

APS NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Data de aceite: 01/01/2024

Carla Biagioni

Lourdes De Marchi Capeletto

CONCEITO DE APS PARA O USUÁRIO

Conceituar Atenção Primária à Saúde (APS) para os profissionais da área já é uma tarefa difícil e fazer isto para os usuários é ainda mais desafiador quando consideramos que a APS no Brasil é vista como impeditiva, generalista e imposta apenas com o objetivo de diminuir custos, seja no SUS ou na Saúde Suplementar. Portanto, vale contextualizar historicamente a APS e compreender a necessidade da vivência e da experimentação do modelo proposto.

A preocupação com os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado da tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar soluções para o equilíbrio

das ações e melhores resultados no atendimento da população, na tentativa de diminuir a mortalidade infantil, a falta de acesso à saúde básica e as precárias condições sociais e sanitárias.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre os países participantes para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. A política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no ano 2000”. A declaração de Alma-Ata, como foi chamado o acordo entre 134 países participantes, defendia a seguinte definição de APS, denominada de cuidados primários em saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas

ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978)

A declaração de Alma-Ata propõe algo além de cuidados básicos em saúde, pois alerta para os cuidados com saneamento, nutrição, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, planejamento familiar e fornecimento de medicações básicas.

Neste sentido, a declaração concebe a saúde como um direito humano, a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimento nas políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas. A compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (Matta, 2005).

No início dos anos 80, as concepções de APS foram incorporadas ao ideário reformista, rompendo com o modelo médico-privatista. Neste período, houve a crise do modelo médico previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas nasceram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da Previdência Social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Tais experiências mais a Constituição de 1988 e sua regulamentação em 1990 tornaram possível a construção de uma política de APS visando a reorientação do modelo assistencial, tornando-se contato prioritário da população com o sistema de saúde. Os conceitos da APS são universalidade, descentralização, integralidade e a participação popular conforme Política Nacional de Atenção Básica:

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios

da *universalidade*, *acessibilidade* e *coordenação do cuidado*, *vínculo* e *continuidade*, *integralidade*, *responsabilização*, *humanização*, *equidade*, e *participação social*. (Brasil, 2006)

Atenção Primária à Saúde é uma estratégia de organização voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas. Se o conceito já era amplamente estabelecido nos Estados Unidos e Inglaterra desde a década de 1970, no Brasil o marco da sua implantação ocorreu em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em caráter inovador e, três anos depois, em 1994, ele foi ampliado e instituído como Programa Saúde da Família.

A forma como o Brasil institucionalizou a APS, entendendo tratar-se de política necessária apenas para a população de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica, distanciou-se do caráter universalista da declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (Mattos, 2000).

Atualmente a principal estratégia da configuração da ABS no Brasil é a Saúde da Família, aprofundando os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é definido para a população adscrita na região.

A frase “saúde não tem preço, mas tem custo” define o grande desafio em organizar acesso à saúde, melhores condições de diagnóstico, agilidade nos tratamentos e políticas assertivas para todos. Todavia, o conceito de “baixa complexidade da APS”, equivocadamente, instiga sua desvalorização refletindo nos desafios encontrados principalmente no que se refere à credibilidade do seu propósito.

Essa visão distorcida de complexidade leva, consciente ou não, a uma banalização da atenção básica à saúde e a uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis de “maior complexidade”.

Para que tenhamos maior êxito na prática, os profissionais que trabalham na APS precisam ser extremamente capacitados para atender, gerenciar e coordenar o cuidado, demonstrando clareza na abordagem aos pacientes, conhecimento técnico para transmitir confiança e credibilidade na orientação, fazendo com que o usuário sempre retorne ao seu atendimento por entender que a APS é capaz de cuidar da sua saúde. Conceito de vínculo, abordado no capítulo Vínculo do usuário.

VÍNCULO DO PACIENTE COM A APS

São variadas as razões que levam os pacientes a procurarem por um atendimento em saúde: o surgimento de mazelas agudas, acompanhamento das morbidades antigas, norteados por apoio, orientações ou necessidades de encaminhamentos para outros

níveis de assistência. Esta iniciativa pode ocorrer voluntariamente pelo paciente, quando referencia o serviço ou, ainda, atendendo à solicitação de um profissional ou à convocação do serviço de saúde, conforme aponta Starfield p. 61(1) ao abordar a capacidade e o desempenho da APS.

Pesquisar nuances da relação paciente-profissional de saúde tem sido um tema explorado ao longo dos anos. Os resultados das pesquisas interessam não só ao pesquisador, mas também aos profissionais, que podem aperfeiçoar sua atuação, aos gestores e formuladores de políticas de saúde e, ainda, aos beneficiários, que podem melhor avaliar os serviços para definirem suas escolhas. Conhecer o que move e satisfaz o paciente nesta relação e constatar que estas características prevalecem nas organizações que atuam com APS é o que se pretende tratar neste tópico. (2)

Em uma ampla revisão bibliográfica sob a ótica dos pacientes, conduzida por Matthew Ridd et al (3), foi possível identificar os principais componentes da relação médico-paciente, estando eles compreendidos e retratados de acordo com o que se denomina de *experiência de consulta* e quanto à forma dos cuidados longitudinais. Os estudos selecionados foram realizados em clínicas de saúde da família que faziam acompanhamento de longa duração e em serviços de APS. A constância dos contatos, especialmente em relação à qualidade destes encontros, foi o que sobressaiu com maior peso para desenvolver e assegurar o relacionamento. Fez-se notar, inclusive, que estes fatores são significativamente mais importantes que a mera frequência das consultas. Os pacientes tendem a reconhecer e valorizar uma consulta quando percebem o interesse do profissional por sua vida, quando suas demandas são consideradas de forma minuciosa e atenta, quando há espaço de fala e escuta e quando se sentem atuantes, partilhando das decisões.

Na percepção dos pacientes, a comunicação – que vai desde aspectos técnicos até questões sociais – flui melhor quando o médico conduz o processo e permite um clima de distensionamento em relação ao tempo. Profissionais que agem assim são mais valorizados por darem lugar à fala do paciente, produzindo a sensação de escuta interessada. A escuta ativa os incentiva a contarem suas histórias, o que tem um valor terapêutico e ainda contribui para evitar interpretações e condutas indevidas, conforme Roberts C. et al. (4).

Estes dois aspectos, que propiciam e mantêm as relações entre profissionais e pacientes, segundo Chipidza F. et al (5), aprofundam o relacionamento, que envolve quatro elementos determinantes da durabilidade e da intensidade do vínculo: conhecimento, confiança, lealdade e respeito.

O entendimento de *conhecimento* é o que dá ao paciente a percepção de que o médico o compreende como pessoa, seu modo de vida, suas relações, indo além da queixa expressa.

A sensação de *confiança* verificada aqui, como a honestidade do médico em admitir suas limitações e recorrer a outros profissionais, quando necessário, se reproduz em outros estudos, como o realizado por Bultzingslowen et al. (6), em que a sensação de segurança

relatada tem a ver com a existência de um médico de referência que se possa recorrer em qualquer ocasião, especialmente em se tratando de idoso ou portador de doença crônica. É que isto evita o desgaste de repetir sua história de vida ou mesmo da doença em cada contato no caso de alteração do profissional.

No que concerne ao componente *lealdade*, os pacientes relatam uma espécie de aumento de tolerância para atendimentos mais satisfatórios do que ideais, propriamente dito, quando se trata de um profissional que os conhece e acompanha ao longo da vida. Esse aspecto também é evidenciado no estudo de Roberge D. et al. (7) em que os pacientes se identificam fortemente com um médico específico mais do que com a clínica.

Por *respeito*, os pacientes entendem que a relação se assemelha a uma amizade e tem maior possibilidade de aprofundamento em momentos críticos, naqueles em que o profissional se torna uma espécie de postulante do paciente.

Corroborando com a analogia da relação médico-paciente parecer com um elo de amizade, outro estudo de Cocksedge S. et al (8) demonstrou que os pacientes valorizavam esta construção como algo extremamente significativo e sabiam que era necessário que o profissional dispendesse tempo, de forma interessada em suas histórias de vida, para compreendê-los dentro de seus contextos.

Parece que ver o profissional continuamente é mais importante aos pacientes do que um contato esporádico, a despeito dos médicos pontuais terem técnicas de comunicação diferenciadas. Aspectos como este contribuem para a organização dos serviços e para a decisão sobre investimentos em capacitação, que podem privilegiar médicos de pronto atendimento em detrimento de políticas de manutenção do quadro de profissionais de cuidados longitudinais.

Conforme relembra Cruz J. (09), em seu clássico “A Morte de Ivan Ilitch”, Tolstoi descreve a primeira consulta do protagonista e deixa evidente a dificuldade do médico em transmitir de forma clara e compreensível o estado clínico do paciente:

“Ivan Ilitch saiu devagar, sentou-se tristemente na calçada e foi para casa. Durante todo o caminho não parou de mastigar tudo aquilo que o médico dissera, tentando traduzir em linguagem simples todas aquelas palavras complicadas, obscuras e ler nelas a resposta à pergunta: o meu estado é mau, muito mau, ou não é ainda nada de muito grave?”

Em que pese a comunicação ser um desafio em todas as relações, no caso da tão singular e complexa entre profissionais e pacientes, deve ser encorajado o aperfeiçoamento de técnicas para as práticas em saúde que amplie e fortaleça esta liga, visando melhores resultados em saúde.

Na saga de compreender as expectativas dos pacientes em relação aos profissionais, em uma exploração qualitativa entre médicos de família e pacientes, Cocksedge S. et al (8) constataram que havia uma preocupação dos pacientes em não desperdiçar o tempo do médico, no entanto estavam dispostos a esperar e dispensarem de seu próprio tempo para

conseguir atendimento com os profissionais preferidos. Sinalizavam como principal barreira ao atendimento o sistema de agendamento, seja eletrônico ou por telefone.

A marcação de consultas costuma ser um grande dificultador no acesso aos serviços. A demanda, em geral, é maior do que a oferta e isso, além de causar insatisfação, pode ocasionar a perda do acompanhamento ou das intervenções necessárias no processo saúde-doença. Tem sido um grande desafio equacionar a inversão de modelos assistenciais, organizando a demanda espontânea a partir de ações de promoção e prevenção em saúde, ou de busca ativa e ou telemonitoramento, a fim de liberar as agendas e facilitar a chegada dos pacientes aos serviços.

A solução encontrada no caso do serviço canadense (7) foi a de implementar melhorias no sistema de agendamentos, sendo que, especialmente no caso de idosos e doentes crônicos, os retornos passaram a ser marcados pelo próprio médico.

Para melhor compreender o entendimento dos médicos de família sobre as relações terapêuticas de longo prazo, um estudo inglês (10) denominou de “relações pastorais” esta interação e concluiu que, apesar do desapontamento em serem menos demandados tecnicamente, a permanência da relação foi vista como valiosa no manejo efetivo das doenças crônicas e, especialmente, na saúde mental. Ficou também demonstrada a satisfação dos pacientes em estarem vinculados aos seus médicos de família e estes, por sua vez, revelaram preocupação com a possibilidade de passar despercebido novos sintomas, pelo risco de serem atribuídos a problemas pré-existentes. Outra frustração dos médicos, nas consultas de longa duração com pacientes crônicos, é que se sentem mais demandados em habilidades de comunicação do que com conhecimento médico.

Estas preocupações levam alguns médicos a incentivarem a autonomia e a responsabilização do paciente de forma mais ativa por sua própria saúde.

Outro aspecto emergente, e que também explica o maior vínculo dos pacientes com APS, é a preferência pela abordagem centrada na pessoa, sendo que este desejo é maior do que aquele dos aspectos “biomédicos”, incluindo solicitação de exames ou receitas de medicamentos. Um dos maiores estudos quantitativos (11) explorou esta predileção. Constatou que ocorre mais frequentemente quando os pacientes estão mais vulneráveis por sentirem-se mal, estarem preocupados ou quando são desfavorecidos socioeconomicamente.

É evidente a diferença entre pacientes de atenção primária que elegem o método centrado no paciente e uma minoria que, devido à natureza do problema, como os oncológicos, se sentem melhor com o método centrado no médico.

O interesse por estudar e entender a relação médico-paciente fica evidenciada em um estudo de Tagliavini e Saltini, 2000 (12), que identificou em torno de 1200 publicações anuais sobre o tema. Na década de 70 e 80, Donabedian demonstrava que os pacientes atribuíam a qualidade dos serviços de saúde, entre 30 e 40%, à competência do médico em diagnosticar e tratar e 40 a 50%, ao relacionamento desenvolvido entre eles, Donabedian,

1990 (13). E na década de 90, Barros et al, 1992 (14) expõem que os benefícios obtidos da atuação médica teriam a ver mais com a comunicação do médico sobre sintomas relacionados ao estresse do que ao efeito de medicamentos ou terapêuticas médicas, propriamente.

Embora os pacientes façam referência aos problemas ligados ao contexto sociofamiliar e os médicos reconheçam que há uma correlação com as queixas relatadas, ainda assim não há um aprofundamento, como ocorre quando costumam esmiuçar os sintomas e sinais das doenças, fato este percebido e desaprovado pelos pacientes, conforme relatam Caprara et al (15).

Menciona ainda um outro fator pouco explorado pelos médicos como a experiência do adoecimento, que emerge na vida das pessoas quando recebem um diagnóstico. Este processo envolve fatores culturais, vivências pessoais, familiares ou de conhecidos, que levam as pessoas a se solidarizarem, sofrerem ou desenvolverem alguma forma de empatia com quem é acometido. Esses sentimentos costumam deixar marcas que, em situações parecidas, remetem àqueles sentimentos, na maioria das vezes, relacionados a aspectos negativos.

Há um grande conflito na compreensão do paciente sobre, de que lado estaria o profissional de saúde: comprometido com o paciente, com as instituições a que prestam serviço ou com sua própria remuneração? Tal ambivalência pode resultar em baixos níveis de confiança ou até em excesso de judicialização, é o que se constata em uma revisão de Goold e Lipkin (16), que examinam o quanto a atenção gerenciada pode impactar a relação dos profissionais e dos pacientes.

Guiados por códigos de ética, os profissionais deveriam assegurar os interesses do paciente e da profissão, promovendo uma prática que desse menos ênfase aos exames complementares e explorassem mais a história clínica, responsável por mais de 80% dos diagnósticos. Torna-se cada vez mais imprescindível trabalhar com prevenção quaternária e transmitir este conhecimento ao paciente. Além de reduzir custos desnecessários, contribui para o aumento da credibilidade dos profissionais. E os planos de saúde, por sua vez, deveriam trilhar por caminhos que incentivassem a melhoria da comunicação, a longitudinalidade no acompanhamento e o desenvolvimento de ações de prevenção, com a intenção de inverter a lógica de custos para valores, além de assegurar uma menor rotatividade dos profissionais. Tais medidas auxiliam na fidelização dos pacientes e na satisfação dos “players” envolvidos. Os autores concluem que, muitas vezes, um simples *“lembrete de Manutenção de Cuidados de Saúde” (com o nome do médico) pode ajudar os membros a sentir que seu médico sem rosto está cuidando deles.*”

Um aspecto frequentemente observado junto aos beneficiários de uma empresa do mercado de saúde suplementar era a maior satisfação dos pacientes e dos familiares com o envolvimento da Assistência Social, no auxílio para interação dos pacientes com redes de apoio, tais como cuidadores, terapeutas ocupacionais, inserção em grupos interinstitucionais

(de pessoas com deficiências, dependentes químicos, demências e outros). Em algumas circunstâncias, de extremo isolamento social, ausência de familiares ou dependentes, o profissional contribuía para a organização do orçamento e das despesas domésticas, em comum acordo com o paciente. E em situações extremas, agia de forma conjunta com alguns órgãos governamentais, ou não, nos casos de tutela ou curatela.

A vinculação que ocorre com a equipe multiprofissional ou até mesmo com a estrutura do serviço, pelo que se observa, subjetivamente ou em pesquisas de satisfação dos beneficiários, é que geralmente parece ser muito mais forte do que com um profissional específico. Isso provavelmente por haver uma identificação com o método de funcionamento do serviço. A distribuição de tarefas, o prontuário único, as reuniões de trabalho para discutir e planejar condutas para casos individuais ou envolvendo familiares, tornando-os sujeitos de cuidados de toda a equipe, são aspectos perceptíveis aos beneficiários. A empresa mencionada, à ocasião, organizava serviços próprios na lógica da APS.

PRESSUPOSTOS DA APS QUE PREDISPÕEM A VINCULAR OS PACIENTES

Dentre as razões que explicam o vínculo ser maior entre os pacientes e a APS, destaca-se as características inerentes ao modelo, que facilitam a entrada e orientam os caminhos, dentro do sistema. Além de haver um enfoque nas famílias e em atividades coletivas, que envolvem o entorno do indivíduo

Os autores de um artigo sobre acesso e acolhimento em APS, Souza et al. (17) mencionam Starfield, 2002 (01), que, ao tratar do tema acesso e acessibilidade, aponta que ambos se complementam. A acessibilidade permite a chegada das pessoas aos serviços, *“...permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades, tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.”*

Para explicar a longitudinalidade a uma paciente, ou o que seria um atendimento, seguindo a linha do tempo, dizia um médico de família, Dr. A.R., na empresa do mercado de saúde suplementar já mencionada, no momento do cadastramento (ato que ocorre no início do atendimento do indivíduo ou da família em alguns serviços de APS): *“se você ou eu não morrermos cedo, ou não deixarmos a empresa, seguiremos juntos ao longo da vida”*. Verifica-se que esta cronologia é determinante para estabelecer e fortalecer a relação, quando os profissionais atuam de forma a favorecer tal construção. O que corrobora para a maior vinculação do paciente com o serviço.

Starfield, 2002, P 276, (01), demonstra dois tipos de longitudinalidade: a temporal e a pessoal. Na primeira, a orientação ocorre por uma relação ao longo do tempo e na segunda, pelo vigor da relação entre paciente e profissional de saúde. Assim, ela aponta os benefícios da longitudinalidade:

- *“pacientes mais confortáveis em relatar informações relevantes devido ao aumento do senso de confiança;*
- *pacientes respondem melhor às recomendações;*
- *médicos tornam-se mais sensíveis;*
- *avaliações médicas mais precisas;*
- *maior probabilidade de os pacientes manterem suas consultas de revisão;*
- *diminuição das hospitalizações de emergência;*
- *períodos menores de hospitalizações (quando necessárias e para pacientes com idade acima de 55 anos);*
- *diminuição da probabilidade de adquirir doenças preveníveis;*
- *menor probabilidade de nascimentos com problemas (devido à efetivação do pré-natal) e,*
- *diminuição dos custos.”*

Para que se estabeleça esse elemento estrutural, a longitudinalidade, é importante agregar outros atributos que fortalecem as relações dentro do sistema. Dentre eles, impera enfatizar o acolhimento.

Da biblioteca Virtual em saúde, quando se refere ao acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização, do MS (19): *“O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.”*

Nas relações de saúde entre beneficiário e profissional, ocorrem processos de busca e oferta, seja para promover saúde, detectar ou controlar doenças ou sofrimentos e até de intervenções em modos de vida. Estas trocas se dão mediadas por relações de vínculos. Segundo Franco et al. (20), *“o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios:*

(a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;

(b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;

(c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.”

O acolhimento passa a ser uma ferramenta imprescindível para facilitar o acesso, de forma humanizada e com sensibilidade, para as demandas populacionais, que costumam ser maiores do que as ofertas nos serviços de saúde. Seu manejo adequado pode assegurar, além da satisfação do beneficiário, também a partilha do atendimento entre os

demais profissionais da equipe, de forma corresponsável, otimizando e reorganizando o fluxo de trabalho.

Na medida em que desloca o eixo do médico para os demais profissionais, essa diretriz operacional, além de inverter o modelo tecno-assistencial, amplia e fortalece o contato e o vínculo da população assistida com os demais membros da equipe.

Essa afirmativa encontra eco na experiência de um serviço ao Sul do País (21) em relação a ser o acolhimento um definidor, tanto para facilitar a chegada ao sistema quanto para, analogamente à força da liga, ser um amálgama para o vínculo. Devendo, assim, capacitar as equipes para praticá-lo: *“O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.”*

Só teremos acolhimento após o beneficiário ter acesso ao serviço. Podendo este ser físico ou virtual, na Instituição/empresa ou em domicílio.

O acesso deve apresentar o menor número de barreiras possíveis, sejam geográficas ou administrativas, e em todas as outras extensões, conforme descrito em uma ampla revisão da literatura, a fim de encontrar a complexa definição de acesso à saúde. São enunciadas quatro dimensões: *“disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação”* (22).

Verificaram ainda que nas definições mais recentes, o acesso vai além da mera atuação dos técnicos em saúde. Observaram que o acesso facilitado e com equidade deve ter uma definição mais ampla: *“não serão obtidas com ações cujo foco se limite aos sistemas de saúde. Em vez disso, depende de ações intersetoriais e políticas sociais e econômicas que permitam dissipar diferenças de renda e educação”*.

Outro grande diferencial em um serviço de APS é a qualidade técnica, pois, além de aumentar a resolutividade para a solução dos problemas, é um dos requisitos para germinar a crença de que os cuidados com a saúde, na maioria das situações, estão assegurados naquele nível. E, com isso, é possível abrandar as dúvidas ou insegurança, além de gerar confiança e maior adesão às terapêuticas propostas.

INSTRUMENTOS E ALGUNS RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DO VÍNCULO PACIENTE-SERVIÇOS DE SAÚDE.

Ao estudar os modelos assistenciais do SUS, Cunha E. M. (23) identifica alguns fatores que dificultam a ligação dos pacientes aos serviços de saúde, e os levam a procurarem atendimentos em serviços distintos para as rotinas de saúde. Some-se a isto, a rotatividade profissional e as deficiências de registros, que, juntos, tornam-se obstáculos à vinculação, a esses serviços. De todo modo, observa-se maior aproximação dos

pacientes com os profissionais das equipes de APS. Principalmente em se tratando de grupos mais fragilizados, como são aqueles dos portadores de doenças crônicas, idosos e os desfavorecidos socioeconomicamente. Diferentemente dos mais jovens, saudáveis e com situação financeira favorável, que demonstram menos interesse em se fixarem aos serviços ou equipes de saúde.

Ao constatar que os indicadores em geral retratam a vinculação com o mesmo provedor, mas não mensuram a relação interpessoal, a autora propõe a formulação de um instrumento que dimensione esta relação. Faz, então, uma composição com o Primary Care Assessment tools (PCA-tools), desenvolvido na Universidade de John Hopkins e testado no Brasil por Almeida e Macinko, e apresenta um roteiro acrescentado de novas variáveis e questões. O instrumento que possui três dimensões tem um destaque para avaliar as relações de vínculo do paciente com o serviço de saúde, especialmente na “*primeira dimensão: Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados*” e na “*segunda dimensão: relação interpessoal*”.

PROPOSTA DE QUESTÕES PARA A INVESTIGAÇÃO DO VÍNCULO LONGITUDINAL A PARTIR DAS DIMENSÕES DO ATRIBUTO*

*Adaptado da versão brasileira do PCA-tools, testado por Almeida e Macinko.

Primeira dimensão: Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados

1. A unidade possui adscrição de clientela?
2. A unidade é reconhecida pela população adscrita como local de atenção para antigos e novos problemas de saúde?

Segunda dimensão: Relação interpessoal

3. O paciente é atendido regularmente pelo mesmo médico e/ou enfermeiro nas consultas de rotina?
4. Os profissionais que atendem o paciente conhecem o histórico familiar e social do paciente?
5. No caso de dúvida sobre tratamento, o paciente consegue falar com o profissional que o atende regularmente?
6. Durante o atendimento há tempo suficiente para que os pacientes explicitem suas dúvidas, queixas e preocupações?
7. As dúvidas, preocupações e queixas do paciente são valorizadas? São registradas no prontuário?
8. O profissional se expressa com clareza, de forma que o paciente entenda?
9. Há espaço para que o paciente discuta seu tratamento e tome decisões junto com o profissional?

Terceira dimensão: Continuidade informacional

10. Os profissionais de saúde utilizam o prontuário nos atendimentos?
11. Os profissionais de saúde estão informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo paciente?
12. Os profissionais de saúde estão informados sobre os exames realizados pelo paciente?
13. Em caso de encaminhamento para especialista, este profissional recebe informações registradas da unidade que atende o paciente regularmente?
14. No caso de referência para consulta com especialistas ou exames externos, há retorno dos resultados para o clínico que atende o paciente regularmente?
15. Os profissionais de saúde são informados quando um paciente não consegue obter o medicamento prescrito?

A avaliação da assistência, que o beneficiário recebe, tem servido de eixo orientador às organizações, para qualificar e aprimorar os serviços, conforme se constatou nesse estudo, que considerou os fatores que influenciam a qualidade do atendimento. Os frequentadores das unidades de saúde foram entrevistados e o que se viu foi que o desempenho dos profissionais e a organização dos serviços é que determinam a preferência e fidelização dos pacientes.

Os dados de uma ampla revisão da literatura, conduzida por Schimith, M.D. et al. (24), num recorte temporal de 20 anos, testificou que: *“o campo das práticas em saúde é ainda organizado e efetivado, predominantemente, segundo uma visão biologicista e fragmentada dos serviços, e a transformação das práticas depende de um reconhecimento do usuário como sujeito do processo de saúde, por parte dos profissionais.”*

No trabalho que se propôs à criação de um instrumento para avaliar vínculo, já mencionado por Capeletto et al (18), a ferramenta foi aplicada em duas unidades estaduais de uma empresa do mercado da saúde suplementar, orientada por APS e composta também de rede credenciada. Inicialmente aplicado sob a forma de projeto piloto, optou-se por conhecer o que as equipes de saúde da família entendiam por vínculo entre o beneficiário e o serviço de saúde, a partir de três questões formuladas e direcionadas aos profissionais.

A primeira questão foi: **Qual o conceito de vínculo entre usuário e serviço de saúde que você tem?**

A segunda: **Quando você considera que um usuário está vinculado ao nosso serviço?**

E a terceira: **Como você avaliaria o vínculo dos “seus” usuários com o nosso serviço? Com que periodicidade?** De acordo com as respostas, foram divididas em três categorias.

Categoria I: Vínculo como fonte de atenção.

Categoria II: Vínculo como expressão da cidadania.

Categoria III: Vínculo como decorrente da autonomia.

Estes grupos foram estabelecidos nas três perguntas dirigidas aos trabalhadores:

Categoria I: Vínculo como fonte de atenção – denominado nos casos em que o serviço se torna referência em saúde para qualquer problema que acomete o indivíduo ou familiar. A pesquisa, aplicada junto aos colaboradores da empresa, investigou a percepção que tinham sobre o vínculo do beneficiário com os serviços de saúde. Nas duas unidades houve um avizinhamento nas respostas, e os relatos falam sobre os serviços serem mais procurados do que os especialistas credenciados na rede de assistência. Referem também que os pacientes trocam informações entre si para divulgar e recomendar as unidades de atendimento.

Categoria II: Vínculo como expressão da cidadania – as respostas traduziram que o vínculo está relacionado ao estímulo da autonomia do beneficiário a partir de uma análise crítica e consciente.

Categoria III: Vínculo como resultado da relação interpessoal e com o serviço – as respostas apontaram que para vincular é necessário que haja afeto, confiança no serviço e no profissional, referente a serem atendidas suas necessidades.

A partir do piloto foi possível conhecer a percepção e a apropriação de alguns conceitos, como os de acesso e acolhimento, por parte dos profissionais em relação às expectativas dos beneficiários sobre os serviços avaliados. Além de propor um instrumento de avaliação em saúde complementar e, ainda, definir uma metodologia de aplicação da ferramenta.

Avaliar expectativas, fidelização e confiança dos beneficiários em profissionais ou serviços de saúde tem sido um desafio. São avaliações complexas, pois dependem de muitas variáveis e subjetividades, inclusive a de ser considerada positiva quando atende às necessidades individuais. O que se sobressai em alguns estudos que avaliam a confiança no profissional de saúde são aspectos ligados à resolutividade, à percepção de competência (que pode ter um viés na simpatia ou gentilezas), a tranquilidade quanto ao sigilo profissional, as qualidades em comunicação, principalmente para a escuta sem pressão pelo tempo, além de facilidade em entender as expressões do linguajar técnico e as manifestações dos profissionais que remetem à empatia e ao compadecimento.

Um estudo de grupo focal, conduzido por Tom e Campbell (25), explorou a confiança dos pacientes em seus médicos. Além de demonstrar maior possibilidade de adesão às orientações médicas, ao estabelecer uma relação de confiabilidade, ainda sobressaíram nas respostas, aspectos do comportamento dos médicos, sua forma de comunicação, transparência e expressão de compaixão.

Existem alguns instrumentos validados, como a Escala de Confiança (Anderson e Dedrick 1990) (26), a Escala de Confiança do Paciente (de Kao) (27), o questionário sobre Avaliação dos Cuidados Primários (de Safran) (28), entre outros.

Em uma ampla revisão de Lasker, 1997, em mais de 500 iniciativas nos EUA (29) foram identificados seis tipos de sinergia que consagram a APS orientada para a comunidade: coordenação dos cuidados, melhoria no acesso, melhoria da qualidade de custo-efetividade dos serviços, unidades de saúde como referência para primeiro contato, robustez nas ações de prevenção e promoção de saúde, serviços integrados à pesquisa, capacitações e políticas de saúde.

Dessa forma, fica evidenciado que os serviços que apresentam maior grau de satisfação e vinculação dos pacientes são aqueles organizados com forte orientação para APS. Posto que apresentam com maior ênfase as características necessárias para

o estabelecimento de relações duradouras, e a percepção dos pacientes de cuidados em saúde ao longo da vida. Starfield, 2002 p.557 (01). Sendo, portanto, o que se coloca como perspectiva no horizonte da organização dos serviços em saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
2. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship. London: The Kings Fund; 2010.
3. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2009;59(561):e116-e133.
4. Roberts C. 'Only connect': the centrality of doctor–patient relationships in primary care. *Fam Pract* 2004;21(3):232-233.
5. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the doctor-patient relationship. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015;17(5):27354.
6. Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam pract* 2006;23(2):210-219.
7. Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Fam Pract* 2001;18(1):53-59.
8. Cocksedge S, Greenfield R, Nugent GK, Chew-Graham C. Holding relationships in primary care: a qualitative exploration of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract* 2011;61(589):e484-e491.
9. Cruz J. A relação médico-paciente em algumas obras literárias. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58(3):272-75.
10. Cocksedge S, May C. Pastoral relationships and holding work in primary care: affect, subjectivity and chronicity. *Chronic Illn* 2005;1(2):157-163.
11. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468–72.
12. Tagliavini G, Saltini A. La letteratura sulla Comunicazione Medico-Paziente. *Un Archivio Informatizzato. Medic* 2000; 8:53-56.
13. Donabedian A. La qualita dell'assistenza sanitaria. Roma: NIS; 1990.
14. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, White KL. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington: OPAS/OMS; 1992.

15. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Colet* 2004;9(1):139-146.
16. Goold SD, Lipkin Jr M. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *J Gen Intern Med* 1999;14 (Suppl 1):S26.
17. Souza ECFD, Vilar RLAD, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008;24:s100-s110.
18. Capeletto LM, Feitosa MH, Dias VRFG. Vínculo entre os usuários e as equipes de saúde da família: Uma proposta de avaliação da CASSI Curitiba e Porto Alegre [monografia]. Cidade, Instituição; 2005.
19. Biblioteca Virtual em Saúde. Acolhimento. Dicas em Saúde [homepage na internet]. 2008 Nov [acesso em 26 abr 2022]. Disponível em: <https://abre.ai/eo80>
20. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:345-53.
21. Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.
22. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012;31:260-268.
23. Cunha EMD. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
24. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó, MDLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saúde* 2011;9(3):479-503.
25. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract* 1997;44(2):169.
26. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep* 1990;67(3_suppl):1091-1100.
27. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *Jama* 1998;280(19):1708-1714.
28. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998;47(3):213-20.
29. Lasker R. The Committee on Medicine and Public Health: Medicine and Public Health, The Power of Collaboration. New York: New York Academy of Medicine, 1997.

VÍNCULO DO PROFISSIONAL COM O PACIENTE: RELEVÂNCIA E CONCEITOS

Se as relações interpessoais são importantes para o convívio e existência da vida em sociedade, na área da saúde há uma razão maior para que a força dos relacionamentos crie um vínculo potente. Isto será determinante na obtenção dos objetivos em saúde, que incluem necessidades mensuradas por indicadores técnicos, preocupação com a sustentabilidade do plano de saúde e ainda a satisfação do beneficiário.

Embora se presuma a importância deste elo entre profissionais e pacientes, as instituições formadoras e as organizações de saúde frequentemente falham ao transmitir a conceituação do termo e os requisitos para a formação e manutenção do vínculo. As mudanças curriculares ainda são tímidas neste caminho, especialmente em relação aos aspectos cognitivos.

A relação entre paciente e profissional de saúde não pode se restringir à mera satisfação imediata dos interesses do primeiro. Enquanto na relação fornecedor-cliente (01) o vínculo é almejado para atender aos desejos do primeiro e, assim, aumentar a aquisição de produtos, na saúde, dada a imperiosidade de seguir indicações técnicas, que podem desagradar num primeiro momento o paciente, é primordial que o profissional de saúde ganhe a confiança da outra parte para estabelecer uma relação de cuidados ao longo da vida. Portanto, é de se supor que as competências dos profissionais para atender a tamanho desafio devem ser amplas e diversificadas.

Apesar de serem escassos, está demonstrado que os serviços de saúde que preconizam e aplicam essas estratégias obtêm melhores resultados, tanto nos relacionamentos quanto na assistência, como será apontado posteriormente. Torna-se, então, um paradoxo, diante de tantos benefícios, haver esse descompasso que faz com que o desenvolvimento, muitas vezes, resulte de experiências isoladas, a fim de aprimorar tais habilidades, cada vez mais requisitadas e que contribuem para um atendimento personalizado, engajado e fidelizado, calcado em valores de transparência e honestidade entre as partes.

É importante contemplar alguns aspectos menos técnicos das relações de vínculo, que considerem a impermanência e transitoriedade e as limitações diante da complexidade da vida, especialmente quando se está doente. Portanto, antes de avançar para a perspectiva técnica de vínculo, lançamos uma tentativa breve de compreender o termo em seu todo.

Recorrendo ao léxico, encontra-se no dicionário Oxford que “vínculo” é *“aquilo que ata, liga, vincula (duas ou mais coisas); liame”* ou ainda *“o que liga afetiva ou moralmente duas ou mais pessoas; laço.”* (2)

Ao pesquisar aspectos filosóficos que traduzam o significado de vínculo, encontrou-se em Spinoza (3) P 114: *“Quem afeta de alegria ou de tristeza a coisa que amamos, afeta-*

nos igualmente de alegria ou de tristeza, se imaginamos a coisa que amamos, afetada dessa alegria ou dessa tristeza". Em sua obra "Ética", o filósofo propõe a criação de uma ciência para melhor entender os afetos e reparar o que a filosofia até então não conseguira fazer. Para ele, os afetos devem ser entendidos como naturais, como parte da natureza humana, e não devem ser negados ou reprimidos. Dessa forma, um corpo quando entra em contato com outro se permite ser afetado positiva ou negativamente. Assim, da alegria emanam os afetos alegres, já a tristeza, por sua vez, encolhe as perspectivas, diminui a potência humana.

Ao estudar a interferência de um corpo no outro, podendo ir da servidão à liberdade, Spinoza nos remete às vulnerabilidades humanas, os modos com os quais nossa potência varia e, conseqüentemente, aponta as necessidades dos indivíduos de estabelecerem relacionamentos de trocas em todos os momentos da vida. Assim devemos amainar os afetos da forma que melhor nos convém. (4) Trindade R., sobre a ciência dos Afetos.

Com efeito, se ater ao campo das fragilidades humanas, aquelas que expõem as pessoas a riscos emocionais, é importante para acentuar que não se trata de fraquezas. Este mito pode afastar a própria coragem, que é pano de fundo da vulnerabilidade. Como diz Braun B. p.27 (5), "*vulnerabilidade não é algo nem bom nem mau: não é o que chamamos de emoção negativa e nem sempre é uma luz, uma experiência positiva. Ela é o centro de todas as emoções e sensações. Sentir é estar vulnerável. Acreditar que vulnerabilidade seja fraqueza é o mesmo que acreditar que qualquer sentimento seja fraqueza.*"

Em um estudo (6) para avaliar como os serviços e equipes de saúde da família percebem as necessidades em saúde, os autores reafirmam as várias carências humanas ao definir que tais necessidades não ficam restritas à conservação da vida, mas se expandem para um contexto mais amplo de humanização do indivíduo: "*As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida.*"

Com base nestas reflexões e cientes do que espera a população assistida, muitos profissionais de saúde têm se preparado para a arte da escuta, entre outras habilidades, por conta própria, a fim de ganhar confiança e atender aos dois grandes protótipos da atenção à saúde: as *necessidades* em saúde e os *anseios* das pessoas, na ótica do desejo.

As *necessidades* em saúde em termos gerais referem-se à atuação sobre os determinantes de saúde e às dimensões de ordem técnica. Significa olhar para componentes e indicadores utilizando diretrizes, protocolos e estudos que apontam para ações, procedimentos ou orientações a serem desenvolvidos de forma individual ou coletiva, com vistas a produzir saúde e qualidade de vida.

Quanto aos *anseios* ou desejos dos beneficiários, podem resultar em procedimentos que, no entendimento do paciente, proveriam saúde, porém, quando mal indicados, não

passam de atos de consumo exacerbado de bens e serviços de saúde, gerando desperdício e, às vezes, iatrogênese.

Essas demandas podem ser manifestas ou aparecer de forma subliminar e, quando não atendidas, se traduzirem em insatisfação dentro do sistema. É importante que sejam identificadas para discernir se devem ser consideradas, postergadas ou até negadas. Isto será menos complicado se houver um bom entrosamento, a partir de uma relação direta e com o maior interesse em estabelecer conexão, o que favorece a lisura nas relações. Especialmente, se houver habilidade em comunicação eficaz, como uma poderosa e transformadora ferramenta de integração, para que relacionamentos sejam sólidos e o mais perene possível.

Uma das grandes dificuldades na comunicação humana e, por conseqüência, na criação de uma relação saudável, é o fato de ser unidirecional, ou seja, um lado tenta convencer o outro de algo que não é objeto comum. Analogamente ao princípio da construção de vínculo, os profissionais de saúde devem gerar proposições que aumentem a capacidade dos indivíduos para lidar com as coisas que os afligem e que são muito difíceis de serem modificadas. Que estimulam o campo comum através das decisões compartilhadas e possibilitam emergir forças para o enfrentamento do que é inconveniente.

A despeito das fragmentações e escassez apontadas anteriormente, alguns serviços vêm apostando em modelos de saúde com base na atenção integral, com equipes multi ou interdisciplinares, que, além das competências técnicas específicas, ainda dominam as habilidades relacionais através de uma escuta qualificada, com vistas à construção de relações transparentes, fortes e duradouras, capazes de afetar positivamente os indivíduos. Na relação entre interlocutores, muitas vezes pode parecer que o que fala busca uma confirmação da sua versão, sendo que o mais provável é que ele queira ter seus sentimentos identificados. Torna-se, então, deveras importante a metalinguagem, e isso é possível quando se desenvolve uma boa escuta. É indicado fazer a devolutiva parafraseando e indagando ao que se expressou, se foi mesmo aquilo que quis comunicar.

Ao expor o modelo neurocognitivo sobre a arte da escuta e a consciência sobre a intenção do interlocutor, e sua importância para fortalecer as relações humanas, a neurocientista Russel T., (7) sugere que se faça um treino para aumentar a consciência das suas próprias intenções e sensações envolvidas nesse processo, para ampliar a sensibilidade em captar as intenções do outro e facilitar a sintonia na comunicação. O modelo pretende fazer da escuta a atividade cerebral primária.

Diante das constatações sobre a importância do vínculo para a boa relação entre profissionais e pacientes e para a efetivação e manutenção do Modelo de Atenção à Saúde, é mister estabelecer conceitos que melhor definem esta condição.

Após algumas acepções filosóficas, psicológicas e psicanalíticas, discorreremos agora sobre caracterizações sanitárias. No conjunto, algumas tangenciam os contatos humanos e outras aprofundam essas relações.

Independentemente da área definidora ou do contexto em que se aplique, verifica-se a essência do que é o vínculo quando existe uma comunicação que engaja e quando há o uso apropriado das habilidades humanas – aquelas que determinam as formas de lidar e interagir com o outro, as chamadas “*soft skills*”, que são “*competências comportamentais e socioemocionais, ou seja, habilidades pessoais que nos possibilitam gerenciar as emoções, ter um bom relacionamento interpessoal e trabalhar de forma colaborativa.*” (8)

Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vínculo “*consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico*” (BRASIL, 2012, p. 21) (9).

Segundo Merhy, (10) vínculo também resulta em responsabilidade na medida em que os indivíduos, sensibilizados pela condição do outro dentro de uma relação de confiança, evoluem para construção de autonomia. A este propósito, diz: “*E sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal.*”

De acordo com Cecílio, 1997 (11), “*criar vínculo implica em ter relações próximas e claras onde haja: sensibilidade pelo sofrimento do outro, construção da autonomia do usuário, responsabilidade pela vida e pela morte dos pacientes por meio de intervenções nem burocratizadas nem impessoais. É preciso ter forte relacionamento e integração com a comunidade nas diferentes possibilidades de contato (no território, no domicílio, no trabalho, no consultório e nas atividades coletivas)*”.

Já Chakkour (2001, p. 6) apud Silva Junior e Mascarenhas (2004) (12) o definiram como “*o desenvolvimento de circularidade de afetos entre trabalhador e usuários, construindo a interação entre duas pessoas, criando uma maneira particular de se relacionarem, a cada caso e a cada momento*”.

Ao realizar um trabalho que propunha a criação de um instrumento para mensurar vínculo em uma empresa do mercado da saúde suplementar brasileiro, aplicou-se uma pesquisa entre os trabalhadores da empresa, em dois estados da federação, para identificar o entendimento que tinham de vínculo (13). Eles expressaram que: “*o vínculo ocorre quando há afeto, empatia, confiança mútua, confiança no serviço e segurança dos usuários em relação ao atendimento de suas necessidades. Também foi apontado que a qualidade técnica, a resolutividade da demanda, o acolhimento e o acesso são determinantes na construção do vínculo.*”

E, finalmente, a autoridade em APS (Atenção Primária em Saúde), Starfield 2002 p.266 (14) cita a definição proposta pelo Instituto de Medicina Americano da seguinte forma: “*uma parceria continuada refere-se à relação entre o paciente e o clínico com a expectativa mútua de continuidade no decorrer do tempo e fundada no desenvolvimento da confiança, respeito e responsabilidade mútuos.*”

Fica patente que os cuidados ao longo do tempo tornam as relações mais fortes e entregam melhores resultados em saúde, conforme pontua Starfield, 2002, p.62 (14): *“A longitudinalidade pressupõe uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo desse tempo. Assim, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria repercutir em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais. A relação mais longa permite ao médico conhecer mais a respeito da história dos pacientes, sua personalidade e sua rede social”*.

Esses cuidados que se estabelecem ao longo da vida, entre os serviços e suas comunidades, ocorrem quando são adotadas estratégias com coordenação e ou responsabilização por uma população definida, diferente daqueles que são focados nas demandas ou apenas nas doenças.

Nesta linha, seguem os ensinamentos de Starfield: *“Atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como sua, sendo esta orientada para a pessoa e não para a doença. Uma das formas de refletir essa fonte habitual de atenção, nas Unidades de Saúde, é a existência de cadastros de pacientes que indicam que o profissional ou a equipe identifica uma dada população como sendo de sua responsabilidade. Estes são os meios pelos quais os profissionais podem acompanhar as necessidades de seus pacientes e o quanto são respondidas (Starfield, 2002, p. 269 - 270). 14*

Diante da relevância do tema vínculo para a atenção à saúde, cabe citar a meta-análise (15), com recorte temporal de dez anos (1998-2007). Os autores verificaram que o tema é de interesse das diversas categorias de profissionais da saúde pelo fato de ser um facilitador para conhecer a verdadeira motivação da busca pelos serviços de saúde, e de possibilitar a participação dos envolvidos no encontro da melhor alternativa para os problemas de saúde. Definem o vínculo como sendo *“a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e eles se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e conseqüentemente evitando consultas e internações desnecessárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais.”*

Constatamos, a partir destas considerações, que o modo de organização dos serviços pode resultar em maior ou menor vinculação entre as partes. Devido às características do modelo, há maior probabilidade dessa ocorrência naqueles serviços que estabelecem suas bases em APS e em atenção integral à saúde, por terem ações coordenadas e longitudinais.

Isto é especialmente verificável em locais que atuam com equipes qualificadas tecnicamente, incluindo as habilidades técnicas-humanas de escuta, empatia, acolhimento, flexibilidade e outras. Há também o diferencial quando se utilizam ferramentas para individualizar e personificar os cuidados, como as apreendidas pelas áreas da psicologia e outras (como o genograma, o ciclo de vida, F.I.R.O. e PRACTICE) (16) amplamente

difundidas em modelos como o National Health System (NHS), sistema de saúde da Inglaterra, ou no sistema de saúde canadense, especialmente nas províncias que adotam a formação médica da Universidade de Toronto. Por fim, a utilização de sistemas de informação com softwares desenvolvidos com a finalidade de gerenciar os cuidados, bem como de aplicativos e veículos de redes sociais, podem potencializar e auxiliar na formação de relações fortes. Tanto é assim que estas tecnologias têm sido utilizadas em larga escala por startups do setor.

A APS E A INTEGRALIDADE NA SAÚDE COMO FACILITADORAS DA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE

O vínculo tem se mostrado um grande aliado quando se trata de cuidados em saúde. E isso se torna ainda mais forte quando há uma relação de confiança entre beneficiários e profissionais com o Serviço de Saúde. Tal conexão ocorre mais facilmente quando as pessoas percebem que possuem uma base segura, uma verdadeira alavanca na qual podem se apoiar e, com isso, se sentem amparadas. Vamos explorar proposições e diversos mecanismos utilizados para alcançar o objetivo da relação fortalecida.

O serviço de saúde, ao trabalhar na lógica do indivíduo e não da afecção, como historicamente tem acontecido, tanto nas organizações de saúde quanto nas instituições formadoras, precisa desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar os indivíduos para as práticas em saúde. Nesta linha, o trabalho deve incorporar *“mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo”*. É o que diz Merhy. (17)

Essas práticas devem repensar e modificar a postura dos profissionais, de maneira a considerar todos os atores do processo como participantes ativos. O respeito e a inclusão dos vários saberes, abrangendo conhecimentos científicos e culturais, assim como compreender as vivências da população assistida e de cada disciplina envolvida nas equipes de assistência, promovem um clima favorável à atuação multidisciplinar, a partir de outras capacidades de ação, incluindo a cooperação, o aprendizado e a reciprocidade.

Na definição da SAPS,(18) fica evidenciado que a atenção integral à saúde é melhor desenvolvida dentro de um serviço de APS: *“A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.”*

E ainda segundo Starfield, 2002 p.28 (14), *“a APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, aborda os problemas mais comuns e menos definidos da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.”*

A partir desta forma de organização dos serviços observa-se tanto os pressupostos que orientam a porta de entrada, facilitando o acesso para o atendimento no sistema e suas derivações entre os vários níveis quanto a utilização de outros atributos que vão determinar a eficácia da organização. Nesta lógica de atenção gerenciada, quando necessário, os encaminhamentos devem ocorrer de forma coordenada, por toda a rede de assistência. Aí reside a distinção entre outros modelos fragmentados e sem continuidade e ou longitudinalidade, razão de laços mais frágeis, além de outros prejuízos e maiores custos na assistência.

Atuando de forma corresponsável em seus territórios, profissionais e pacientes negociam intervenções para modificar os indicadores de saúde individuais e coletivos. Os autores pesquisados (19) demonstram que acesso e acolhimento são elementos que distinguem atenção primária e são “categorias potentes e estratégicas para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde”. Por serem estes meios “porta de entrada, integrem os diversos níveis do sistema e coordenarem o fluxo de atenção”, como destaca Starfield (14). Portanto, torna-se imprescindível que as políticas de saúde institucionais incorporem estes princípios, norteadores da APS e que haja ênfase em treinamentos para que os profissionais aprofundem e se apropriem destes conceitos e desenvolvam, habilidades e atitudes para atuarem, de forma coerente, em seus cotidianos profissionais.

Um outro aspecto relevante na relação profissional paciente é mencionado por McWhinney, 1989, (20) quando trata da abordagem que deve considerar o indivíduo e as representações do adoecer e não apenas a doença: “*Se um profissional não se ativer à correlatos não físicos da doença por não explorar seu significado para o paciente, o resultado pode ser insatisfatório.*”

A interação profissional-paciente exige ainda uma série de atitudes para criar confiança, segurança e uma certa intimidade emocional, que possibilite vir à tona as principais “deixas”, além das queixas do paciente. Quando o profissional está sensível e preparado para este tipo de abordagem, muitas vezes relata que fica mais fácil a identificação do verdadeiro motivo da consulta. Situações demonstradas pelo olhar, pelo não querer sair do ambiente quando o atendimento é finalizado, por reticências na fala etc. São subjetividades que, se percebidas, podem diminuir o número de contatos com o serviço, auxiliar na organização da demanda, evitar iatrogênese com exames, procedimentos e até internações desnecessárias, além de ter um imenso poder em estreitar o vínculo.

Pode-se observar a proporção da falta de atenção às demandas dos pacientes, em um estudo da Universidade de Toronto CA (21): “*Por exemplo, 45% das preocupações e 54% das queixas dos pacientes passam despercebidas pelos médicos durante as consultas e, em pelo menos 50% dos atendimentos, médicos e pacientes não concordam sobre o motivo principal das queixas apresentadas... Pacientes são interrompidos pelo médico tão logo comecem a falar dos seus problemas – menos de 18 segundos...Contrariando*

a expectativa de muitos médicos, não precisa demorar muito: um máximo de 2 e meio minutos ou uma média de 90 segundos. Os médicos devem também se esforçarem para despertar as percepções dos pacientes sobre a doença, os sentimentos e expectativas associadas.”

Acolhimento e comunicação são indissociáveis. Um dos grandes desafios na relação, seja pessoal ou profissional, reside na necessidade de uma comunicação eficaz. Segundo Starfield 2002, p 292 (14), *“um ser humano é complexo, não uma máquina, então você realmente tem que tentar entender as coisas. Qualquer um pode pedir um exame ou fazer uma prescrição. A grande coisa da prática da medicina é descobrir por quê.”*

Em outra citação, Starfield p 295 (14) recorre a Szasz e Hollander (1956), que descreveram três modelos para interação médico paciente:

- *“modelo atividade – passividade, o médico toma as decisões. Isto ocorre em situações em que o paciente se encontra anestesiado ou inconsciente;*
- *modelo orientação – cooperação, o médico fornece as instruções e o paciente as realiza (coopera);*
- *modelo participação mútua, o médico auxilia os pacientes a se ajudarem; os pacientes participam na tomada de decisão.”*

Neste último existe uma relação compartilhada em que o profissional oferece as informações e orientações, e o paciente participa das condutas a serem adotadas, de forma negociada. Parece haver maior adesão e satisfação do paciente, nesta modalidade.

Ainda se atendo à comunicação médico-paciente, Starfield recorre a (Emanuel e Emanuel, 1992) p.297 (14): *“esta estrutura possui quatro modelos: paternalista (o médico articula o problema e o tratamento); informativo (o médico fornece as informações para o paciente escolher entre as alternativas); interpretativo (o médico esclarece os valores do paciente e o auxilia a selecionar uma intervenção); e deliberativo (o médico ajuda o paciente a determinar e escolher entre seus valores).”*

O que se observa é que, a depender da forma de comunicação que se estabelece, pode-se ter relações mais ou menos fortes ao longo do tempo. Outro aspecto refere-se aos eventuais processos por imperícia, que podem ser evitados ou minimizados quando existem transparência e participação ativa e compartilhada na tomada de decisão. Esta forma de decidir, envolvendo as partes, aumenta ao longo dos anos, desde o primeiro contato até cinco anos ou mais, conforme foi demonstrado por um grande estudo, realizado por Kaplan e cols.1995 (22). Os 8316 pacientes foram acompanhados por médicos de atenção primária, cardiologistas e endocrinologistas, em Los Angeles, Boston e Chicago (EUA). Quando os pacientes têm maior participação, há menos probabilidade de troca de médico.

(M.V.) 45a, 3 filhos, viúva (marido atropelado), casada novamente, após 5 anos. Queixa de HAS de difícil controle e dores de cabeça “insuportáveis”. Após algumas tentativas de controle das morbidades e depois de aplicar

ferramentas para o trabalho com famílias, o que tornou a relação mais próxima, a paciente exteriorizou: *“meu filho caçula, muito inteligente, apresentável, se passou por advogado, falsificou assinaturas, aplicou golpes de estelionato, contraiu inúmeras dívidas e comprometeu o patrimônio da família, especialmente do pai adotivo.”* Na continuidade do tratamento e acompanhamento psicoterápico, as dores e a pressão arterial foram controladas. Nas consultas subsequentes, foi trazendo mais informações a respeito de diversas tentativas de tratamento para dependência química do filho. Por fim, ele recebeu um diagnóstico psiquiátrico, acabou sendo preso por outros delitos e a paciente seguiu sendo acompanhada durante 12 anos. Dizia sempre que, *“graças aos seus cuidados, meu filho não se “salvou”, mas eu não morri”*. (atendimento em clínica privada, por médica de família LMC).

Entender o significado da doença, os registros emocionais de alguns diagnósticos, os estigmas guardados pelos pacientes, e o quanto isso afeta suas vidas, pode facilitar e tornar a comunicação mais eficaz. Profissionais treinados para formas mais participativas costumam obter mais informações, antecipar a identificação do diagnóstico e obter adequada adesão aos tratamentos. Foi o que se verificou em um estudo randomizado (23), em que os pacientes do grupo experimental tiveram duas vezes mais eficácia na obtenção de informações dos médicos do que os do grupo controle. E ainda apresentaram maior envolvimento na interação com o médico, menos limitações impostas pela doença à capacidade funcional dos pacientes e maior preferência pelo envolvimento ativo na tomada de decisão sobre o tratamento.

Uma outra abordagem interessante trazida por Starfield 2002, p.297, refere-se à importância da voz, mais até do que pelo teor ou aspectos físicos da interação. *“O tom e a emoção da voz têm mais influência sobre o que os pacientes levam de suas consultas do que o teor da interação, mesmo quando itens específicos da informação sejam envolvidos.”* (14)

Em um programa de pós-graduação da UFMG, os autores (24) lembram que a transição do modelo biomédico para o proposto, centrado na pessoa, contraria a história da medicina, com suas bases iniciais focadas na doença. *“Ele se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do paciente e tornando-se insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas em consultas”*.

Assim, torna-se mandatário utilizar um método que permita entender o verdadeiro motivo da consulta. As anamneses devem considerar o prisma do paciente, como sujeitos de sua própria história, de forma interessada e acolhedora, centrada no indivíduo, como propõe o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

Citando Pendleton et al.: *“é imprescindível entender claramente as razões que levaram a pessoa à consulta e desenvolver a entrevista na perspectiva do paciente, ou seja, tentando aprimorar a empatia.”* (25)

PROPOSTAS DE FORTALECIMENTO DO VÍNCULO

Como reiterado algumas vezes, é o vínculo, a tecnologia leve, das principais responsáveis pela adesão e engajamento da população aos serviços, além da imensa gama de ações necessárias para um melhor cuidado em saúde. Serão enunciadas algumas experiências de locais que atuam com APS e preconizam a atenção integral à saúde. Observa-se ênfase na utilização do gerenciamento da atenção, além do uso de ferramentas e estratégias que favorecem a formação e consolidação do elo entre profissionais e beneficiários.

No Sistema Único de Saúde do Brasil, em que a estruturação se faz no primeiro nível, através da Atenção Primária à Saúde, é evidente o alerta para a incorporação das seguintes medidas.

“Recomendações para fortalecer a atenção primária à saúde no Brasil (29)

Tema	Recomendação
Expansão/consolidação da ESF	1. Ampliar e consolidar a ESF com ênfase nos atributos essenciais da APS
Ampliação do acesso à APS	2. Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos). 3. Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes. 4. Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos, entre outros – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
Formação de profissionais para atuação multidisciplinar na APS	5. Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível. 6. Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e à tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).

Alocação de tecnologias para garantir resolutividade da APS	<p>7. Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma) de forma presencial ou a distância.</p> <p>8. Informatizar as unidades básicas de saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores; disponibilizar registro eletrônico em saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca, permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.</p>
Aprimoramento da regulação/ coordenação de serviços para fortalecer a APS como elemento estruturante do SUS	9. Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contrarreferência.
Estrutura e financiamento	<p>10. Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes.</p> <p>11. Garantir estruturas física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das unidades básicas de saúde.</p>
Recursos humanos, provimento de profissionais, apoio e estímulo às equipes	<p>12. Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da atenção primária (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).</p> <p>13. Ter estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.</p> <p>14. Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telessaúde NASF, matriciamento), de forma presencial ou a distância.</p> <p>15. Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.</p> <p>16. Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.</p>
Produção e divulgação de conhecimento	17. Promover estratégias de defesa e fortalecimento da APS, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.
Conferir transparência às ações da APS	18. Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.

REFERÊNCIAS

1. Enes RF. Evolução do relacionamento com o cliente. Revista Acadêmica Online [periódicos na internet]. 2015 jul/ago. [acesso em 26 abr. 2022]; 1(03). Disponível em: <https://abre.ai/eo4N>
2. Simpson J. Oxford English Dictionary. 3thed. Oxford: Oxford University Press; 2017.
3. Spinoza B. Ética: tradução de Tomaz Tadeu. 2. ed. 6. reimp. Belo Horizonte: Autêntica; 2017.
4. Trindade R. Espinosa - ciência dos afetos. Razão Inadequada [homepage na internet]. 2016 abr. [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: <https://abre.ai/eo5r>
5. Brown B. A coragem de ser imperfeito. Rio de Janeiro: Sextante; 2016.
6. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGSD, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(spe2):1156-1167.
7. Russel T. Mindfulness: atenção plena no movimento. São Paulo: Madras; 2018.
8. Fialho B. Doze exemplos de soft skills essenciais para sua carreira. Cursos e Carreiras [homepage na internet]. 2021 abr. [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: <https://abre.ai/eo6b>
9. Brasil. PNAB: política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
11. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 113-26.
12. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitc; 2004. p. 241-57.
13. Capeletto LM, Feitosa MH, Dias VRFG. Vínculo entre os usuários e as equipes de saúde da família: Uma proposta de avaliação da CASSI Curitiba e Porto Alegre [monografia]. Cidade, Instituição; 2005.
14. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
15. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm 2010;23(1):131-135.
16. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. Saúde Soc 2009;18(3):515-24.
17. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

18. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária? [homepage na internet]. [Acesso em 26 abr 2022]. Disponível em: <https://abre.ai/eo60>
19. Souza ECFD, Vilar RLAD, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008;24: s100-s110.
20. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of family medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
21. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ-Brit Med J* 1991;303(6814):1385.
22. Greenfield S, Kaplan S, Ware Jr JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985;102(4):520-528.
23. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I - Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292(6535):1573-1576.
24. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2016;26 (Supl 8): S216-S222.
25. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new consultation: developing doctor-patient communication*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
26. Advice Health. Os desafios da saúde suplementar no Brasil. Advice Health [homepage na internet]. 2018 ago. [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: <https://abre.ai/eo9l>
27. Souza JG. *Resistindo ao poder da enfermagem: uma prerrogativa do paciente [tese]*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem; 2001.
28. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátricas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
29. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020;44:e4.
30. Carvalho TS. Administração de pacientes de alto custo pela Kaiser Permanente (KP). LinkedIn [homepage na internet]. 2020 Jan [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: <https://abre.ai/eo9J>
31. Pearl R, Madvig P. Managing the most expensive patients. *Harvard Business Review* [homepage na internet]. 2020 Jan/Feb [acesso em 26 abr. 2022]. Disponível em: <https://abre.ai/eo9M>
32. Liao JM, Emanuel EJ, Navathe AS. Six health care trends that will reshape the patient-provider dynamic. *Healthcare* 2016;4(3):148-150.
33. Chesluk B, Tollen L, Lewis J, DuPont S, Klau MH. Physicians' voices: What skills and supports are needed for effective practice in an integrated delivery system? a case study of kaiser permanente. *Inquiry* 2017;54.