), continuidade e responsabilização. A publicação diz ainda que APS não pode ser adequadamente definida pelo local da atenção, pelo treino do profissional ou pela provisão de uma cesta de serviços. O escopo, as características e a integração dos serviços formam a base da definição de APS. Em 1994, o mesmo instituto atualizou a definição para

[...] uma provisão de cuidado à saúde integrado e acessível realizado por clínicos que são responsáveis por resolver a grande maioria das necessidades de cuidados pessoais de saúde, desenvolvendo uma parceria permanente com os pacientes e praticando no contexto da família e da comunidade.¹⁰

Essa definição adiciona o contexto familiar e comunitário além da integração dos serviços. Starfield, no seu livro mais conhecido mundialmente,¹² sistematizou e definiu de maneira clara, com base nas definições do Institute of Medicine, os quatro atributos nucleares da APS: acesso, coordenação, integralidade e longitudinalidade. Ela passou a usar o termo longitudinalidade em substituição à continuidade, pois este poderia ter mais relação com os problemas de saúde específicos e seria atribuição de todas as especialidades.

Acrescentou ainda três atributos derivados: foco na família, orientação comunitária e competência cultural.^{12,15} Muitas vezes, no Brasil, se dá mais importância aos atributos derivados do que aos nucleares. Segundo Starfield, APS é definida como “[...] atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico”.¹

No Brasil, o termo ficou atenção básica apenas porque, na época da criação do Departamento de Atenção Básica e do Piso de Atenção Básica (PAB), havia uma crítica de que primária seria algo pejorativo, para “pobres”, o que configura uma contradição, uma vez que os países mais desenvolvidos, como Holanda, Noruega, Inglaterra e Canadá, já haviam consagrado o uso de “primária”. Segundo o livro *Memórias da saúde da família no Brasil*,

[...] quando a proposta do per capita foi elaborada, ela precisava de um nome. A equipe da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com alguns colaboradores externos, ouviu muitas opiniões de gestores e formuladores do setor saúde. Havia uma advertência clara de que o termo atenção primária tinha relação com os pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento e que, portanto, qualquer proposta de “piso de atenção primária”¹⁶

poderia ser imediatamente rejeitada pela nomenclatura. Havia, naquele momento, necessidade premente de mudança na modalidade de financiamento – situação que não poderia se subordinar a um provável longo período de debate para escolha de uma denominação adequada. Assim, surgiu o termo “atenção básica” como alternativa para evitar a resistência que era anunciada”.¹⁶ Além disso, os termos para este conjunto de serviços do sistema são sempre pejorativos se vistos sob esta perspectiva superada de “ordem de importância”: primário, básico, essencial, fundamental, primordial, etc. O mesmo ocorre com a educação. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizada em 2017 manteve o conceito e, segundo este documento,

Atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de

cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.¹⁷

Enfim, não há uma diferença substantiva, e, vendo sob o prisma macro, os dois conceitos, *atenção básica ou primária*, são relacionados a um *locus* dentro da rede de atenção de qualquer país.

Três conceitos têm alguma relação com a APS, mas não a definem:

- **Vulnerabilidade social:** Atenção primária não se restringe a países ou locais com vulnerabilidade social; os países mais desenvolvidos e ricos, com exceção dos EUA, são os que mais têm APS forte e estruturada.
- **Pacientes crônicos:** APS deve ser a porta de entrada tanto para problemas agudos, excetuando emergências, quanto crônicos. Provavelmente, o foco nos crônicos teve origem no excesso de pacientes por equipe e o conforto para organizar a agenda, dado que a atenção a pacientes não agendados demanda estrutura e processo avançados, porém é essencial para que se atinja um alto escore na APS.
- **Prevenção:** Muitas vezes, usa-se o termo prevenção como sinônimo de “cuidado a pessoas que não tem sintomas”, o que é um equívoco, já que prevenções terciária e quaternária envolvem pacientes com sintomas (ver Cap. 31, Prevenção quaternária: primeiro não causar dano). Porém, de forma similar ao conceito de “crônicos”, o foco na prevenção primária e secundária pode ter relação com a maior facilidade para lidar com pacientes que não têm sintomas, mas rebaixa o escore da APS.

Ainda há outras confusões conceituais envolvendo a APS. Muito frequentemente se compreende a APS como um local onde se lida com problemas simples ou comuns e de fácil manejo. Não é correto, e os termos mais precisos seriam *problemas frequentes, indiferenciados e incertos, em um ambiente de alta complexidade, alto grau de multimorbidades e baixa densidade tecnológica*. Porém, o Ministério da Saúde (MS) consagrou o uso de “média e alta complexidade” para ambientes de alta densidade tecnológica.

No clássico artigo, Vuori¹⁸ descreve as quatro maneiras como o conceito de APS pode ser interpretado:

1. APS como uma cesta de serviços

- Educação em saúde.
 - Suprimento alimentar e nutrição.
 - Água tratada e saneamento básico.
 - Cuidado materno-infantil.
 - Imunização.
 - Prevenção e controle de endemias.
 - Tratamento básico de problemas de saúde.
 - Fornecimento de medicamentos essenciais.
2. **APS como nível de atenção**
 3. **APS como uma estratégia de organização dos serviços de saúde** (APS como coordenadora do sistema), com serviços acessíveis, relevantes para as necessidades da população, funcionalmente integrados, com base na participação da comunidade, custo-efetivo e caracterizado por uma colaboração intersetorial.
 4. **APS como uma filosofia caracterizada por justiça social e igualdade**, autorresponsabilidade, solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde.

Vuori descreve essas quatro interpretações de forma hierarquizada, sendo que a cesta de serviços seria uma APS inadequada, e a imagem-objetivo seria a APS como uma filosofia. Provavelmente, o Brasil está no segundo nível, ao passo que uma parte considerável da Europa Ocidental, em especial Inglaterra, Holanda, Dinamarca, e outros países estejam no terceiro. A crítica que o autor faz ao segundo nível cabe bem ao que se vivencia no sistema privado brasileiro, onde não há filtro: se APS é um nível de atenção, os ambulatórios de especialidades são considerados APS? E os cuidados informais responsáveis por uma parte considerável da “atenção”? O autor conclui que este segundo nível pode ser desastroso ao ser atingido com facilidade, independentemente de toda estratégia e filosofia que deveriam nortear a APS.

Atributos nucleares da atenção primária à saúde

De maneira sucinta, os atributos chamados nucleares por Starfield e que definem a APS¹² podem ser assim descritos:

Atenção ao primeiro contato/acesso

É o princípio soberano, representa a porta de entrada e o primeiro contato do paciente com o sistema; outras nomenclaturas, algumas vezes entendidas como pejorativas, foram sendo usadas em parte, ou mesmo em substituição a este atributo, como “acolhimento”, “*gatekeeper*” ou “porteiro”. Como já discutido neste capítulo, a função de filtro do médico geral é essencial para o bom funcionamento e a racionalidade do sistema de saúde. Não fornecer acesso para todos os pacientes quando eles necessitam fere um atributo essencial e faz o escore de avaliação da APS cair.

A atenção ao primeiro contato depende da acessibilidade ou acesso dos serviços, um aspecto da estrutura, assim como da sua utilização pelas pessoas quando surge uma necessidade.

O acesso pode ser dividido em dois componentes: o primeiro é o aspecto geográfico – distância do centro de saúde da pessoa que necessita de atenção, tempo de locomoção, facilidade de transporte, etc. O segundo é o componente sócio-organizacional, que inclui aspectos que facilitam ou bloqueiam os esforços das pessoas para chegarem à consulta. São exemplos: organização de agenda para dar conta de emergências, quadros agudos e consultas agendadas; flexibilização do modo de funcionamento da equipe para atender populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua; exigência de pagamento ou co-pagamento; e preconceitos, como a transfobia, que podem prejudicar o acesso desta população ao centro de saúde.¹² Um desafio em grande parte dos países é fornecer acesso em horários inconvenientes ou à distância. Poucos países como a Holanda conseguiram se organizar neste sentido, ou seja, há horário protegido para retornar ligações dos pacientes, e os médicos de família de uma região se revezam em plantões noturnos e nos finais de semana para evitar que os pacientes usem as emergências desnecessariamente.

Murray e Berwick, este consultor norte-americano, cunharam o termo “acesso avançado”¹⁹ para designar a não postergação das ações, embora na Europa “acesso” tem esta conotação sem a necessidade de juntar-se à palavra “avançado”. (ver Cap. 5, Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde).

Coordenação

Denota a articulação do sistema, conforme Starfield: a coordenação “[...] é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade

perderia muito do seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se ia uma função puramente administrativa”.¹²

A coordenação envolve a continuidade de informação dentro do sistema, seja pela continuidade do profissional, seja via prontuário médico. Ela é importante em três níveis: dentro do centro de saúde, quando o mesmo paciente é visto por diferentes profissionais (p. ex., um paciente pode ser visto pela enfermeira, pelo dentista e pelo médico, sendo necessária a troca de informações entre estes três profissionais); na relação com outros profissionais chamados para fornecer consultoria ou acompanhamento de curta duração; e, por fim, na relação com especialistas, que vão acompanhar o paciente por um longo período de tempo devido uma condição específica e mais rara.¹²

Portanto, é lógico concluir que a referência e a contrarreferência são ferramentas essenciais para a coordenação do cuidado. Tais termos são mais corretos do que encaminhamento^[NA], já que a APS nunca deixa de se responsabilizar pelos pacientes mesmo quando há um problema mais raro, específico ou potencialmente grave que necessita de uma consultoria. Por exemplo, no pré-natal de alto risco, embora o obstetra especializado vá acompanhar a gestante referenciada, ela continua necessitando da atenção primária para outros problemas de saúde, como gripe ou unha encravada, ou mesmo para esclarecer uma dúvida sobre a gestação.

Uma das avaliações que se faz desse atributo é a “taxa de referenciamento”, ou seja, quantos pacientes foram referenciados a outro profissional ou *locus* do sistema como secundário ou terciário. No Brasil, convencionou-se como taxa aceitável de referenciamento 15% do número total de consultas (e não de pacientes na lista) que gerou algum referenciamento, sendo que se uma consulta gerou dois referenciamentos, por convenção, sugere-se contabilizar os dois. Em países desenvolvidos, como Inglaterra, Canadá, Holanda, a “taxa de não referenciamento” chega a 96%, o que é explicada em parte pelo próximo atributo (longitudinalidade) e pelo vínculo do profissional com o paciente e com a área. Ou seja, na maioria das vezes, eles já se conhecem há muitos anos, e a maioria dos referenciamentos necessários foram feitos, de maneira que há pouca demanda reprimida. Tem sido usado na realidade brasileira o termo “resolutividade”, (termo que não consta dos dicionários), ou resolubilidade, para designar taxa de não referenciamento, ou seja, quantas pessoas tiveram o problema “resolvido” sem necessitar de referenciamento. Porém, não é um termo preciso também porque nem sempre os problemas são propriamente

“resolvíveis”, seja na atenção primária, secundária ou terciária (por exemplo, enxaqueca).

Existem diversos motivos para gerar uma referência da atenção primária a outros serviços: motivos administrativos (o paciente precisa de um laudo de um subespecialista), auxílio em relação a diagnóstico (em alguns lugares apenas o subespecialista tem acesso a certas ferramentas diagnósticas), auxílio em relação ao tratamento e para acompanhamento continuado de alguma condição rara. Além disso, em muitos lugares, os pacientes podem se “autorreferenciar”, ou seja, têm acesso direto aos outros níveis de atenção, como no sistema de saúde suplementar brasileiro. Essas diferenças também explicam, em parte, a grande variação na taxa de encaminhamento entre regiões e países diferentes.

Outra medida fundamental para avaliar “coordenação” é a taxa de referências que geram contrarreferências, isto é, a resposta do especialista. Isso leva à avaliação da continuidade, que difere da longitudinalidade, pois esta é vinculada ao tempo, ao passo que a continuidade tem mais relação com o problema e com o próprio atributo da coordenação.¹² Por exemplo, uma hérnia inguinal precisa de continuidade entre o médico de família e o cirurgião, mas a pessoa com hérnia inguinal necessita de um cuidado longitudinal na atenção primária por qualquer problema. O prontuário eletrônico, se orientado por problemas e tiver boa “usabilidade”, pode ajudar no atributo coordenação e na continuidade da atenção.

Longitudinalidade

Longitudinalidade se relaciona com a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao decorrer do tempo. Não é obrigatório que seja fornecida pelo mesmo profissional e sempre será necessária uma rede de profissionais, mas existem algumas diferenças se o *locus* da longitudinalidade é uma equipe ou local (como uma Unidade Básica de Saúde [UBS]) ou um profissional específico: a coordenação é mais difícil quando a longitudinalidade ocorre dentro de uma equipe, pois a pessoa será vista por um número maior de profissionais. Por outro lado, quando a longitudinalidade se der com um profissional apenas, a integralidade e atenção ao primeiro contato são prejudicadas, pois é muito difícil para um profissional estar disponível o tempo inteiro e oferecer uma variedade grande de serviços.¹²

Starfield¹² faz uma distinção entre longitudinalidade e continuidade da atenção. Esta última descreve quanto uma pessoa consulta com o mesmo

profissional ou visita o mesmo local entre uma consulta e outra. Desse modo, a continuidade é uma característica não só da APS, mas também de outros níveis de atenção. A diferença está no fato de que continuidade de atenção é orientada para o manejo de algum problema específico, e a longitudinalidade é voltada à atenção às pessoas, independentemente do problema.

A longitudinalidade depende de um aspecto organizacional – o cadastro da pessoa por meio de inscrição ou contrato com os profissionais ou com o local de atenção. Por exemplo, em uma UBS brasileira, este cadastro se dá pelo território, pessoas que moram em certas ruas são vinculados a uma determinada equipe. Esse atributo também está relacionado com o vínculo do profissional com os pacientes e a comunidade e com a força da relação pessoa-profissional.

Diversos benefícios são associados à longitudinalidade, entre eles a menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, menos referenciamento de pacientes e menos hospitalizações. Sem longitudinalidade dificilmente se consegue acesso e coordenação adequados, pois a rotatividade do profissional é bastante prejudicial a todos os atributos e dificulta um elevado escore de APS.

Cuidado abrangente/Integralidade

É um dos conceitos mais complexos e malcompreendidos no Brasil. O termo em inglês usado tanto pelo Institute of Medicine quanto por Starfield é *comprehensiveness*, cuja tradução literal poderia ser “abrangente”. O que se queria dizer é que, na atenção primária, é preciso que haja uma ampla oferta de serviços. Ou seja, o conceito está relacionado à multimorbidade e a demandas variadas da população. Na avaliação desse atributo, o documento do Institute of Medicine sugeria perguntas que avaliavam a amplitude dos serviços oferecidos. No Brasil, o termo que ficou consagrado para descrever o atributo foi integralidade, mas há vários sentidos para o termo. Um dos autores que se dedicaram ao conceito de integralidade, muitas vezes confundido com o que se pretendia nos documentos internacionais que falavam em *comprehensiveness*, foi Mattos. Em um dos textos mais difundidos, ele descreve três sentidos para a integralidade:²⁰

- a. Integralidade como um sinal de boa medicina, ou seja, em busca de uma medicina menos fragmentada e reducionista (a biomedicina).
- b. Integração da organização das práticas, superando os programas verticais. Esse sentido tem relação com a história do sistema de saúde no Brasil, que, até a constituição de 1988, estabelecia que o Ministério da Saúde

ficava com a atribuição das ações populacionais e de prevenção, como imunizações, e execução de programas verticais, como tuberculose e hanseníase, e a assistência médica ficava a cargo do Ministério da Previdência, por meio do INAMPS.

- c. Integração de assistência e prevenção no âmbito das políticas especiais. O autor diz que prefere usar o termo política a programa aqui, e este terceiro sentido diz respeito à integração de aspectos de prevenção e assistência, bem como aspectos antropológicos e culturais, como ocorreu com a Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Combate à Aids.

Apesar de usar o mesmo termo, o conceito diverge com o descrito por Starfield e pelos documentos do Institute of Medicine. Ou seja, na APS, integralidade tem o sentido de cuidado abrangente, de reconhecer a variedade das necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordar essas necessidades. Nesse sentido, a integralidade está relacionada com a carteira de serviços oferecida pela APS. A decisão sobre se determinado serviço será prestado pela APS ou em outro nível de atenção varia de local para local e de acordo com as necessidades da população. Outro modo de dizer isso é que a necessidade do serviço varia de acordo com a prevalência da doença na população. Um exemplo claro e prático é um capítulo do livro espanhol *Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia*,²¹ que descreve o tratamento de ferimentos por chifres de touro: sendo um problema prevalente, deve ser abordado na atenção primária, de preferência por generalistas bem formados.

A integralidade que precisa ser avaliada na APS é um conceito mais concreto e menos filosófico. O risco aqui é, por exemplo, aceitar que Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, simplesmente por não se restringir à atenção materno-infantil e tentar compreender a mulher na sociedade atual, tem um alto escore de integralidade. Ou seja, é importante delimitar que a integralidade que se quer medir é o cuidado abrangente.

É importante lembrar-se de que as necessidades das pessoas podem assumir diversas formas: desde serviços preventivos até doenças, sintomas e outros sofrimentos. Portanto, a APS deve reconhecer diferentes tipos de problemas de forma adequada.

Seria importante que cada centro de saúde ou organização definisse que serviços são oferecidos na atenção primária tanto para as pessoas que utilizam o local quanto para seus profissionais. Em geral, isso não é feito e existe uma

diferença muito grande na carteira de serviços oferecida na APS entre países diferentes e mesmo dentro do mesmo país, entre distintos profissionais dependendo de sua formação. Seria importante uma abordagem mais racional para definir que serviços serão disponibilizados na APS e quais serão ofertados em outros níveis de atenção.¹²

A fábula a seguir descreve simbolicamente a função do filtro do sistema de saúde e é reproduzida por Bárbara Starfield (Mathers e Hodgkin apud Starfield, págs 214 e 215):¹²

Era uma vez, um Porteiro e uma Feiticeira. O trabalho do Porteiro era decidir quem poderia ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que viam o Porteiro não viam a Feiticeira. Geralmente elas estavam apenas um pouco doentes ou com a preocupação de estarem doentes e o Porteiro era muito bom em decidir quem precisava ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que a viam estavam muito doentes e ela poderia lançar seus feitiços para fazer com que melhorassem. A Feiticeira e o Porteiro precisavam um do outro.

O problema foi que, quanto mais pessoas ouviam a respeito das poções mágicas da Feiticeira, mais queriam vê-la, e as filas de espera tornaram-se cada vez mais longas. Algumas vezes, o Porteiro tinha de mandar algumas pessoas de volta à Feiticeira porque elas não tinham pego poções mágicas suficientes. As pessoas ficaram muito bravas e contaram à Rainha. A Rainha disse, “Deixe as pessoas que desejam ver a Feiticeira ir diretamente a ela e que elas mesmas a paguem”. As pessoas que podiam pagar ficaram muito felizes. O problema era que as filas de espera ficaram maiores porque a Feiticeira passava mais e mais tempo vendo aqueles que podiam pagar. Na verdade, a maravilhosa bola de cristal começou a dar mais e mais respostas erradas: “Descubra o que está acontecendo.”, gritou a Rainha. O Porteiro então teclou em “feitiço de dados” em sua bola de cristal e lá apareceu a mensagem: “O valor de um exame diagnóstico depende da prevalência da condição na população examinada”. A Feiticeira é muito boa ao decidir quem está muito doente, mas nada boa ao decidir quem está bem. O Porteiro é muito bom ao decidir quem está bem, mas não tão bom ao decidir quem está muito doente. Os Porteiros usam os exames e testes para

determinar se as pessoas estão normais ou não, enquanto a Feiticeira usa os testes para detectar a doença. Se a bola de cristal da Feiticeira estiver funcionando de forma adequada, ela deveria ver apenas as pessoas que o Porteiro suspeita que estão doentes o suficiente para precisar de mais atenção. E o Porteiro veria as pessoas que ele pensa estarem doentes e tentaria descobrir se realmente estão. E então o sistema funcionará. Longe de ser um arranjo para privar as pessoas de escolha e acesso à Feiticeira, é a forma mais eficiente de cuidar de pessoas doentes. A Rainha descobriu, entretanto, que persuadir as pessoas disso era muito mais difícil: uma vez adquirido o gosto pelo acesso direto à bola de cristal e às poções mágicas, ele não é facilmente esquecido.

Avaliação da atenção primária à saúde e o Primary Care Assessment Tool

Para mensurar a APS, existem diversos instrumentos, mas os mais conhecidos e usados são:²²

- CAHPS – *Consumer Assessment of Health Plans Study*.
- EUROPEP – *Patients Evaluate General/Family Practice*.
- PCAS – *Primary Care Assessment Survey*.
- PCAT – *Primary Care Assessment Tool*.

O PCATool²³ é o instrumento mais usado no Brasil, pois é um dos poucos validados. Segundo um estudo que comparou os diversos instrumentos, o PCATool foi o mais completo.²² Além disso, por ter sido desenvolvido por Barbara Starfield, baseia-se nos atributos nucleares e derivados.

É fundamental ter em mente que, com toda essa complexidade conceitual, não se diz que um sistema tem ou não atenção primária, deve ser mensurada por instrumentos adequados. Ou seja, é possível e desejável que se estabeleça um escore. Mesmo sistemas descoordenados, sem uma porta de entrada clara ou generalistas bem formados, quando se aplica o PCATool, não recebem nota zero, isto é, não se pode dizer que “não tem atenção primária”.

O PCATool tem quatro versões estendidas (paciente criança, paciente adulto, profissionais da saúde, gestores) e uma versão resumida para pacientes adultos. Há essencialmente duas formas de se aplicar o PCATool: 1. Entrevista por

telefone ou domicílio: na primeira parte (grau de afiliação), avalia-se qual serviço a pessoa é afiliada, e o restante do questionário se baseia neste serviço; esta forma necessita de maior amostragem, pois nem todas as entrevistas serão do serviço que se pretende avaliar; 2. Entrevista na unidade de saúde com algum usuário: neste caso, mesmo que a afiliação não seja com este serviço onde está sendo realizada a entrevista, informa-se ao final do grau de afiliação (parte A) que o restante do questionário será sobre este serviço especificamente. Em todas as versões, a divisão é a mesma:

1. Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde (A).
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C).
4. Longitudinalidade (D).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F).
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G).
8. Integralidade – Serviços Prestados (H).
9. Orientação Familiar (I).
10. Orientação Comunitária (J).

A versão resumida para pacientes adultos, apresentada no [Quadro 4.2](#),²⁴ tem uma seleção representativa de questões de cada parte e, tal qual a versão estendida, o escore de cada atributo por ser transformado para uma escala de 0 a 10.

CONCLUSÃO

O termo APS tem diferentes definições e interpretações, dependendo da fonte consultada e da época. Adotou-se aqui APS como “[...] atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico”.¹ A APS possui quatro atributos nucleares: atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; coordenação do cuidado; e integralidade. Todos esses atributos se inter-relacionam de alguma forma. Às vezes, as definições dos atributos são mal-interpretadas, em especial a integralidade. Para avaliar a APS, é necessário lançar mão de algum instrumento.

Aqui, foi apontado o PCATool como instrumento bastante completo, traduzido e validado para o Brasil. Conceitos como função de filtro, ecologia dos serviços médicos e uma rede regionalizada são úteis para compreender a importância essencial da atenção primária para a racionalidade do sistema.

Quadro 4.2 | PCATool versão adulto resumida

PCATool-Brasil-Adulto-Versão Reduzida

Extensão da afiliação com um serviço de saúde/profissional

A1. Há um médico ou serviço de saúde onde você geralmente vai se fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? () Não () Sim (Nome do profissional ou serviço de saúde)

A2. Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? () Não () Sim, mesmo médico/serviço de saúde que acima () Sim, médico/serviço de saúde diferente (Por favor, dê nome e endereço)

A3. Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? () Não () Sim, mesmo que #A1 & #A2 acima; () Sim, o mesmo que #A1 somente; () Sim, o mesmo que #A2 somente; () Sim, diferente que #A1 & #A2 (Por favor, dê nome e endereço)

Afiliação: combinação das 3 questões referentes ao serviço de saúde preferencial (A1, A2 e A3)

Itens dos atributos da APS

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Provavelmente não (2)	Com certeza não (1)	Não sei/Não me lembro (9)
-----------------------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------	---------------------------

B2 Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao “nome do médico/enfermeira/local” antes de ir a outro serviço de saúde?

C4 Quando “nome do médico/enfermeira/local” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

C11 É difícil para você conseguir atendimento médico do “nome do médico/enfermeira/local” quando pensa que é necessário?

D1	Quando você vai ao “nome do médico/enfermeira/local”, é o mesmo médico ou enfermeira que atende você em todas as vezes?
D6	Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao “nome do médico/enfermeira/local”?
D9	O “nome do médico/enfermeira/ local” sabe quais problemas são mais importantes para você?
D15	Você mudaria do “nome do médico/enfermeira/local” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?
E6	O “nome do médico/enfermeira/local” sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?
E10	O “nome do médico/enfermeira/local” escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?
E11	O “nome do médico/enfermeira/local” sabe quais foram os resultados desta consulta?
E13	O “nome do médico/enfermeira/local” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal-atendido por este especialista ou serviço especializado?
F3	Quando você vai ao “nome do médico/enfermeira/local”, seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?
G9	Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas dos nervos).
G17	Aconselhamento sobre como parar de fumar.
G20	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (p. ex., diminuição da memória, risco de cair).
H1	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.
H5	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.

H7	Verifica e discute os medicamentos que você está tomando.
H11	Como prevenir quedas.
I1	O “nome do médico/enfermeira/local” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?
I3	O “nome do médico/enfermeira/local” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?
J4	Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344(8930):1129-1133.
2. Wikipedia. Bertrand Dawson, 1st Viscount Dawson of Penn [Internet]. 2017 [capturado em 03 maio 2018]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Bertrand_Dawson,_1st_Viscount_Dawson_of_Penn.
3. Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964.
4. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
5. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-892.
6. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-2025.
7. Gervas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):205-218.
8. Davidoff F. Standing statistics right side up. *Ann Intern Med*. 1999;130(12):1019-1021.
9. Ortun V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102.
10. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington: National Academy Press; 1994.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília; 1994.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
13. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health

- Organization and the United Nations Children's Fund [Internet]. Geneva; 1978 [capturado em 03 maio 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>.
14. Scheffler RM, editor. Manpower policy for primary health care (IOM publication). Washington: National Academy of Sciences; 1978.
 15. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001;50(2):161-175.
 16. Souza HM. Saúde da família: uma proposta que conquistou o Brasil. In: Brasil, Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília; 2010.
 17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília; 2017 [capturado em 03 maio 2018]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.
 18. Vuori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Med*. 1984;6(3):221-231.
 19. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-1040.
 20. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
 21. Blanco JMA. Cirurgia menor y procedimientos em medicina de família. Madrid: Jarpyo; 1999.
 22. Lévesque JF, Haggerty J, Beninguissé G, Burge F, Gass D, Beaulieu MD, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Fam Pract*. 2012;13:20.
 23. Brasil, Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília; 2010.
 24. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):256-263.
-

[Saúde Primários] Para fins de padronização: Centro de Saúde Primário, Centro de Saúde, Posto de Saúde ou Unidade Básica de Saúde terão o mesmo significado.

[saúde] Por convenção, aqui, não há distinção entre os termos atenção primária ou atenção primária à saúde, sendo que a sigla consagrada é APS.

[encaminhamento] Ao longo do texto, encaminhar e referenciar são tratadas como sinônimos.