

Historicamente, a atenção primária à saúde (APS) tem sido associada ao primeiro nível de atenção de um sistema de saúde e caracterizada pelo tipo de profissional que nela atua, em que se espera que haja predominância de especialistas nessa área. Entretanto, a maior limitação para esse tipo de caracterização é que o perfil de profissionais que atuam nesse serviço pode variar de país para país.

Diversos marcos teórico-conceituais propuseram abordagens e indicadores para avaliar e caracterizar a APS. Em 1978, o *Institute of Medicine American* sugeriu uma abordagem em que listou seus atributos como: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Este foi um marco importante na tentativa de delinear um método normativo para medi-la. Contudo, a maioria dos indicadores e definições sugeridas não era específica. Os indicadores selecionados exigiam um alto nível de desempenho e eram difíceis de serem atingidos, e centravam-se na capacidade instalada de serviços e não na sua realização concreta<sup>(1)</sup>.

Um relatório de 1996, da mesma instituição, definiu a APS como a oferta de serviços integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade. Essa definição não inclui o primeiro contato e enfoca a atenção individual.

A Associação Médica Canadense, em 1996, considerou a APS como porta de entrada do sistema de saúde e incluiu intervenções comunitárias na definição das funções da APS. No mesmo ano foi divulgada a *Charter for General Practice/Family Medicine in Europe* (Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa) que descreve 12 características: geral, acessível, integrada, continuada, em equipe, holística, personalizada, orientada para a família e para comunidade, coordenada, confidencial e defensora<sup>(2)</sup>.

Donabedian<sup>(3)</sup> sistematizou um conjunto de variáveis importantes que podem avaliar a qualidade de um sistema ou serviço de saúde e classificou de acordo com suas características em estrutura, processo e resultado. A avaliação do processo inclui a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde individualmente ou em grupo e referem-se à qualificação profissional, organização e coordenação do processo de trabalho das equipes. A avaliação da estrutura abrange as condições do ambiente e equipamentos em que os serviços são prestados e os resultados são avaliados a partir da verificação de mudanças no estado de saúde de uma população que possam ser atribuídos ao processo de cuidado.

Entre os marcos teórico-conceituais da APS destaca-se a publicação “*Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*”, da Professora Barbara Starfield, em 1998, traduzido para língua portuguesa e publicada no Brasil em 2002. O livro traz evidências sobre o papel da APS nos sistemas de saúde, evidências científicas dos seus impactos na saúde da população e compara o custo benefício entre países com diferentes formas e em diferentes graus de implantação dessa estratégia, além de propor uma estrutura para mensura-la e definir seus atributos<sup>(1)</sup>.

**Andréa Silvia Walter de Aguiar<sup>(1)</sup>  
Pollyanna Martins<sup>(2)</sup>**

1) Universidade Federal do Ceará - UFC - Fortaleza (CE) - Brasil

2) Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará - CRES - Sobral (CE) – Brasil

---

As visões de APS, centrada no indivíduo e na população, ofereceram a base normativa para avaliá-la dentro de um sistema de saúde e colaboraram na construção da estrutura de avaliação proposta por Starfield<sup>(1)</sup>.

A autora, ainda, propôs uma estrutura para avaliação da APS que considerou os conceitos dos atributos essenciais e derivativos em medidas de estrutura (capacidade) e processo (desempenho).

Os atributos essenciais e exclusivos da APS compreendem: acesso/atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Um alto nível de alcance dos atributos essenciais da APS resulta em três aspectos adicionais denominados aspectos derivativos, os quais qualificam as ações e serviços deste nível de atenção<sup>(1,4)</sup>.

Os aspectos qualificadores são centralização na família, competência cultural e orientação comunitária. Na maioria dos países nem a centralização na família, nem a orientação para a comunidade são um enfoque dos sistemas. A orientação para a comunidade é um ideal, mais do que uma realidade<sup>(1,4)</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica aponta em suas diretrizes, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a Atenção Básica como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção. Esta rede de atenção deverá acolher usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde<sup>(5)</sup>. No atual número da *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* o leitor poderá se debruçar sobre o artigo *Usuário da Estratégia de Saúde da Família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento* traz informações importantes que demonstram os mecanismos que assegurem a acessibilidade e acolhimento a partir da compreensão do usuário.

Dentre as estratégias para o desenvolvimento da integralidade e coordenação do cuidado, atualmente se exalta as comunidades de práticas, em que são grupos formados em torno da prática da profissão, ligados a partir da necessidade de (com)partilhamento de experiências e assim o conhecimento possa ser coletivo<sup>(6)</sup>. Os artigos *Comunidade de prática enquanto modo coletivo de aprendizagem e desenvolvimento de práticas e saberes na Estratégia Saúde da Família: um estudo teórico* ressaltam a aprendizagem derivada da troca de experiências, do compartilhamento de significados, observações, reflexões na APS.

---

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. World Health Organization - WHO. A Charter for general practice/Family medicine in Europe: working draft, discussion document [Acesso em 24 de novembro de 2011] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995. Acesso em: [http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR\\_ICP\\_GPDV\\_94\\_01\\_PB01.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_GPDV_94_01_PB01.pdf)
3. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science*. 1978;200:856-63. <http://www.sciencemag.org/content/200/4344/856>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PrimaryCareAssessment Tool PCATtool. Brasil: Ministério da Saúde; 2010.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2488, de 21 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. *Diário Oficial da União*, v. 204; 2011 Out 24, seção 1, p. 48-55.
6. Fleury A, Fleury MA. Competência e aprendizagem organizacional. In: Fleury A, Fleury MA. *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2001. p. 17-33.

### Endereço para correspondência:

Andréa Silvia Walter de Aguiar  
Rua: Monsenhor Furtado s/n  
Bairro: Rodolfo Teófilo  
CEP: 60.430-350 - Fortaleza - CE - Brasil  
E-mail: [andrea.aguiar@ufc.br](mailto:andrea.aguiar@ufc.br)