

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O MODELO EFICAZ DE CUIDADO

Data de aceite: 01/01/2024

Ana Carolina Custódio

Raphael Jinkings Sant'Ana

Robert Janett

INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde que possui uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte orienta suas funções, estruturas e operacionalização em um modelo abrangente de cuidado e nos atributos da APS, conforme Bárbara Starfield (2002)¹. Como vimos no capítulo 1 deste livro, sistemas desta natureza são capazes de responder às necessidades das pessoas, bem como oferecer cuidado coordenado, contínuo e resolutivo. No entanto, o setor da Saúde Suplementar no Brasil ainda se organiza, predominantemente, pela prestação do serviço curativo e médico-centrado², apesar de ser amplamente reconhecido que este modelo assistencial tradicional é inadequado para atingir os objetivos de um sistema de saúde contemporâneo.

Diante desse contexto, reformas estão sendo implementadas para melhorar a qualidade, a eficiência e a experiência das pessoas referente à assistência prestada. Tais modificações são apoiadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outros órgãos reguladores, bem como pelas operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

O setor também enfrenta outros desafios que incluem o envelhecimento da população e uma transformação na prevalência das doenças. Estes aspectos se expressam nas transições demográfica, por uma população cada vez mais envelhecida, e epidemiológica, de crises agudas de saúde, como doenças infecciosas, para o alto índice de condições crônicas. O envelhecimento da população é inevitavelmente acompanhado por uma maior taxa de condições incapacitantes e degenerativas. Mudanças nos hábitos da vida diária, incluindo tabagismo, sedentarismo e na dieta que resultam em obesidade e uso excessivo de álcool e

drogas, também contribuem para a aceleração do predomínio de condições crônicas de saúde, o que impacta na taxa de inflação do custo dos serviços na Saúde Suplementar. Assim, os gastos crescentes são insustentáveis e ameaçam a integridade de todo o sistema de cuidados.

Os serviços de atenção primária no setor privado de saúde é uma das principais estratégias para a sustentabilidade do sistema. Embora um modelo mais efetivo de atendimento básico estabelecido pela Estratégia da Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS) esteja em uso há décadas, a implantação generalizada de APS é relativamente recente na Saúde Suplementar.

De fato, a implantação e operacionalização de serviços de APS no setor é complexa. E, para que estes serviços sejam efetivos, é preciso considerar modelos de atenção primária abrangentes, sustentados pelos atributos essenciais da APS, integrados e centrados na pessoa, pois estes diferem e podem ser contrastados com os mais convencionais de atenção à saúde em vários aspectos. Para facilitar a compreensão destas diferenças, a seguir descreve-se uma comparação entre formas de atenção eficazes e ineficazes em APS.

MODELOS DE ATENÇÃO EM APS

Atenção Primária Convencional

A atenção primária convencional se concentra, principalmente, em indivíduos doentes e que acessam serviços presenciais de saúde. O foco destes encontros esporádicos é a avaliação e o manejo da doença, para oferecer intervenções médicas curativas. Esta maneira de cuidar das pessoas tem suas raízes na época em que o principal desafio para o sistema de saúde era a doença aguda.

Neste caso, a responsabilidade do médico se limita a oferecer aconselhamento e atendimento ao beneficiário individualmente e no momento da consulta presencial. Os cuidados são, por natureza, fragmentados, pois não se integram com outros prestadores de serviços de saúde e não se coordenam com os atendimentos prestados em outros ambientes, como hospitais, laboratórios, centros de imagem, entre outros. No modelo convencional, o atendimento é médico-centrado e conduzido somente por esse profissional. A Figura 1, a famosa e icônica obra *The Doctor*, representa esta relação médico-paciente e os anseios pela busca da cura.



Figura 1 - *The Doctor*, de Luke Fildes, 1891.

Fonte: Wikimedia Commons.

Além disso, os modelos de pagamento baseados em produção – renumeram o médico pelo volume e complexidade dos serviços, sem recompensar melhorias na qualidade ou eficiência do atendimento prestado – contribuem para este cenário. Nesta forma de remuneração, não há penalidade financeira por má qualidade da assistência ou por atendimentos desnecessários prestados aos beneficiários.

Allen e demais autores³ descrevem claramente, no *British Medical Journal*, o potencial não alcançado na atenção primária convencional, como praticada em vários países europeus, sendo as falhas atribuídas aos seguintes fatores:

- a) Ênfase em cuidados individuais e curativos;
- b) Somente aqueles com necessidade e motivação procuram atendimento;
- c) Foco inadequado nos determinantes sociais da saúde;
- d) Exacerbação na separação entre a prestação de atendimentos primários e as funções de saúde coletiva;
- e) Sistemas de pagamento por serviço prestado.

Atenção Primária integrada e centrada na pessoa

Modelos inovadores de atenção primária surgiram para enfrentar os desafios atuais do sistema de saúde. Conceitos e características de uma APS abrangente, sustentada em seus atributos e centrada na pessoa, contrastam fortemente com os princípios e a prática de atenção primária convencional.

As principais características do modelo de atenção abrangente⁴ incluem: adscrição de beneficiários com equipes específicas de prestadores de serviços de saúde; acesso avançado às consultas, atendimento multidisciplinar, responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe, a fim de fornecer intervenções baseadas em evidências confiáveis; acesso e compartilhamento de informações clínicas entre todos do time de atendimento; comunicação assertiva com os beneficiários; checklists para apoiar o fechamento de lacunas no atendimento; e busca ativa constante dos beneficiários que não visitam o serviço de APS, mas que possuem necessidades de atendimento. Além disso, a coordenação de cuidados complexos com especialistas e hospitais envolve acesso compartilhado das informações clínicas e canais abertos e seguros de comunicação.

Nesta forma de atendimento, há ainda conceitos fundamentais que são⁵:

1. **Paciente integral** – É o modelo biopsicossocial da doença. Neste conceito, as pessoas não são meramente uma coleção de órgãos ou uma série de reações bioquímicas. Pelo contrário; há uma compreensão moderna das causas da doença que considera todos os três aspectos. Sendo assim, entende-se que não se pode melhorar a saúde das pessoas concentrando-se apenas nos aspectos biomédicos da doença. Determinantes sociais de saúde, motivação e comportamento desempenham papéis essenciais no manejo de quadros agudos e doenças crônicas. Há ainda um crescente reconhecimento da alta prevalência de condições de saúde mental que podem, e devem, ser gerenciadas pela APS. O serviço de APS funciona de maneira ideal para fazer a interseção dos três aspectos - biológicos, psicológicos e sociais. No diagrama de Venn (Figura 2), é possível visualizar tal ligação.

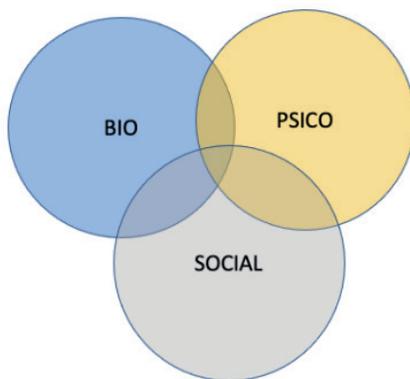


Figura 2 – Modelo biopsicossocial

Fonte: o autor.

2. **Compreender a complexidade da experiência da doença crônica na perspectiva do paciente** – Na doença crônica, um paciente normalmente consulta de quatro a 16 especialistas diferentes em um ano⁶. Este

acompanhamento, quando não coordenado, deixa enormes lacunas na comunicação, com o potencial para erros médicos durante transferências e transições de atendimento. Sem serviços de APS robustos, nenhum profissional é responsável por rastrear planos de cuidados concorrentes ou gerenciar a polifarmácia, por exemplo. Dessa forma, o paciente com doença crônica precisa de um “defensor” na APS, o qual tem o papel de monitorar a direção geral do cuidado, coordenar com especialistas e adaptar o plano de cuidados aos desejos e valores do beneficiário - este último é um componente essencial do manejo de doenças crônicas. O engajamento do paciente no autogerenciamento também é fundamental, pois melhora a adesão aos medicamentos e as outras terapias que contemplam o plano de cuidados.

3. **Confiabilidade e pontualidade** – Os pacientes merecem receber atendimentos confiáveis de saúde, bem como todos desejam cuidados que sejam facilmente acessíveis em momentos de necessidade.
4. **Triple-aim⁷ (objetivo triplo)** – O esforço do sistema de saúde como um todo para abordar e melhorar simultaneamente a saúde das populações, a experiência do paciente nos cuidados e o controle dos custos evitáveis de assistência médica.

O NOVO PARADIGMA DO ATENDIMENTO PRIMÁRIO

A APS abrangente, integrada e centrada na pessoa, envolve uma mudança para uma abordagem de cuidados que considere os desafios do sistema de saúde que foram descritos aqui e ao longo deste livro. O novo paradigma de cuidado procura abordar as inúmeras deficiências do modelo de atendimento primário convencional e obsoleto, centrado apenas na doença, no indivíduo e no médico. O novo paradigma procura-se, agora, ser proativo, pois visa antecipar-se e focar nas necessidades de saúde de uma população, enfatizando o controle e a prevenção de doenças. Para tanto, este modelo de cuidado se sustenta não só nos atributos essenciais da APS, mas também em estratégias gerencias e operacionais mais amplas que o torna mais eficaz. Dessa forma, a seguir detalha-se cada um deles.

Longitudinalidade

A longitudinalidade pressupõe o cuidado ao longo da vida e que o serviço de APS seja uma fonte regular de atenção¹. Ou seja, o novo paradigma de atendimento prevê um modelo longitudinal e não episódico. Neste contexto, relações duradouras são estabelecidas entre beneficiários e o serviço de APS, a fim de garantir a continuidade do cuidado e a responsabilidade pela saúde ao longo de todo o ciclo de vida da população ali adscrita.

O modelo de atendimento integral oferece assistência contínua para tudo que o paciente necessita, incluindo serviços de saúde preventivos e gerenciamento de doenças crônicas e de condições agudas de saúde, que possam ocorrer periodicamente.

Atenção ao primeiro contato

A atenção ao primeiro contato refere-se à acessibilidade e ao uso dos serviços de APS diante de uma necessidade de saúde, tanto no que diz respeito ao aspecto estrutural como operacional¹. Dessa forma, os serviços de APS devem ser a porta de entrada para o sistema de saúde. Também se espera que sejam de fácil acesso para o beneficiário, com tempos de espera mínimos para consultas presenciais ou virtuais, facilitando a sua utilização.

Integralidade

A integralidade, por sua vez, define-se pela capacidade do serviço de APS, por meio de recursos ou ações, que podem ser internas ou externas, em reconhecer e atender de forma resolutiva as diversas necessidades de saúde dos beneficiários¹. No atendimento integral, o trabalho é em equipe e multidisciplinar e todos compartilham as responsabilidades de cuidar do paciente. As equipes mantêm um conhecimento das exigências de saúde dos pacientes individuais, bem como de toda a população que está a elas vinculada. Além disso, buscam ativamente formas de envolvê-los nos cuidados indispensáveis. Esse duplo foco, no indivíduo e na população, é a marca deste modelo.

Coordenação do cuidado

Já a coordenação do cuidado dispõe sobre a capacidade do serviço de APS em oferecer um cuidado contínuo, seja por parte de profissionais ou por meio do prontuário do paciente. É, ainda, a possibilidade de poder referenciar o beneficiário, bem como tê-lo de volta, considerando também o compartilhamento das informações durante este processo¹.

No modelo proposto, uma atenção contínua é fornecida visando fechar as lacunas de cuidados. Para tanto, várias ferramentas e métodos são usados com o objetivo de aumentar a confiabilidade do atendimento durante todos os momentos. Ao mesmo tempo, existem sistemas para identificar beneficiários que possuem lacunas de cuidados em saúde, mas ainda não foram ao serviço de APS para resolvê-las.

O modelo também apresenta fortes princípios de integração. Estas são a **integração horizontal**, ou seja, aquela que acontece entre os membros da equipe multiprofissional no local de atendimento, e a **integração vertical**, que ocorre entre a equipe de atenção primária e especialistas, hospitais, atendimento domiciliar, diagnósticos e prestadores de importantes serviços de Saúde Suplementar. A última requer o desenvolvimento de uma rede de prestadores de cuidados que colaboram uns com os outros, para otimizar o atendimento ao paciente.

Por fim, neste modelo de atenção, as formas de remuneração privilegiam a gestão do cuidado, as métricas de saúde da população e outras medidas de qualidade, incluindo

a satisfação do beneficiário e a eficiência financeira. A Tabela 1 apresenta, resumidamente, uma comparação entre as duas formas de atendimento em APS.

Cuidado convencional	Cuidados coordenados e centrados nas pessoas
Reativo: foco na doença e na cura.	Proativo: antecipa-se e foca nas necessidades de saúde, controle e prevenção de doenças.
Episódico: relação paciente-prestador de serviço é limitada ao momento da consulta.	Longitudinal: relacionamento pessoal duradouro entre paciente e serviço de saúde.
Foco em cuidados curativos agudos e intervenções discretas.	Cuidado integral, contínuo e centrado na pessoa; gestão de doenças crônicas.
Responsabilidade limitada ao aconselhamento individual do paciente no momento da consulta.	Responsabilidade pela saúde ao longo do ciclo de vida e por uma população definida.
Os usuários são destinatários de intervenções de saúde/médicas.	As pessoas são parceiras na gestão da sua própria saúde; suas preferências são consideradas no plano de cuidados.
Atendimento desarticulado: instalações e programas autônomos e fragmentados.	Integração clínica e organizacional; forte comunicação entre os prestadores de diferentes níveis de atenção.
Médico-centrado e hospitalocêntrico.	Baseado em equipe e em rede
Incentivos para atendimentos baseados em volume e complexidade.	Incentivos à gestão do cuidado, saúde da população, qualidade e eficiência.

Tabela 1 – Características contrastantes do modelo de atendimento tradicional e do paradigma de atenção abrangente e integrada.

Fonte: adapted from La Forgia, G. Organization and Provision of Healthcare in India: Vision and Steps for Moving Forward. Presented to Niti Aayog and the Bill & Melinda Gates Foundation, Delhi, January 31, 2018.

Ainda sobre o modelo, Wagner⁴ descreveu as seguintes características fundamentais para obtenção de metas e objetivos do beneficiário e para a oferta de serviços que garantam que as necessidades de saúde sejam atendidas de maneira eficiente e confiável:

- Atendimento primário prestado por equipes multidisciplinares.
- Um painel ou população adscrita de beneficiários pelos quais uma equipe é responsável.
- Acesso avançado com horário expandido e disponibilidade de agendamento no mesmo dia.
- Expandir os cuidados para além da queixa do paciente, incluindo na consulta cuidados preventivos baseados em evidências e revisar as necessidades de manutenção da saúde a cada visita, realizada em parte pelo planejamento pré-visita.
- Gerenciar as listas de beneficiários, identificando aqueles que precisam de atendimentos e contactando ativamente os que estão em atraso quanto aos cuidados necessários.

- Expandir os papéis dos profissionais da equipe - enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepcionistas¹.
- Desenvolver relacionamentos clínicos entre os beneficiários e diversos membros da equipe.
- Promover a continuidade da equipe, evitando trocas de pessoal. Um prestador de serviços de saúde trabalha com mais consistência quando a equipe se mantém.
- Realizar reuniões regulares de equipe.
- Identificar beneficiários de maior risco e que necessitem da atenção intensificada.
- Oferecer recursos adicionais, como aconselhamento nutricional, serviços de atenção à saúde mental, de farmácia clínica e de gerenciamento de casos complexos, conforme necessidade e, principalmente, para beneficiários de alto risco.
- Ter metas concretas de qualidade, coleta e monitoramento de dados.

Outros elementos estruturantes, que fortalecem o modelo de APS abrangente, são os atributos derivados¹. Quando estes estão presentes, há maior qualificação e efetividade do cuidado.

Orientação familiar

O entendimento do contexto familiar de uma pessoa pode trazer informações fundamentais que auxiliam os profissionais de saúde nas várias dimensões do atendimento clínico, tais como: diagnóstico, tratamento e prognóstico. Para tanto, há algumas ferramentas que auxiliam na compreensão deste contexto, como, por exemplo, o genograma, o ecomapa e o ciclo de vida familiar.

O genograma consiste na representação gráfica da família do beneficiário e traduz visualmente as relações de parentesco entre diferentes gerações, além de incluir histórico de doenças, grau de proximidade, possíveis conflitos entre parentes e outras características¹⁰. O ecomapa é uma ferramenta que descreve todos os recursos e sistemas envolvidos com uma pessoa e sua família¹¹. Já o ciclo de vida da família do paciente é a compreensão da dinâmica familiar em seus momentos distintos, haja vista que pode existir modificações nas relações e na sua estrutura familiar. O entendimento do ciclo de vida atual pode ajudar na antecipação de problemas, auxiliando na tomada de decisões para mitigá-los¹². Dessa forma, percebe-se que a abordagem familiar pode trazer importantes informações que ajudam no entendimento das apresentações e conduções de alguns problemas de saúde.

¹ Em outros países há na equipe o assistente médico. Uma tarefa importante do assistente médico nesses ambientes é auxiliar na manutenção de registros do encontro clínico como “escrevente”, documentando cuidadosamente o encontro clínico no RME, em tempo real, enquanto o médico cuida do paciente⁸. Foi demonstrado que “escreventes” documentam notas clínicas que são tão precisas ou mais do que as de um médico⁹, no entanto, esta função não é reconhecida e legalizada no Brasil.

Competência cultural

Pelo fato de a APS funcionar como porta de entrada das pessoas em um sistema de saúde, as equipes que nela atuam se deparam com uma variedade importante de pessoas com identificações étnicas e culturais distintas. Não é raro haver situações em que a cultura do profissional de saúde e a do beneficiário são distintas, a ponto de ocorrer algumas dificuldades no encontro clínico, quanto à compreensão da doença e da terapêutica. A forma de resolver essas e outras possíveis diferenças é o que se chama de competência cultural¹.

É fundamental que o profissional entenda a sua própria cultura e o quanto ela influencia as suas ações. Esta atitude é um exercício que auxilia na compreensão do outro. O encontro que ocorre dentro dos serviços de APS deve promover um acordo entre visões distintas que objetiva o mesmo fim: a saúde¹¹. Este respeito à cultura do beneficiário, e o fato de ela ser levada em conta na hora das decisões clínicas, contribui para o fortalecimento do vínculo entre ele e o profissional e pode melhorar a adesão aos tratamentos.

Abordagem comunitária

O olhar para a comunidade possibilita, dentre outras coisas, a obtenção de uma maior equidade, visto que os recursos empregados por um serviço devem se adequar às necessidades da população que abarca¹.

O termo comunidade relaciona-se ao grupo atendido por um serviço de saúde. No SUS, ela é definida como a população que vive em um território definido. Já no contexto da Saúde Suplementar, não existe essa demarcação territorial, mas uma carteira de beneficiários para os quais o serviço de APS se compromete a prestar os cuidados. Para se conhecer as necessidades da carteira, é fundamental caracterizá-la, identificando, por exemplo, os seus principais problemas de saúde, o perfil demográfico, a frequência e a forma de utilização deste serviço pelos beneficiários¹, realizando, assim, a gestão de saúde populacional, conforme abordagem descrita no capítulo 4 deste livro.

Além disso, o enfoque em uma carteira definida é utilizado como uma das formas de se avaliar o impacto de um serviço de saúde. A análise das taxas de mortalidade ou morbidade decorrentes de doenças preveníveis, a taxa de hospitalização ou de procura de pronto-socorro por problemas sensíveis à atenção primária e a incidência de problemas passíveis de rastreamento, entre outros indicadores, podem contribuir para avaliar as qualidades e as deficiências de um serviço¹.

ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO DE MODELO DE APS ABRANGENTE, SUSTENTADAS NOS ATRIBUTOS E CENTRADAS NA PESSOA

A seguir, descreve-se as atividades de cuidado que ocorrem idealmente em um serviço de APS eficaz, bem como define-se a estrutura e a função do modelo de atendimento aplicado na prática diária.

Adscrição da carteira

Um beneficiário e sua família estão vinculados a uma equipe de saúde formada, muitas vezes, pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. O atendimento em conjunto demonstrou melhorar a qualidade e a capacidade de cuidar de mais pacientes, otimizando a agenda médica. Neste contexto, o técnico de enfermagem e o enfermeiro podem desempenhar diversas funções como rastreamento de câncer, prestação de serviços preventivos, agendamento de consultas com especialistas e obtenção de exames laboratoriais orientados por protocolo, entre outras. Esses processos e caminhos clínicos tornam o atendimento mais confiável e resultam em visitas mais eficientes e eficazes.

O agendamento de acesso avançado permite que o paciente obtenha, de forma confiável, os serviços de atendimento primário, com tempos de espera mínimos. Quando o método de acesso é implementado adequadamente, um beneficiário pode ligar e marcar uma consulta no mesmo dia ou no dia seguinte.

O próximo passo envolve uma mudança de foco. Conforme descrito acima, em relação ao modelo de atendimento tradicional, a equipe de saúde estava acostumada a atender, principalmente, as necessidades de saúde dos pacientes que chegam ao serviço em um determinado dia. Sob o modelo abrangente, esse foco nas necessidades individuais do beneficiário é mantido; mas é ampliado para monitorar as necessidades de saúde de todos os beneficiários da carteira da equipe. Essa abordagem dupla – um foco no beneficiário que se apresenta para atendimento, ao mesmo tempo em que mantém a consciência das necessidades não atendidas do subconjunto de beneficiários que não comparecem ao serviço – é a chave para melhorar a confiabilidade no gerenciamento de saúde da população. Aqui, a equipe é responsável pelos resultados de saúde para ambos os grupos de pacientes: aqueles que voluntariamente optam por buscar atendimento no serviço de APS e para aqueles que ainda não o acessaram.

É sempre um desafio envolver alguns subgrupos de beneficiários no acompanhamento adequado. Eles geralmente não agendam ou não cumprem as consultas de acompanhamento, e ocorrem lacunas. Os sistemas de saúde estão constantemente tentando melhorar seu desempenho nas taxas de rastreamento de câncer, vacinas e outros serviços preventivos, além de aprimorar a gestão de doenças crônicas (como controle glicêmico e da pressão arterial em diabetes, acompanhamento de resultados de exames anormais e adesão ao uso de medicamentos inaladores de controle na asma). Os registros de pacientes identificam aqueles que não se apresentam para os atendimentos, mas que possuem importantes necessidades. Para isso, a equipe realiza a busca ativa, por meio de várias formas de contato, a fim de motivá-los a se envolver nos cuidados da própria saúde.

Prevenção e triagem

A triagem de saúde e a prestação de serviços preventivos devem ser realizadas em todas as oportunidades. Embora o acompanhamento regular seja incentivado, os beneficiários que se apresentam para cuidados agudos ou visitas de gerenciamento de doenças crônicas também recebem serviços preventivos. Cada interação com um paciente oferece à equipe a oportunidade de atender às necessidades até então não assistidas – prevenção, triagem, monitoramento de doenças crônicas e cuidados para problemas de saúde agudos.

As triagens são organizadas de acordo com protocolos baseados em evidências, segmentados por idade e sexo. No momento da visita, na triagem e nos serviços preventivos, as lacunas são destacadas em uma lista de verificação preenchida previamente ao atendimento. No cenário ideal, essa relação é integrada a um registro eletrônico e acessível a todos os membros da equipe. Os dados são mantidos para todos os beneficiários, e eles também geram listas daqueles que estão atrasados para procedimentos de saúde preventiva. A equipe realiza a busca ativa destes beneficiários para oferecer exames de saúde e serviços preventivos de forma confiável.

Manejo de doenças crônicas

A doença crônica é gerenciada e coordenada da mesma forma, de acordo com os princípios das diretrizes de cuidados baseados em evidências. Para as comuns, como diabetes e hipertensão, o atendimento é organizado conforme protocolos estabelecidos. O conceito de planejamento nesses casos também envolve conhecer e antecipar as necessidades do beneficiário quanto aos testes, diagnósticos e intervenções terapêuticas, a fim de atingir os objetivos definidos. E estes podem incluir parâmetros de controle da pressão arterial, triagem de retinopatia diabética, alcance de metas de hemoglobina glicada, entre outros. O objetivo geral do manejo de doenças crônicas é, sempre que possível, evitar as complicações secundárias previsíveis.

Assim como na abordagem de serviços preventivos e de triagem, o manejo de doenças crônicas envolve uma combinação de planejamento de visitas, lembretes e listas de verificação no momento da consulta. Deve haver também registros para orientar o atendimento aos beneficiários que não se apresentam em tempo hábil para as ações programadas. O compartilhamento de tarefas, a delegação de responsabilidades e a prática colaborativa são as marcas do atendimento em equipe, que também atua junto a especialistas e hospitais, em caso de doença grave.

Interações centradas no beneficiário

Acima de tudo, o principal objetivo do modelo de atenção integral centrado na pessoa é compreender as metas e objetivos do beneficiário para sua própria saúde e atendimento. Isso é fundamental. Como disse Maureen Bisognano, do Institute for Healthcare Improvement, *“precisamos perguntar ao paciente: ‘O que importa para você?’”*. Em quase todas as consultas, a primeira pergunta para o beneficiário é: *“Quais objetivos você tem para a visita de hoje?”* A resposta a esta pergunta orienta e informa todas as outras atividades nessa visita ao serviço de APS.

Planejamento assistencial e antecipação das necessidades dos beneficiários

O planejamento assistencial garante bons resultados no modelo de cuidado em APS abrangente, ocorrendo em quatro categorias. A saber:

- 1. Planejamento pré-visita** – Esta fase envolve algumas tarefas que são realizadas no dia anterior à visita e outras, no dia. Na véspera, os membros da equipe revisam o prontuário e fazem listas de triagem, serviços preventivos e intervenções de doenças crônicas. Há a inserção de dados em fluxogramas ou listas de verificação para as condições relevantes do beneficiário. São reunidos, ainda, dados e comunicações (cartas de especialistas, registros de pronto-socorro, resultados de laboratório e de imagem) que ocorreram fora do serviço de APS, para que estes documentos estejam prontamente disponíveis para revisão do responsável pelo atendimento, no momento da consulta.
- 2. Planejamento e organização da prestação de serviços de atendimento no momento do encontro** – Trata-se da lista de tarefas que devem ser realizadas, e ficar acessível a todos os membros da equipe. Isso ajuda na organização de todos para o atendimento. Conforme observado abaixo, a equipe se reúne antes de cada sessão para dividir os trabalhos e ter certeza de que todos sabem seu papel no encontro antes da chegada do primeiro paciente. Na visita, o objetivo é, então, executar o plano. Quando o beneficiário faz o check-in, a recepcionista entrega a ele os formulários de triagem de saúde relevantes para serem preenchidos antes que o atendimento aconteça, juntamente com uma cópia da lista atual de medicamentos para que possa ser revisada e corrigida. Pode haver uma pré-consulta com a enfermeira, que completa ou organiza todos os testes de triagem necessários, como exames laboratoriais e imunizações. Os encontros com os demais profissionais da equipe, quando necessário, acontecem antes ou depois da consulta com o médico. Todos os membros da equipe checam a lista de verificação, garantindo que os serviços necessários sejam destacados e implementados no momento do atendimento.
- 3. Planejamento pós-visita** – Após a visita ao consultório, mas antes do beneficiário sair, o serviço de APS define o intervalo de acompanhamento até a próxima consulta. Quaisquer outros testes ou encaminhamentos são organizados enquanto o paciente está presente no consultório. Dessa forma, ele sai com datas e horários específicos para exames diagnósticos ou consultas com especialistas. O beneficiário recebe, então, um resumo escrito da visita que

inclui instruções, consultas de acompanhamento, medicamentos atualizados e um plano de cuidados que destaca as próprias metas e objetivos dele. Por fim, todos os documentos em papel gerados na visita são digitalizados para o registro eletrônico, para fácil referência futura.

- 4. Planejamento entre as visitas ao serviço** – Entre as visitas ao consultório, a equipe de atendimento se envolve em revisão regular de dados e busca ativa usando os registros, conforme descrito anteriormente. Isso evita as lacunas que poderiam ocorrer, se os pacientes não retornassem para consultas ou intervenções necessárias.

Reuniões entre o corpo clínico

Existem três tipos de reuniões que são regulares e indispensáveis. No início de cada dia de atendimento, a equipe se reúne por cinco ou dez minutos para revisar as intervenções de atendimento aos beneficiários programados para o dia. Essas tarefas são, então, atribuídas aos membros apropriados da equipe. Semanalmente, os profissionais, durante 30 minutos, planejam o atendimento dos pacientes de alto risco, doentes crônicos ou daqueles com atrasos para exames de saúde e serviços de prevenção. Por fim, a equipe se reúne mensalmente, por 90 minutos, para revisar as políticas, procedimentos, linhas de cuidado, estratégias de atendimento, treinar novas iniciativas e revisar casos clínicos notáveis.

COMO AVALIAR A ADESÃO AOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS

A fim de atingir os objetivos desejados, um serviço que se proponha atuar na lógica da APS deve ter ferramentas para monitorar os resultados da aplicação dos atributos próprios deste nível de atenção à saúde. As ferramentas auxiliam a comparar serviços diferentes e a obter dados objetivos que ajudam na tomada de decisão para melhoraria contínua do atendimento. Dentre as várias características da APS, alguns pontos centrais podem e devem ser monitorados, como a facilidade de acesso ao serviço (atenção ao primeiro contato), a abrangência dos serviços oferecidos (integralidade), a capacidade de manter os cuidados de longo prazo (longitudinalidade) e a integração entre a equipe e os serviços de saúde especializados (coordenação do cuidado)¹.

A facilidade de acesso pode ser avaliada levando em consideração aspectos como horário de funcionamento do serviço, alternativas para atendimentos noturnos ou aos finais de semana, tempo de espera para iniciar uma consulta e agilidade de agendamento¹. A integralidade se relaciona com a carteira de serviços oferecidas no local, como assistência a casos agudos, gerenciamento de doenças crônicas, pequenos procedimentos, realização de curativos, imunizações, realização de rastreios, orientações de prevenção e promoção à saúde, consultas com nutricionistas ou psicólogos, dentre outros serviços¹.

Já a longitudinalidade pode ser avaliada considerando a frequência com que os pacientes costumam procurar o serviço, tanto para manter o acompanhamento de problemas crônicos quanto para questões pontuais ou burocráticas relacionadas à saúde (queixas agudas, prevenção, atestados). Leva-se em conta, também, o vínculo formado e o grau de confiança e abertura que os beneficiários têm em relação à equipe¹. No que diz respeito à coordenação do cuidado, observa-se a facilidade de acesso a informações importantes relacionadas a uma pessoa. Para isso, é necessário um sistema de prontuário eletrônico bem-estruturado e ferramentas para referência e contrarreferências, após atendimentos especializados ou depois de internações¹, conforme já descrito neste capítulo.

Para facilitar a avaliação dos atributos da APS, existem vários questionários que informam o grau de adesão a eles. O mais usado e validado para a população do Brasil é o Primary Care Assessment Tool (PCAT)¹³, que consta de uma série de perguntas abrangendo cada um dos atributos. Ele pode ser aplicado tanto para usuários do serviço quanto para profissionais e gestores. Dessa forma, é possível obter informações objetivas para averiguar se um serviço está comprometido com as características da APS e recolher dados que auxiliam na melhora dos serviços e na alocação de recursos.

PRINCIPAIS COMPONENTES E FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE DADOS

O modelo abrangente e integrado de atenção primária centrado na pessoa funciona melhor quando sustentado por sistemas de dados que incluem um prontuário eletrônico. Este, quando bem-organizado, oferece recursos e funções que melhoram as operações e a qualidade do serviço de APS, tornando-o mais confiável e seguro para os pacientes¹⁴. A seguir, descreve-se alguns pontos importantes sobre este item.

Melhora da qualidade do atendimento

Melhorar a qualidade dos atendimentos é um desafio em todos os sistemas de saúde. Mas, para isso, é necessário que haja uma abordagem sistemática que use métricas para informar os resultados alcançados. Estas são aplicadas a muitos componentes do cuidado, incluindo acesso e disponibilidade do serviço de APS, eficiência do fluxo, satisfação dos beneficiários, gerenciamento de doenças crônicas, prestação de serviços preventivos, uso eficaz de serviços de cuidados agudos, transições e coordenação do cuidado, entre outros. Os registros eletrônicos demonstraram aprimorar o desempenho em uma variedade de indicadores de qualidade, em comparação com as práticas que usam registros em papel^{15,16}.

Todavia a melhoria da qualidade requer mais do que um registro eletrônico. Sistemas de atendimento, linhas de cuidado e fluxos de trabalho mais eficazes e confiáveis, guiados por informações contidas no prontuário eletrônico, são necessários para a melhoria sustentável do desempenho^{17,18}. Com padrões estabelecidos de atendimento e protocolos clínicos, conforme discutido anteriormente (alertas, listas de verificação, registros, busca ativa, envolvimento do beneficiário e relatórios), que são codificados no software, o registro

eletrônico pode apoiar os esforços da equipe clínica para otimizar a estrutura, o processo e os resultados do serviço de APS. A Tabela 2, a seguir, fornece exemplos de fluxos de trabalho, guiados por informações contidas em um registro eletrônico, que melhoram de forma confiável o desempenho nas medidas de tratamento do diabetes. Ao incorporar o trabalho de aprimoramento da qualidade nas atividades de atendimentos diários, a melhoria do desempenho é sustentada ao longo do tempo¹⁴.

Intervenção de Melhoria da Qualidade	Função RME	Fluxo de trabalho	Exemplo
Reduzir variações injustificadas no cuidado.	Protocolos de cuidados integrados e diretrizes de prática clínica.	Orientar todos os membros da equipe multiprofissional sobre as normas de atendimento ao beneficiário com diabetes.	Adotar os padrões de atendimento da American Diabetes Association para adultos com DM tipo II e incorporar esses padrões de atendimento no RME.
Aumentar a confiabilidade do modelo de atendimento, melhorando a adesão do serviço aos protocolos de atendimento para DM tipo II e diretrizes de prática clínica.	Checklist.	Sinalizar beneficiários que se apresentam para atendimento e que devem ser submetidos a intervenções clínicas.	1) A1c duas vezes por ano; 2) Microalbumina de urina anualmente; 3) Exame de retinopatia; 4) Exames do pé diabético duas vezes por ano; 5) Pressão arterial acima do alvo padrão.
	Lista de pacientes por linha de cuidado.	Sinalizar beneficiários que precisam de intervenções clínicas, mas que não se apresentam para atendimento.	Episódio prévio de angioedema devido a inibidores da enzima conversora de angiotensina. Episódios anteriores de pancreatite induzida por drogas relacionada à dulaglutida.
	Alertas de práticas recomendadas.	Alertar os membros da equipe multidisciplinar para essas possíveis lacunas no atendimento.	Potencial para hipoglicemia devido à coadministração de sulfonilureias e antifúngicos azólicos.
Reduzir os erros de medicação e melhorar a adesão à medicação no tratamento do diabetes.	Listas de alergia.	Alertar o prescritor para a presença de alergias a medicamentos para evitar danos ao beneficiário	As prescrições são transmitidas diretamente para a farmácia, evitando erros de transcrição e erros na interpretação da caligrafia
	Funções de interação medicamentosa.	Alertar o prescritor para interações medicamentosas para evitar danos ao beneficiário.	Detectar falha no reabastecimento de medicamentos prescritos.
	Prescrição eletrônica.	Evitar erros de prescrição devido a falhas de comunicação entre o prescritor e a farmácia.	Potencial para hipoglicemia devido à coadministração de sulfonilureias e medicamentos antifúngicos azólicos.

Tabela 2 - Exemplos de Registro Médico Eletrônico (RME) e Fluxos de Trabalho para Apoiar as Atividades de Melhoria da Qualidade no Ponto de Atendimento a Pacientes com Diabetes Mellitus.

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, "Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned," *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020

Apoio ao atendimento em equipe

Conforme descrito anteriormente, o atendimento em equipe é um componente essencial do serviço de APS integrado e abrangente, e um registro eletrônico que funcione bem pode ser implantado estrategicamente para apoiar as funções da equipe multidisciplinar^{4, 8, 19}.

Com intervenções de rotina gerenciadas²⁰ por um protocolo orientado por sistema de informação que oferece suporte às atividades dos demais membros da equipe, o médico pode dedicar sua energia e tempo para estabelecer e fortalecer a relação médico-paciente^{8,20,21} e atender às sutilezas de formular diagnósticos difíceis, engajar-se em tomadas de decisão compartilhadas e sanar as necessidades psicossociais dos beneficiários. A Tabela 3 exemplifica um fluxo de trabalho da equipe multidisciplinar sustentado por um prontuário eletrônico do paciente (PEP)¹⁴.

FLUXO DE TRABALHO	EXEMPLOS	FUNÇÃO NO PEP
Fechar as lacunas de cuidados identificadas durante o processo de planejamento pré-visita:		
1) Triagem de saúde e intervenções de cuidados preventivos.		Checklists, listas de controle, protocolos clínicos incorporados e ordens permanentes.
2) Gerenciamento e exames de doenças crônicas.	Teste A1C no local de atendimento, agendamento de exame oftalmológico para diabéticos.	
3) Alertar o médico sobre as intervenções necessárias.	Pressão arterial medida acima do alvo e remoção dos sapatos para exame de pé diabético.	
Reconciliação de medicamentos.	Reconciliar lista de medicamentos com beneficiário e família.	Listas de medicamentos e alergias.
Funções que o técnico de enfermagem pode realizar ou os assistentes médicos.	Documente o histórico do paciente, exame físico, avaliação, diagnóstico e plano, feitos ao longo da visita.	Modelos, campos relatáveis, tabelas de consulta de diagnóstico.
Realizar de forma confiável todas as intervenções clínicas solicitadas na visita.	Agendamento de consultas especializadas e de visitas de acompanhamento, solicitação de exames de imagem não rotineiros e laboratórios.	Protocolos de comunicação da equipe por meio de mensagens seguras e checklist das intervenções após a visita.
Evitando lacunas no atendimento durante o processo de planejamento entre as visitas:		
1) Identificar beneficiários que não compareceram à unidade de saúde no prazo desejado.	Entrar em contato com eles e envolvê-los nos cuidados de acompanhamento.	Registros de pacientes e agenda para buscar aqueles que não possuem consultas marcadas.
2) Identificar beneficiários que necessitam de suporte avançado para condições crônicas ou por fragilidade.	Serviços de gestão de casos de saúde médica e comportamental, extensão de trabalho social	Registros de pacientes, módulo de estratificação de risco
3) Identificar beneficiários com indicadores de doença mal controladas.	Identificar e alcançar beneficiários com hiperglicemia, hipertensão não controlada ou que estão atrasados para acompanhamento.	Registros de beneficiários, links para dados de laboratório, imagem e monitoramento domiciliar.

Tabela 3 - Exemplos de Fluxos de Trabalho Suportados por Equipes Multidisciplinares e um PEP.

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, "Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned," *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020.

Ferramentas eletrônicas para facilitar a comunicação

Um registro eletrônico de qualidade apoiará a comunicação eficaz e eficiente entre os membros da equipe multidisciplinar no local (coordenação horizontal) e entre médicos de atendimento primário, especialistas, hospitais, laboratórios, centros de imagem e outros prestadores de serviço (coordenação vertical).

A transferência de responsabilidade pelo atendimento de um paciente, durante as transições dele, é um momento de alto risco. Estima-se que 80% dos erros médicos graves resultam de falhas de comunicação durante essas transferências²¹. A melhor comunicação bidirecional – entre o serviço de APS, especialistas e hospitais durante os períodos de transição de atendimentos – é suportada por funções de mensagens seguras e pela capacidade dos prestadores de encaminhar informações clínicas de forma transparente entre si. Isso é feito com um registro comum compartilhado por todos os membros de um sistema de atendimento integrado ou usando protocolos de troca de informações de saúde para vincular sistemas de registros distintos. Compartilhar dados, comunicar ideias, conselhos e organizar a referência e contrarreferência promovem a colegialidade, a confiança e a colaboração entre o serviço de APS e os especialistas¹⁴.

A gestão eficaz das transições de atendimentos requer, porém, mais do que apenas uma boa comunicação. Também envolve coordenação, padronização de processos de trabalho, treinamento e prestação de contas²². As responsabilidades do médico solicitante e do médico receptor devem ser estabelecidas antes da transferência. A Tabela 4 traz algumas orientações sobre as práticas adequadas para a integração vertical¹⁴.

Melhores práticas de comunicação para integração vertical
<ul style="list-style-type: none">• Informações importantes são facilmente visíveis e fáceis de entender.• Uma nota eficaz de um médico da APS para um especialista ou hospital tem o motivo do encaminhamento, histórico pertinente, achados físicos e resultados de exames relevantes.• Recomendações e conclusões de especialistas são destacadas no relatório de volta ao médico do atendimento primário.• As comunicações de alta hospitalar detalham os diagnósticos finais, os resultados dos testes, as mudanças de medicação e o momento do acompanhamento adequado.
Boas práticas para o gerenciamento de medicamentos
<ul style="list-style-type: none">• Atenção em cada encontro à reconciliação medicamentosa.• Compartilhamento da lista atual de medicamentos com todos os prestadores.• Uso de software de interação medicamentosa.• Referência cruzada automatizada de alergias e prescrições.• Prescrição eletrônica.• Incluem informações de custo e cobertura do plano de saúde para prescrever de forma econômica.
As melhores práticas em relação às listas de verificação incluem:
<ul style="list-style-type: none">• Informações compartilhadas e acessíveis a todos os membros da equipe multidisciplinar.

- Atualização automatizada de dados no PEP, minimizando a necessidade de atualizações manuais de campos de dados.
- Flexibilidade para variar o intervalo de tempo desejado entre as intervenções. Por exemplo: acompanhamento de uma mamografia em 6 meses, um ou dois anos.
- Flexibilidade para marcar determinadas intervenções como “não consistentes com os objetivos do atendimento”. Por exemplo: interromper o rastreamento do câncer de cólon em pacientes com expectativa de vida inferior a dez anos.
- Atualizar as especificações da lista de verificação periodicamente à medida que as diretrizes clínicas baseadas em evidências mudam ao longo do tempo.

Tabela 4 - Orientações sobre as práticas adequadas para a integração vertical

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, “Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned,” *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020

No que diz respeito à integração horizontal, os membros das equipes multidisciplinares devem ser capazes de se comunicar e compartilhar facilmente informações clínicas. As quatro fases do planejamento de atendimentos, conforme descrito acima, devem ser apoiadas por sistemas de informação. A Tabela 5 descreve este funcionamento¹⁴.

Fase de Planejamento	Função PEP	Fluxo de Trabalho	Exemplo
Pré-visita	Lista de verificação	Atribuir tarefas a membros específicos da equipe antes que o beneficiário chegue ao consultório.	Equipe multidisciplinar se reúne antes dos atendimentos para identificar pacientes com lacunas de cuidado.
Durante a visita	Listas de controle, de medicamentos e de imunização.	Realizar testes de triagem, imunizações e de gerenciamento de doenças crônicas e tratamento. Reconciliação de medicamentos.	Fornecer de forma confiável os serviços necessários no momento do encontro.
Depois da visita	Entrada eletrônica de pedidos. Módulo de gerenciamento de referências. Resumo da visita.	Agendar consultas com especialistas e exames auxiliares. Organizar exames laboratoriais solicitados na visita. Agendar uma consulta de acompanhamento. Rever prescrições e acompanhar os cuidados.	Concluir de forma confiável todas as tarefas solicitadas na visita. Assegurar que o paciente compreenda o plano de acompanhamento.
Entre visitas	Registros.	Identificar e contactar os beneficiários que não foram acompanhados no intervalo apropriado. Identificar aqueles com parâmetros clínicos fora das metas estabelecidas.	Detectar pacientes que apresentam lacunas de cuidados e não estão agendados para acompanhamento. Atendimento ativo a estes beneficiários.

Tabela 5 - Quatro Fases do Planejamento de Atendimento Suportado por PEP.

Fonte: R. Janett and P. Yeracaris, “Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned,” *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020

CONCLUSÃO

A Saúde Suplementar brasileira agora oferece aos seus beneficiários serviços de APS com frequência cada vez maior, mas é importante notar as diferenças entre um modelo de atendimento tradicional e o novo paradigma descrito neste capítulo. Os sistemas de saúde estão evoluindo para atender às necessidades em constante mudança de indivíduos e populações. O modelo tradicional, de atendimento individualizado, episódico, reativo e fragmentado, nunca foi projetado para responder aos desafios atuais do envelhecimento da população, do aumento da prevalência de condições crônicas e da demanda de integração com prestadores em todos os níveis de atenção à saúde cada vez mais complexos. O novo paradigma de atendimentos abrangentes, sustentados pelos atributos essenciais da APS e centrados na pessoa, é cuidadosamente projetado para oferecer aos beneficiários o tipo de atendimento seguro, eficaz e acessível que eles merecem. A seguir, descreve-se, resumidamente, as principais características deste modelo:

- Adscrição de uma população de beneficiários, sendo cada um deles vinculado a uma equipe do serviço de APS.
- Agendamento por acesso avançado e facilidade de contato com os prestadores via telefone e internet.
- Ferramentas para melhorar a confiabilidade do atendimento em cada encontro.
- Serviços preventivos realizados em todas as oportunidades de contato com o beneficiário.
- Busca ativa daqueles beneficiários que precisam de serviços e gerenciamento.
- Definição das metas, desejos e objetivos do beneficiário, adaptando-os ao plano de cuidados para estar de acordo com as preferências dele.
- Expansão das funções de cada membro da equipe multidisciplinar.
- Coordenação dos atendimentos de cada beneficiário em situação complexa.
- Estabelecimento de uma rede de especialistas e hospitais e integração dos atendimentos para melhorar a colaboração e a coordenação dos serviços.
- Uso de sistemas de dados que destacam beneficiários complexos e lacunas de cuidados, com dados acionáveis e oportunos, disponíveis no momento do atendimento.
- Medidas e diretrizes de melhoria de qualidade incorporados no fluxo de trabalho diário do serviço de APS.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002
2. Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua - Coordenação e organização José Cechin. – Londrina: Midiograf, 2020.
3. Allen, S. Barkely, J. DeMaeseneer and et al, “Unfulfilled potential of primary care in Europe,” BMJ (online), 2018.
4. E. Wagner, K. Coleman and R. Reid, “Guiding transformation: how medical practices can become patient-centered medical homes,” The Commonwealth Fund, vol. 1582, pp. 1-25, 2012.
5. R. Janett and K. Meisinger, “Primary Care Reform at the Cambridge Health Alliance: Patient-Centered Care for Improved Quality, Reliability, and Outcomes,” in Usifamia: Um Modelo Inovador de Atenção Integral na Saúde, Belo Horizonte, Ramos, Luis Marcio Araujo Alvares de Andrade, Adewu Monteiro de Souza, Fernanda Soares de Souza Lima, Mauro Oscar Nunes de Moraes, Edgar: Folium Editorial, 2016
6. A. Mehrotra, C. Forrest and C. Lin, “Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States,” The Millbnak Quarterly, vol. 89, no. 1, pp. 39-68, 2011.
7. M. Bisognano, “Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs,” International Journal of Health Care Quality Assurance, vol. 25, no. 7, pp. 3-11, 2012..
8. S. Sinsky and T. Boddenheimer, “Powering-up primary care teams: Advanced team care with in-room support,” Annals of Family Medicine, vol. 17, no. 4, pp. 367-371, 2019.
9. A. Misra-Herbert, L. Amah, A. Rabovsky and et al, “Medical scribes: How do their notes stack up?,” Journal of Family Practice, vol. 65, no. 3, pp. 155-159, 2016.
10. Asen E, Tomson D, Young V, Tomson P. Ten minutes for the family: Systemic interventions in primary care. Londres: Routledge; 2004.
11. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, Organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática [recurso eletrônico]. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
12. Carter B, McGoldrick M, Organizadores. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia de familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
13. Harzheim E, Oliveira MMCd, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2013;8(29).
14. R. Janett and P. Yeracaris, “Electronic medical records in the american health system: Challenges and lessons learned,” Ciencia e Saude Coletiva, vol. 25, no. 4, pp. 1293-1304, 2020.
15. P. Campanella, E. Lovato and C. Marone, “The impact of electronic health records on healthcare quality: A systematic review and meta-analysis,” European Journal of Public Health, vol. 26, no. 1, pp. 60-64, 2016.

16. J. Gill, E. Ewen and M. Nsereko, "Impact of an electronic medical record on quality of care in a primary care office," *Delaware Medical Journal*, 2001.
17. American-College-of-Physicians, *Patient Safety in the Office-Based Practice Setting*, Philadelphia: American College of Physicians, 2017.
18. AHRQ, "Patient Safety Primer--Ambulatory Care Safety," [Online]. Available: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/16/patient-safety-in-ambulatory-care>. [Accessed 10 09 2019].
19. T. Bodenheimer, "Building Powerful Primary Care Teams," *Mayo Clinic Proceedings*, pp. 1135-1137, 2019.
20. P. Anderson and M. Halley, "A new approach to making your doctor-nurse team more productive," *Family Practice Management*, pp. 35-40, 2008.
21. D. Solet, J. Norvell and G. Rutan, "Lost in translation: Challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs," *Academic Medicine*, pp. 1094-1099, 2005.
22. The Joint Commission, "Transitions of Care: The need for a more effective approach to continuing patient care," 2018. [Online]. Available: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf. [Accessed 10 09 2019].