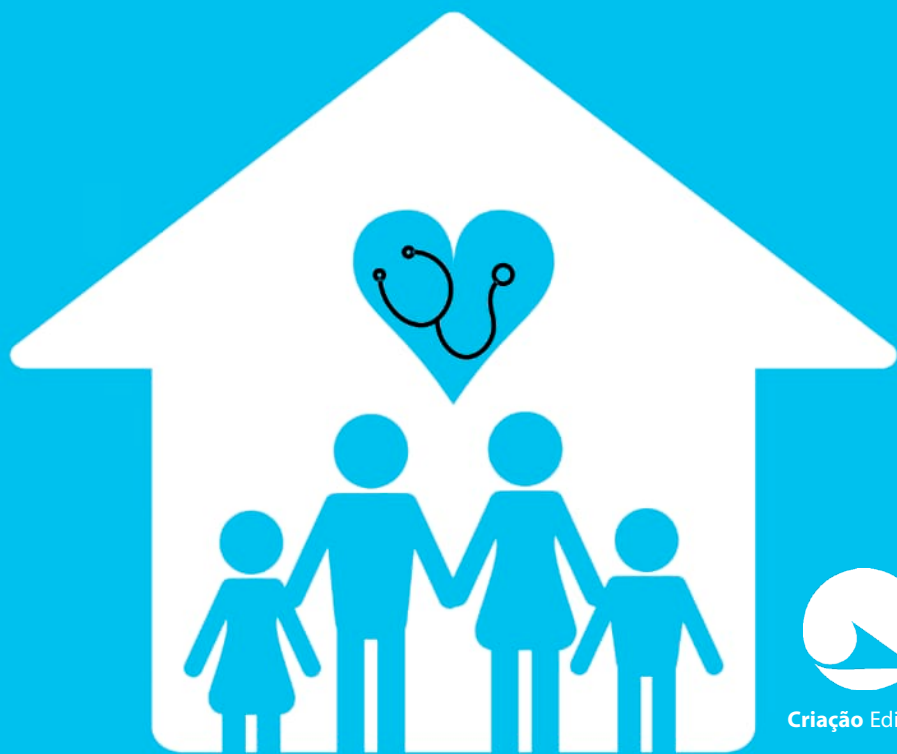


SANNI SILVINO PARENTE

# MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA O MÉDICO DA APS



Criação Editora

Título:  
MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA O MÉDICO DA APS

Elaboração:  
Sanni Silvino Parente

ISBN:  
978-65-88593-47-9

## CONSELHO EDITORIAL

Ana Maria de Menezes  
Fábio Alves dos Santos  
Jorge Carvalho do Nascimento  
José Afonso do Nascimento  
José Eduardo Franco  
José Rodorval Ramalho  
Justino Alves Lima  
Luiz Eduardo Oliveira Menezes  
Martin Hadsell do Nascimento  
Rita de Cácia Santos Souza

Lucas Aribé Alves (Parecerista de acessibilidade)

SANNI SILVINO PARENTE

# MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA O MÉDICO DA APS



Criação Editora  
Aracaju 2021

Copyright by 2021 Sanni Silvano Parente

Elaboração  
Sanni Silvano Parente

Revisão  
Marina Matos Lima Leite  
Ludmilla Coutinho Markowicz  
Juliana Balbino  
Patrícia Haddad

Diagramação  
Adilma Menezes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8/8846

P228m Parente, Sanni Silvano.  
Manual de boas práticas para o médico da APS / Sanni Silvano Parente. -- 1. ed. -- Aracaju, SE : Criação Editora, 2021.

52p.  
ISBN. 978-65-88593-47-9

1. Cajamar. 2. Medicina. 3. Profissionais da Saúde. 4. Saúde Pública. 5. SUS. I. Título. II. Assunto. III. Parente, Sanni Silvano.

CDD 610:344.041  
21-3080057003  
CDU 64.044.22

## **Apresentação**

Este documento foi desenvolvido para leitura e pesquisa dos médicos da Rede de Atenção Básica do Município de Cajamar, para guia de suas ações e gestão do cuidado. Todo o documento está pautado na mais recente legislação vigente do Sistema Único de Saúde (SUS), complementado por fontes bibliográficas de relevância no assunto e adaptado às realidades locais.

A cidade conta com dez Unidades Básicas de Saúde, em que sete delas seguem o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e três seguem o Modelo Tradicional, portanto, essa pluralidade de metodologias favorece à heterogeneidade da prestação de cuidado e diversidade de ações realizadas pelos médicos de diferentes equipes. Na busca de uniformizar e capacitar as equipes, vários protocolos, diretrizes e manuais de boas práticas estão sendo produzidos pelo Departamento de Atenção Primária.

Esse manual foi dividido em etapas:

- Parte 01: Fundamentação teórica e referencial bibliográfico. Traz uma referência bibliográfica que norteou as decisões para os capítulos seguintes.
- Parte 02: Competências e habilidades em módulos temáticos. Foi dividida a prestação de cuidado em módulos temáticos e apresentação de competências e habilidades que se espera de um médico atuante na Atenção Primária. No final de alguns desses capítulos, sugerem-se tópicos de melhoria do cuidado.

- Parte 03: Materiais de leitura complementar. Sugerem-se algumas fontes de leitura e aprofundamento do tema.

Espera-se que esse manual possa contribuir para a identificação de potencialidades e pontos de atenção entre a equipe médica.

# Sumário

## Parte 01 - Fundamentação Teórica e Referencial Bibliográfico

1. Conceito de Atenção Primária a Saúde .....	10
2. Princípios da Atenção Básica .....	13
3. Diretrizes da Atenção Básica .....	14
4. Atribuições de todos os profissionais da AB.....	16
5. Atribuições específicas do médico na AB.....	18
6. Choosing Wiseley Brasil.....	19
7. Rastreamento .....	23

## Parte 02 - Competências e Habilidades em Módulos Temáticos

8. Formação e pesquisa do médico de APS.....	28
9. Competências de comunicação, sociabilidade, cuidado centrado na pessoa e bioética .....	29
10. Gestão da Clínica .....	31
11. Competências Clínicas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's) .....	32
12. Competências clínicas com agravos agudos à saúde .....	35
13. Competências clínicas no atendimento ao adulto.....	36
14. Competências clínicas no atendimento à saúde mental ..	37
15. Competências clínicas no atendimento à saúde da mulher....	38
16. Competências clínicas no atendimento de crianças e adolescentes .....	41

## Parte 03 - Materiais de Leitura Complementar

Livros.....	44
Artigos científicos.....	48
Referências.....	50





Parte 01

**FUNDAMENTAÇÃO  
TEÓRICA E  
REFERENCIAL  
BIBLIOGRÁFICO**



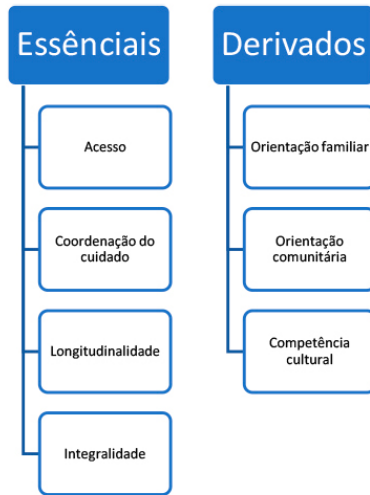
## 1. Conceito de Atenção Primária a Saúde

O termo surgiu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, enquanto discutia-se um nível de saúde oferecido por um sistema capaz de alta resolubilidade de problemas em saúde<sup>1</sup>.

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.<sup>2</sup>

Em 2001, o grupo de pesquisadores liderados por Bárbara Starfield publica estudo descrevendo os atributos da atenção primária e consolida como o nível de assistência primordial em diversos sistemas de saúde, pela sua capacidade de atender às necessidades de quase a totalidade da população, ser centrado na pessoa, longitudinal e com a proposta de coordenação do cuidado. Dividiu esses atributos em essenciais e derivados<sup>3</sup>:

Figura 1: Atributos da APS



(Starfield, 2001)

Dessa forma, os médicos da atenção primária à saúde (APS) deparam-se com uma grande quantidade de doenças e suas mais diversas manifestações, bem como pacientes hígidos apresentando demandas burocráticas ou necessidades de orientações<sup>3</sup>. Por essa razão, a capacitação dos médicos para trabalhar na APS deve ser diferenciada daquela oferecida aos especialistas na atenção secundária ou terciária, visto que há maior probabilidade de o paciente que chega à APS estar sadio que doente, enquanto o paciente nos demais serviços apresenta maior chance de estar doente<sup>3</sup>.

Essas necessidades são, portanto, consideradas de alta complexidade por exigir um profissional capaz de entender as múltiplas relações entre fatores biológicos, sociais, ecológico e culturas, bem como a exigência da capacidade de intervir em dinâmicas familiares e sociais, utilizando-se de conhecimentos de outras áreas de atuação, como sociologia, antropologia, educação, biomedicina, etc.<sup>4</sup>.

Diante da intensa movimentação internacional de orientação dos sistemas de saúde à APS, entendendo os privilégios em um sistema organizado com esse arranjo, a APS no SUS, foi denominada Atenção Básica (AB) e definida, em 2011, pela Portaria nº 2.488/Ministério da Saúde, e atualizada em 2017, pela Portaria nº 2.436/MS<sup>5</sup> como:

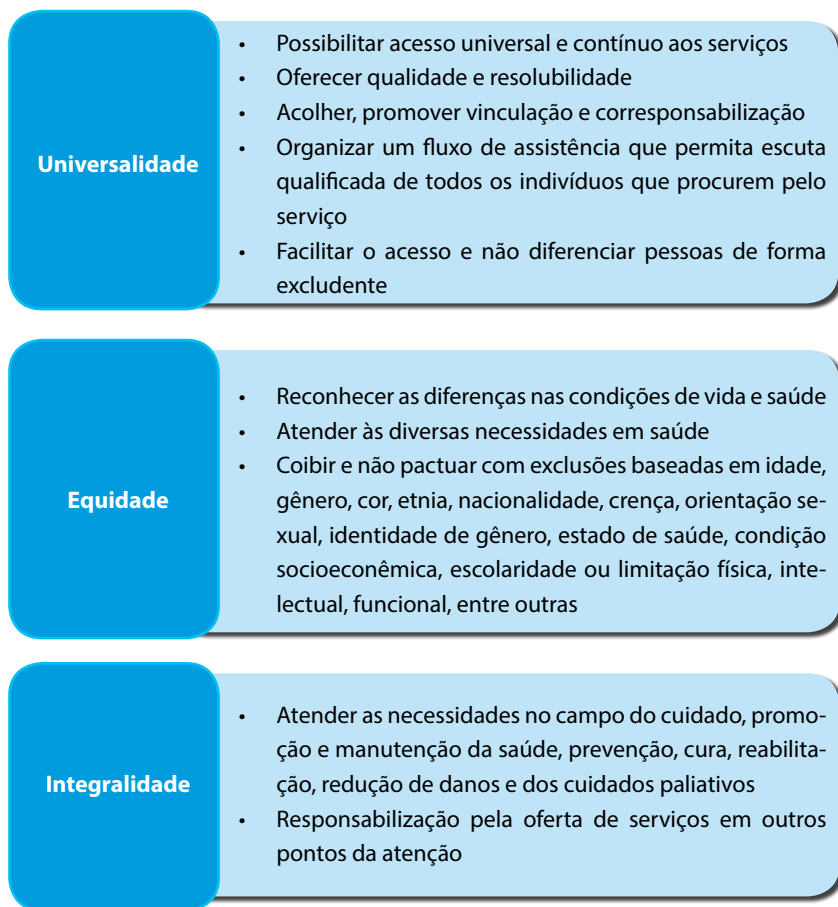
*“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (p. 3)<sup>6</sup>”*

O SUS, desde a publicação da Portaria GM/MS n. 4279 em 30 de dezembro de 2010, tem sua estrutura organizada em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a APS ocupando um posicionamento central ao ser o acesso de primeiro contato do usuário com o sistema e coordenando o cuidado<sup>7</sup>. São também participantes das RAS: a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Viver sem Limites) e a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas<sup>7</sup>. Em um sistema de saúde que funcionasse de maneira ideal, haveria uma comunicação e articulação perfeita entre os níveis de atenção.

## 2. Princípios da Atenção Básica

De acordo com a Portaria nº 2.436/2017, do Ministério da Saúde, são princípios da AB<sup>5</sup>

Figura 2: Princípios da AB

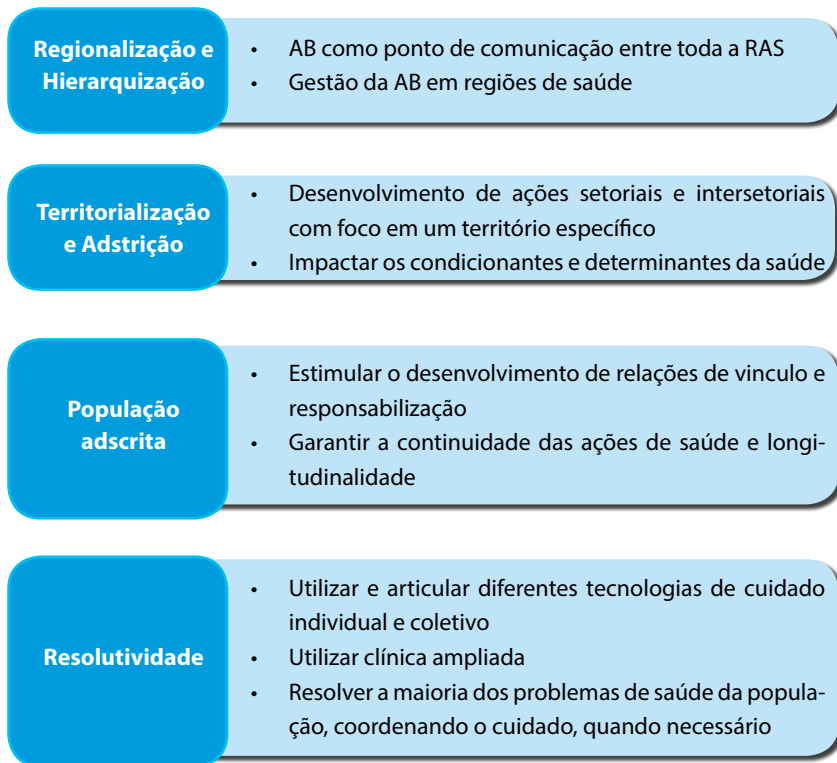


(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

### 3. Diretrizes da Atenção Básica

De acordo com a Portaria nº 2.436/2017, do Ministério da Saúde, são diretrizes da APS<sup>5</sup>

Figura 3: Diretrizes da Atenção Básica



**Cuidado centrado na pessoa**

- Desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada que auxilie na formação de autonomia da pessoa em relação a sua saúde
- Construir cuidado de acordo com as necessidades e potencialidades
- Considerar a família, comunidade e outras formas de coletividade

**Longitudinalidade do cuidado**

- Construção de vínculo e responsabilização
- Acompanhar os efeitos das intervenções na vida das pessoas
- Evitar a perda de referência
- Diminuir riscos de iatrogenia e praticar prevenção quaternária

**Coordenar o cuidado**

- Elaborar fluxos dos usuários na RAS
- Responsabilizar pelo cuidado dos usuários em qualquer ponto de atenção
- Articular-se com outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais

**Ordenar as redes**

- Contribuir para o planejamento e programação dos serviços em saúde

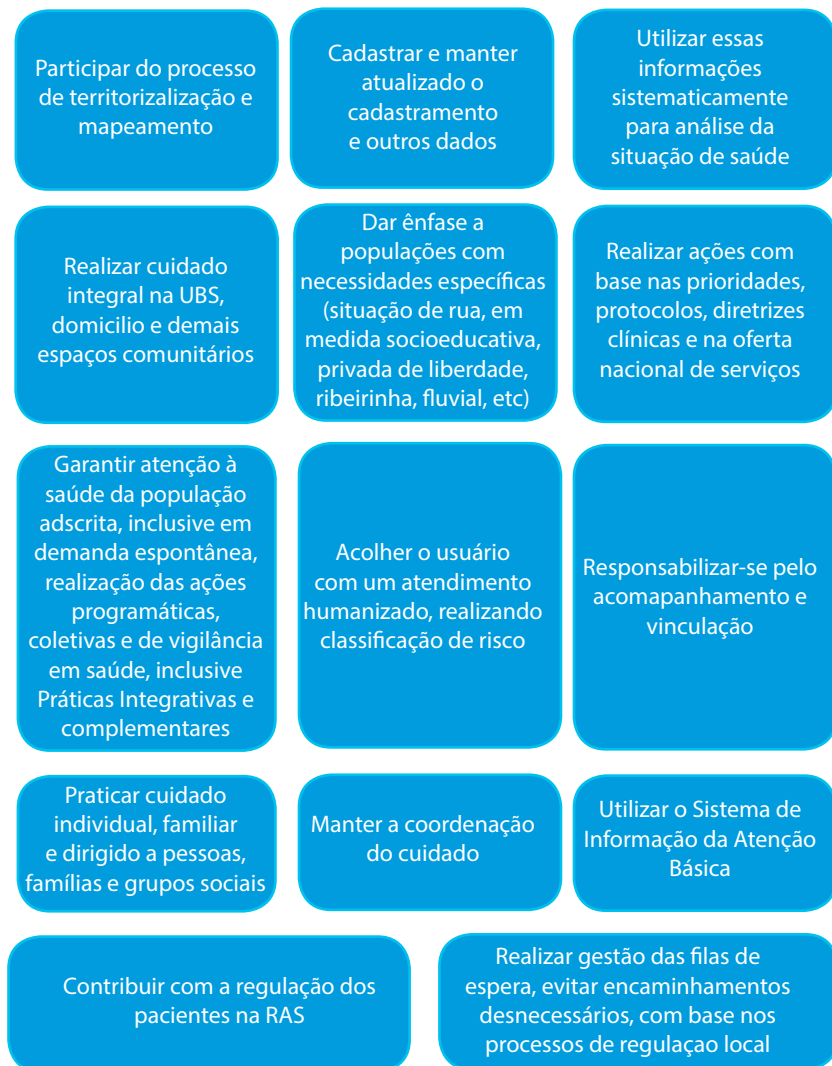
**Participação da comunidade**

- Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações e competência cultural
- Ampliar a autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território

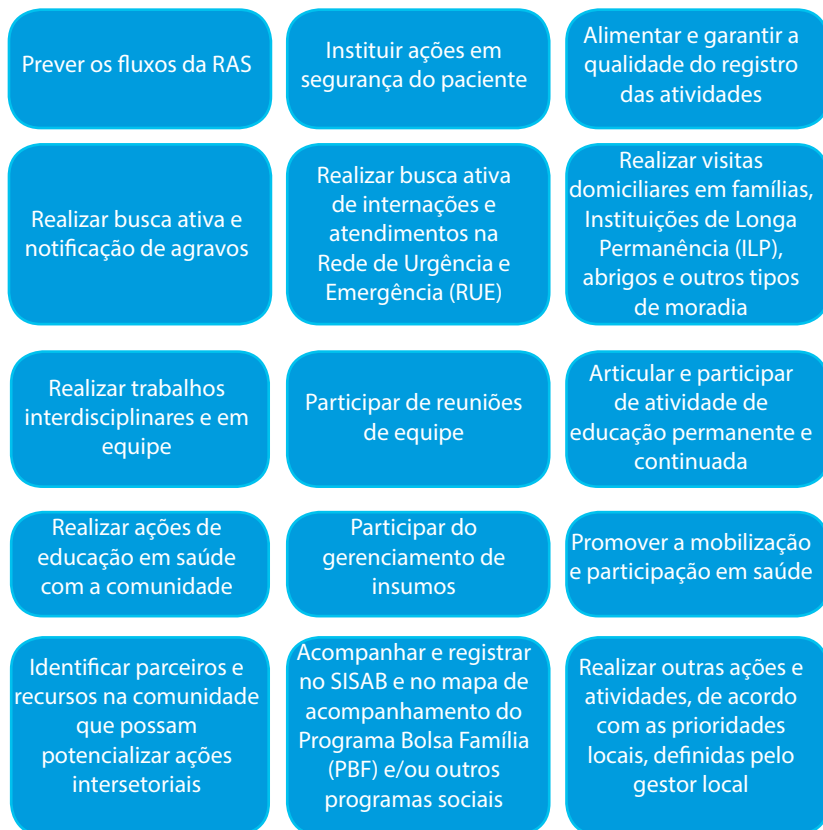
## 4. Atribuições de todos os profissionais da AB

De acordo com a Portaria nº 2.436/2017, do Ministério da Saúde, são atribuições de todos os profissionais<sup>5</sup>

**Figura 4: Atribuições de todos os profissionais da AB 01**





**Figura 5: Atribuições de todos os profissionais da AB 02**

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

## 5. Atribuições específicas do médico na AB

De acordo com a Portaria nº 2.436/2017, do Ministério da Saúde, são atribuições do médico na AB<sup>5</sup>

**Figura 6: Atribuições do Médico na AB**

### Atendimentos

- Realizar consultas clínicas
- Realizar procedimentos cirúrgicos
- Realizar atividades em grupo na UBS, domicílios e demais espaços comunitários
- Estar em conformidade com protocolos, diretrizes e outras normativas estabelecidas pelos gestores

### Estratificação de risco

- Realizar estratificação de risco
- Elaborar planos de cuidado para as pessoas com condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe

### Coordenação do cuidado

- Encaminhar quando necessário
- Respeitar os fluxos locais
- Manter a responsabilidade e acompanhamento do plano terapêutico
- Indicar internação hospitalar ou domiciliar, quando necessário

### Trabalho em equipe

- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias (ACS e ACE) e demais membros da equipe

### Outras atribuições

- Exercer demais atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação

## 6. Choosing Wisely Brasil

A tradução em português é “escolhendo sabiamente” e denomina uma campanha liderada por diversas instituições médicas pelo mundo para auxiliar o médico a fazer escolhas melhores e diminuir a quantidade de intervenções desnecessárias. Abaixo vamos listar algumas dessas recomendações, voltadas à saúde da família<sup>8</sup>:

Figura 7: Choosing Wisely para MFC

**Não fazer exames de imagem para lombalgia nas primeiras seis semanas, a menos que sinais de alerta estejam presentes:**

- A dor lombar é o 5º motivo mais comum para consultas médicas. Os sinais de alerta incluem déficits neurológicos graves ou progressivos ou quando há suspeita de condições subjacentes graves, como osteomielite.

**Não prescrever antibiótico rotineiramente para sinusite aguda de leve a moderada, a menos que os sintomas durem 10 ou mais dias ou que piorem após melhora clínica inicial**

- A maioria das sinusites no ambiente ambulatorial é devida a uma infecção viral que se resolverá sozinha.

**Não solicitar densitometria de dupla energia (DEXA) para osteoporose em mulheres com menos de 65 anos ou homens com menos de 70 anos sem fatores de risco**

- DEXA é vantajosa apenas em pacientes idosos

**Não solicitar eletrocardiogramas anuais ou qualquer outro exame cardiológico para pacientes de baixo risco sem sintomas**

- Resultados falso-positivos podem levar a danos por meio de procedimentos invasivos desnecessários, overtreatment e diagnósticos incorretos. Os danos potenciais excedem os benefícios potenciais.

**Não realizar exame pélvico ou outro exame físico para prescrever contraceptivos orais**

- Os contraceptivos hormonais são seguros, eficazes e bem tolerados para a maioria das mulheres. O anticoncepcional pode ser fornecido com segurança com base no histórico médico e medida da pressão arterial.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBM-FC) elegeu 26 recomendações voltadas ao cenário nacional<sup>9</sup>, que são:

Figura 8: Choosing Wisely Brasil

#### Não fazer de rotina PSA ou toque retal para rastrear câncer de próstata

- Os estudos disponíveis demonstram que o exame de rotina para CA de próstata de forma populacional traz mais riscos do que benefícios. Ou seja, os falsos positivos, falsos negativos e sobrediagnósticos sobrepõem-se aos benefícios. O exame mais estudado por ser padronizado é o PSA. O toque retal é menos estudado e depende da habilidade do profissional. Como qualquer ação preventiva, pode ser individualizada.

#### Não prescrever inibidor de bomba de prótons continuamente (IBP)

- Os IBP como omeprazol, pantoprazol e esomeprazol são medicações importantes no tratamento das dispepsias e úlceras gástricas. Porém, é frequente terem a prescrição de forma contínua para “prevenir gastrite”. Esta prática deve ser evitada e o tratamento em geral deve ser por um tempo definido que comumente não passa de oito semanas. Há a suspeita que o uso contínuo de IBP cause deficiência de vitamina B12.

#### Não solicitar exames de vitamina D em adultos de baixo risco

- Não há evidência de que o exame de rotina de vitamina D traga benefício que seria prevenir fraturas ou outras consequências da osteoporose. A metabolização da vitamina D envolve a radiação solar e a pouca exposição ao sol pode ser a causa da deficiência de vitamina D. Porém, a mesma radiação causa câncer de pele e, portanto, o recomendado é exposição moderada em horários com menos incidência. Mesmo sendo prevalente os estudos não concluem que o rastreamento de deficiência de vitamina D na população geral traga benefício.

### Não solicitar exame de sangue anual de rotina exceto se indicado pelo risco individual

- Não há um conjunto de exames de sangue que deva ser solicitado de rotina para toda a população com uma periodicidade pré-determinada. Os exames e a periodicidade devem ser individualizados e os mais frequentemente incluídos são glicemia de jejum e perfil lipídico após os 40 anos. Toda solicitação de exames de rastreamento, ou seja, quando não há sinais, sintomas ou doença, deve ser realizada após a conversa com um médico geral para que o conjunto de exames e a periodicidade destes seja direcionada pelos riscos individuais. Os ensaios clínicos randomizados não demonstram benefício dos check ups anuais pré-estabelecidos.

### Não presecrever antibióticos para infecções respiratórias superiores que tem alta probabilidade de ser viral

- Infecções de vias aéreas superiores são comuns e dentre as mais frequentes são as virais. Na maioria das vezes o diagnóstico é clínico e sintomas como febre baixa e ausência de pus na garganta são indícios de baixa probabilidade de serem bacterianas. Nestes casos não é necessária a identificação do vírus. Muitas vezes o quadro se prolonga por uma semana e o desejo do paciente melhorar rápido leva a uma busca pelo antibiótico, o que em geral ocorre já no final do quadro dando a impressão que foi o medicamento que causou melhora. Mas o antibiótico não muda o curso do problema quando a causa é viral.

(SBMFC, 2017)

### Outras recomendações da SBMFC foram<sup>9</sup>:

- Não solicitar mamografia de rotina para mulheres de baixo risco entre 40 e 49 anos;
- Evitar uso de benzodiazepinico em pacientes com história de abuso de substância (incluindo álcool) ou uso de múltiplas medicações psicoativas;
- Não fazer exame físico anual em adultos assintomáticos sem fatores de risco significativos;
- Não fazer ultrassom ou testes funcionais da tireóide de rotina em pacientes assintomáticos;
- Não fazer densitometria óssea em pacientes de baixo risco;

- Não fazer eletrocardiograma anual ou outros rastreamentos cardíacos em pacientes de baixo risco;
- Não rastrear paciente de baixo risco cardiovascular (risco absoluto <10% em 5 anos) com eletrocardiograma, teste ergométrico ou outro teste de estresse, escore de cálcio coronariano ou ultrassom de carótida;
- Não agendar trabalho de parto ou cesárea eletiva em gestantes antes de 39 semanas de gestação sem indicação médica clara;
- Não sugerir auto-monitoramento de glicemia capilar para diabético tipo 2 em uso apenas de medicação oral;
- Não solicitar teste ergométrico de esforço de rotina ou para pacientes sem fatores de risco que fazem atividade física recreativa;
- Não fazer exame de imagem para lombalgia antes de 6 semanas exceto se houver sinais de alarme;
- Não fazer uretrocistografia miccional rotineiramente após a primeira infecção de trato urinário em crianças entre 2 e 24 meses;
- Não rastrear estenose de carótida em adultos assintomáticos;
- Não rastrear câncer de colo em mulheres com mais de 65 que já tiveram outros rastreamentos normais e não tem risco elevado de câncer de colo de útero;
- Não rastrear escoliose em adolescentes;
- Não fazer papanicolau em mulheres que fizeram histerectomia por algum motivo que não seja câncer ou com frequência maior que a cada 2 ou 3 anos;
- Não iniciar tratamento para hipertensão ou dislipidemia antes de avaliar o risco cardiovascular global;
- Não exigir exame físico para prescrição de anticoncepcional oral.

## 7. Rastreamento

O médico da AB precisa conciliar a demanda de pacientes doentes e hígidos, mesmo que muitas vezes experimentando a doença, e aplicar conceitos claros de prevenção e promoção no cotidiano das consultas. Por isso, trazemos alguns conceitos que auxiliam no entendimento do rastreamento populacional:

### **Abordagens de rastreamento<sup>10</sup>**

- Abordagem de alto risco: Classificar o risco individual e aplicar estratégias específicas para o grupo de alto risco. Por exemplo, solicitar hemoglobina glicada para pacientes hipertensos. Essa estratégia tem baixo impacto na saúde pública, mas justifica intervenções maiores<sup>10</sup>.
- Abordagem populacional: Estratégia de redução de risco populacional de algum agravo. São direcionadas a toda ou quase toda a população e não se deve utilizar-se de abordagens muito invasivas. Por exemplo, as campanhas de imunização<sup>10</sup>.

### **Níveis de prevenção<sup>10</sup>:**

- Primária: Estratégia para diminuir ou remover os fatores de risco, por exemplo a motivação à atividade física<sup>10</sup>;
- Secundária: Detecção de uma doença em seu estágio inicial, por exemplo a realização de mamografias no grupo de risco<sup>10</sup>;
- Terciária: Ação que tem por objetivo reduzir os impactos de uma complicação da doença, por exemplo uso da fisioterapia pós AVE<sup>10</sup>;
- Quaternária: Diminuição dos danos causados pela intervenção das equipes de saúde, como a sugestão de não solicitações de exames desnecessários<sup>10</sup>.

### **Categorias de prevenção<sup>10</sup>:**

- Manutenção do baixo risco;
- Redução do risco;
- Detecção precoce: que tem duas estratégias principais<sup>10</sup>:
  - Diagnóstico precoce: motivadas por sinais ou sintomas clínicos<sup>10</sup>;
  - Rastreamento: utilizadas em pessoas assintomáticas<sup>10</sup>.

O rastreamento, por sua vez, pode ser oportunístico (em uma consulta individual, quando se verificam critérios) ou organizados por programas (como o outubro rosa).

O Ministério da Saúde, através do Caderno de Atenção Primária N° 29: Rastreamento, faz algumas recomendações para as consultas periódicas de saúde e solicitação de exames com vista à detecção precoce de agravos<sup>10</sup>, que são sumarizadas a seguir:

**Tabela 01: Indicações de rastreamento**

<b>Estratificação de risco cardiovascular</b>	
População	Adultos
Estratégia	Em todas as consultas, de forma sistemática Utilizar alguma calculadora de risco cardiovascular
Observações	Sugere-se a calculadora QRISCK3

<b>Rastreamento de dislipidemias</b>	
População	Homens com mais de 35 anos e mulheres com mais de 45 anos
Estratégia	Solicitação de colesterol total, HDL e triglicerídeos. A cada 05 anos na população de baixo risco cardiovascular. Personalizar solicitação se risco cardiovascular moderado ou alto
Observações	Calcular LDL



**Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS)**

População	Adultos
Estratégia	Anualmente se PAS entre 120-139mmHg ou PAD entre 80-90mmHg. A cada dois anos se valores abaixo
Observações	Aferição de duas medidas na semana

**Rastreamento de Diabetes Mellitus tipo II**

População	Indivíduos com PA sustentada acima que 135/80mmHg
Estratégia	Solicitação de glicemia de jejum

**Rastreamento de tabagismo**

População	Adultos
Estratégia	Questionamento em todas as oportunidades

**Rastreamento de abuso de álcool**

População	Adultos e adolescentes com evidências de uso de álcool
Estratégia	Utilizar um dos seguintes questionários: AUDIT ou CAGE

**Rastreamento de obesidade**

População	Crianças acima de 6 anos e adultos
Estratégia	Cálculo do IMC

**Rastreamento de anemia falciforme, hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria**

População	Recém-nascidos
Estratégia	Teste do pezinho

**Perda auditiva**

População	Recém-nascidos
Estratégia	Teste da orelhinha

**Deteção de ambliopia, estrabismo e defeitos da acuidade visual**

População	Crianças de até 5 anos
Estratégia	Teste da cobertura alternada e Teste de Hirschberg

**Rastreamento de CA de colo de útero**

População	Mulheres sexualmente ativas com idade superior a 25 anos até 65 anos
Estratégia	Citopatológico de colo de útero a cada 3 anos
Observações	O resultado do exame anterior pode alterar a rotina de rastreamento

**Rastreamento do CA de mama**

População	Mulheres entre 50 e 74 anos
Estratégia	Mamografia a cada dois anos
Observações	O resultado do exame anterior pode alterar a rotina de rastreamento

**Rastreamento do CA de cólon e reto**

População	Adultos entre 50 e 74 anos
Estratégia	Pesquisa de sangue oculto nas fezes anual Colonoscopia a cada 10 anos

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Parte 02

# **COMPETÊNCIAS E HABILIDADES EM MÓDULOS TEMÁTICOS**



## 8. Formação e pesquisa do médico de APS

Espera-se que o médico atuante na AB saiba reconhecer os fundamentos da Medicina Baseada e Evidências (MBE) e Prática Baseada em Evidência (PBE), onde se busque informação clínica com qualidade metodológica, de boa evidência e considerando experiência, valores e circunstâncias locais.

Além disso, espera-se que utilizem de protocolos e diretrizes com validação local para a tomada de decisão, bem como participe ativamente de grupos locais de criação de documentos científicos, colaborando com a experiência municipal em pesquisa científica.

Pleiteia-se que o médico, com a formação acadêmica que lhe confere, não seja propagador de falsas informações em saúde, tenha responsabilidade social com a população local, participando das ações de educação em saúde e que reserve agenda para reuniões de equipe para participar e proporcionar momentos de educação continuada e permanente.

Conta-se com a busca constante por atualizações clínicas e, dessa forma, entendemos a necessidade de participação em congressos, encontros científicos e simpósios.

Ademais, os dados clínicos e demais informações em saúde da população estão à disposição, salvaguardando os princípios da ética em pesquisa, para estudos e publicações na comunidade científica.

Abaixo sugestões para incorporação na prática clínica:

- Realizar pesquisas nas principais e mais confiáveis bases científicas, como Cochrane, JBI, Magnet, Medline, NICE, BMJ e outras;
- Avaliar qualquer informação com critérios científicos;
- Conhecer conceitos básicos em epidemiologia clínica;
- Avaliar os estudos científicos analisando quais resultados são válidos para mudança da prática clínica;
- Ter a habilidade de comunicar à população sobre os resultados científicos.

## **9 . Competências de comunicação, sociabilidade, cuidado centrado na pessoa e bioética**

Para a complexa tarefa de prestar assistência médica na AB, com qualidade e em uniformização com o proposto pela literatura, sugere-se que o médico tenha a constante preocupação em desenvolver sua habilidade de comunicação. Pois, a transmissão da mensagem ao paciente torna-se tão essencial quanto a aquisição de conhecimento científico. Para isso, sugerimos que o médico se utilize dos atributos da APS que tratam de orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural.

Além disso, a utilização de um método clínico que não valorize os aspectos biomédicos acima das outras questões que estão intrínsecas ao processo de adoecimento podem dificultar o entendimento das verdadeiras condições de saúde, a criação de vínculo e a resolução de problemas. Portanto, sugere-se que os médicos utilizem o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e ferramentas da Clínica Ampliada (CA).

Para proporcionar o máximo de qualidade do cuidado, também se espera que os conceitos de bioética sejam respeitados e que seja incorporado em todas as ações interpessoais.

Abaixo sugestões para incorporação na prática clínica:

- Perguntar sobre ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado;
- Questionar sobre o entendimento prévio da pessoa sobre sua condição de saúde e sentimentos;
- Reunir-se com a família do paciente para discutir aspectos do cuidado;
- Realizar visitas domiciliares;
- Listar os problemas de saúde relevantes no território;
- Considerar opiniões e ideias da comunidade sobre o sistema de saúde e melhoria dos serviços;
- Realizar ações de problematização em saúde para melhor entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS);
- Conhecer o conselho local de saúde e incentivar a participação comunitária;
- Escutar sem interromper nos dois minutos iniciais da consulta;
- Criar uma lista de problemas no prontuário do paciente;
- Ter postura acolhedora;
- Conhecer os fundamentos do MCCP e utilizar-se do mesmo;
- Preencher o prontuário do paciente utilizando-se do método SOAP;
- Saber utilizar as ferramentas de CA, como Plano Terapêutico Singular (PTS);
- Realizar diagnóstico familiar (sugere-se a utilização de ferramentas como APGAR familiar ou PRACTICE);
- Utilizar-se de ferramentas como genograma, ecopama, linha do tempo, análise do ciclo de vida e outras;
- Apropria-se dos conceitos de comunicação em momentos difíceis e comunicação não violenta.;
- Buscar sempre o consentimento informado;
- Garantir confidencialidade e sigilo profissional.

## 10. Gestão da Clínica

O médico é o responsável pela própria agenda e, portanto, deve ter compromisso com todos os pacientes que procurem por esse tipo de assistência. Consideramos que é de extrema dificuldade atender a todos os pacientes no mesmo dia que necessitam, mas para a melhor organização da agenda e aproveitamento do profissional, algumas estratégias podem ser motivadas, como:

- Realização de agendamentos para aqueles pacientes com doenças crônicas, gestantes e puericultura. Esse grupo tem uma demanda programada que possibilita a marcação periódica de visitas médicas;
- Compartilhamento das consultas com a equipe de enfermagem: ao procurar entender as necessidades dos pacientes, muitas vezes é possível compartilhar a responsabilidade com os enfermeiros da equipe;
- Realizar escuta qualificada a todos que desejarem e, dessa forma, estratificar riscos que facilita a tomada de decisão;
- Utilizar da estratégia de Demora Permitida (atendimento em até 72h), se houver condição clínica para tal;
- Realizar atendimentos no dia de situações agudas ou crônicas agudizadas;
- Separar momentos de utilização dos aparelhos telefônicos disponíveis para teleorientação e telemonitoramento da condição de saúde;
- Realizar atendimentos em grupos;
- Conhecer os sistemas de informação do SUS, como alimentar e adquirir dados a partir dessas ferramentas e suas limitações;
- Conhecer, utilizar e codificar o CIAP-2;
- Não ignorar a demanda reprimida e ser realista com as necessidades em saúde do território.

## **11. Competências Clínicas com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's)**

O acompanhamento longitudinal da população possibilita que o médico entenda relações complexas entre suas condições de saúde, histórico familiar e pessoal, componentes genéticos e DSS. Portanto, a APS torna-se o local de excelência para fornecer esse tipo de cuidado. Entretanto, é preciso que o médico lide com essas necessidades de forma diferente a lidar com as condições agudas, incluído um extremo cuidado com promoção de saúde e prevenção.

Recomenda-se que a coordenação do cuidado, pactuação com o paciente e família, vinculação e incentivo à autonomia da pessoa sejam características fortes e presentes em todos os atendimentos. Somente assim será possível entender as agudizações, evitar internações por causas sensíveis à AB, diminuir a iatrogenia causada por exames e medicações desnecessárias e, conseqüentemente, oferecer melhor condição de saúde à pessoa.

Sugestões para incorporação na prática clínica:

- Conhecer o seu paciente, ler o prontuário antes da consulta e buscar informações relevantes com a equipe;
- Sempre perguntar ao paciente quais as medicações que faz uso de modo contínuo e comparar informações com o prontuário;
- Sempre anotar as medicações em uso e resultado de exames;
- Questionar ao paciente sempre se a posologia das medicações é confortável ao uso;
- Sempre questionar sobre efeitos colaterais ou desconforto relacionado ao uso das medicações;
- Antes de introduzir qualquer medicação, verificar interações medicamentosas com demais drogas utilizadas;



- Sempre que realizar alteração nas medicações de uso contínuo, programar retornos mais frequentes para avaliar ajuste posológico;
- Manejar as condições clínicas com atitude prioritária de praticar prevenção quaternária, para isso:
  - Sempre que possível, diminuir a dose das medicações ou a quantidade de medicações;
  - Somente pedir exames complementares se houver a necessidade clínica ou epidemiológica;
  - Racionalizar a solicitação de exames de imagem;
- Se houver uma agudização de uma condição crônica, manter o tratamento e acompanhamento na APS.
- Crises hipertensivas, sem ameaça imediata à vida, descartando-se lesões em órgão alvo devem ser conduzidas na APS;
- Descompensação glicêmica, em pacientes sabidamente diabéticos, sem alterações no nível de consciência ou ameaça à vida, devem ser conduzidas na APS;
- Dores crônicas agudizadas, após descartado outra causa desconhecida, não devem ser encaminhadas à urgência, mas conduzidas na APS;
- Somente encaminhar ao especialista focal aqueles pacientes fora de condição de tratamento na APS, e, quando o fizer, continuar atendendo-o, realizando a coordenação do cuidado, ajuste de medicações e acompanhando a evolução clínica.
- Pacientes com quadros leves de doenças crônicas, compensados e sem fatores de risco importante não devem ser conduzidos à atenção secundária, mas integralmente cuidados na APS;
- Seguir diretrizes clínicas e protocolos com qualidade metodológica;
- Promover autonomia e autodireção da saúde no paciente, estimulando-os a tomar decisões, praticar autocuidado e autogestão da medicação;
- Realizar grupos voltados a pacientes com condições clínicas semelhantes;

- Investir tempo em educação em saúde durante a consulta;
- Realizar prevenção primária e secundária responsável, seguindo diretrizes consolidadas, não obedecendo a análises científicas com baixo grau de evidência e explicando ao paciente os efeitos adversos das interferências;
- Conhecer conceitos em epidemiologia clínica e aplicá-los sempre no cuidado com pacientes portadores de DCNT's:
  - Probabilidade pré-teste e pós-teste;
  - Risco absoluto e risco relativo;
  - Especificidade e Sensibilidade;
  - Valor preditivo negativo e positivo;
  - Razão de verossimilhança;
  - Número necessário para tratar (NNT) e Número necessário para causar dano (NNH).
- Ter acesso e utilizar frequentemente calculadoras médicas de uso na consulta:
  - IMC: índice de massa corporal
  - QRISK-3 ou Escore de Framingham: Risco cardiovascular
  - CKD-EPI ou Cockcroft-Gault ou MDRD: Clearance de Creatinina
  - Teste de Fagerstrom: dependência a nicotina
  - Graduação na angina de peito da CCS
  - CHADS2-VASc: Predição do risco de acidente vascular encefálico em pacientes portadores de fibrilação atrial
  - NYHA: Classificação funcional na insuficiência cardíaca
  - Cálculo da carga tabágica
  - DAS-28 PCR (ou VHS): Classificação clínica da gravidade da artrite reumatóide
  - CURB-65: Avaliação clínica do tratamento de pneumonia e indicação de internação hospitalar
  - HEART: Escala preditora de risco maior após dor torácica aguda
  - Escala de Performance Paliativa (KPS)

## **12. Competências clínicas com agravos agudos à saúde**

Como resquício do conhecimento histórico trazido do momento brasileiro conhecido como reforma sanitária, é de conhecimento comum da população e de alguns profissionais que a APS não é o local indicado para o cuidado às condições aguda. Porém essa informação é uma inverdade, visto que muitas das condições agudas podem e devem ser conduzidas na APS.

Por isso, há uma necessidade de se manter salas de observação nas UBS's e utilização de medicações enterais e parenterais nesse nível de atenção. A condução de agravos menores, sem risco iminente à vida e de fácil resolução na APS favorece a criação de vínculo, aumenta a afiliação da população à UBS e representa um grande avanço na oferta de cuidado, onde a população não precisa se deslocar por longas distâncias e ser atendida por médicos que não as conhecem, diminuindo os riscos de iatrogenias e melhorando a coordenação da RAS.

Portanto, recomenda-se que o médico faça acolhimento, escuta qualificada, estratificação de risco e atendimento à livre demanda também para casos agudos. Utilize a sala de observação da unidade para medicações que podem aliviar o sofrimento imediato do indivíduo, inclusive parenteral e realize pequenos procedimentos na UBS.

### **13. Competências clínicas no atendimento ao adulto**

Frequentemente esse grupo etário procura a UBS com queixas de agravos agudos, para revisão periódica da saúde, atendimento em saúde mental (incluindo queixas psicossomáticas) ou pedem por encaminhamentos à especialistas focais.

É preciso entender que cada uma dessas necessidades deve ser ouvida e valorizada, pois mostram como o estímulo iatrotópico pode influenciar na sensação de adoecimento. É preciso, portanto, aproveitar essas oportunidades para fazer investigações com base no MCCP, entendendo a experiência da doença.

Além disso, a consulta ao adulto com queixas vagas e inespecíficas representa uma boa oportunidade de conhecer a família, dinâmica e relações familiares, histórico de adoecimento, ciclo de vida e outras informações relevantes.

Deve-se, nessas consultas, investigar histórico de imunizações e oferecer informações relevantes em promoção de saúde.

Os hábitos de vida (tabagismo, etilismo, ritmo de sono, hábitos alimentares, sexualidade, ocupação, hobbies, etc.) devem ser pesquisados em todos os momentos oportunos e as conexões com as queixas, condições de saúde e doença devem ser feitos.

As dúvidas devem ser respondidas com o cuidado de ajustar o discurso para diferentes realidades culturais, pois isso favorece a autonomia do usuário do SUS, vinculação e autorresponsabilização.

## **14. Competências clínicas no atendimento à saúde mental**

O adoecimento mental é uma das mais relevantes queixas clínicas nos consultórios de APS, representam um grande espectro de doenças e verificam-se diversas apresentações. O paciente deve ser acolhido e conduzido na APS, com constante vinculação ao indivíduo e família, entendimento do contexto mais amplo e abordagem centrada na pessoa.

Sempre que for possível, indica-se que se reservem minutos adicionais nesse tipo de atendimento, para que a abordagem seja realizada com calma, em ambiente protegido. Esses pacientes podem apresentar-se com doenças orgânicas, somatizações, dependência de substâncias, psicoses e diversos outros distúrbios. Portanto devem ser avaliados regularmente antes de determinação diagnóstica. A abordagem deve ser diferenciada para cada situação, mas devem ser pautadas na escuta qualificada, condução da entrevista para detecção de achado significativa para a história clínica e a abordagem terapêutica deve ser realizada com indicação clínica e responsabilidade na prescrição.

Pacientes superutilizadores do serviço que apresentam condições de saúde mental devem ter seu tratamento diluído entre toda a equipe e conduzido com o máximo de respeito e acolhimento, entendendo as necessidades individuais.

Pacientes que apresentam dependência a substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) também devem ter a condução prioritária na APS, sendo direcionada ao CAPS quando fora do alcance terapêutico da equipe. Esses pacientes devem ter acompanhamento multidisciplinar, com enfoque na abordagem familiar e intensa vinculação ao serviço.

Pacientes que sejam dependentes de medicações psicotrópicas podem ser conduzidos na APS, devido ao intenso contato com a equipe e, portanto, boa percepção de efeitos como adicção. Todas as drogas prescritas, especialmente essas de uso contínuo, devem ser escritas em prontuário, incluindo a quantidade de dias do tratamento e quantidade de comprimidos a ser dispensados.

Os encaminhamentos ao CAPS, psicólogo, psiquiatra e demais serviços devem seguir diretrizes e protocolos clínicos, não sendo indicado encaminhamento de qualquer paciente a outro nível de atenção.

## **15. Competências clínicas no atendimento à saúde da mulher**

Mesmo com as particularidades inerentes ao sexo feminino, a consulta de saúde da mulher deve ser conduzida na APS pela própria equipe e apenas encaminhada ao ginecologista quando dentro de um protocolo clínica ou diretriz, se o médico de saúde da família não tiver acesso à ferramentas que sejam capazes de resolver o problema.

Dessa forma, é primordial que o médico reserve horário da agenda para esse tipo de consulta e realize, sempre que necessário, o exame clínico ginecológico, para avaliação de queixas que o exijam. Portanto, problemas ginecológicos comuns devem ser manejados na APS.

Sempre deve-se estar atento à qualquer sinal de violência doméstica ou presença de outras situações ameaçadoras à integridade emocional e física da mulher, ouvir com atenção e acolher suas queixas, identificando fatores de risco para esses tipos de problema.

Os exames preventivos (citopatológico do colo de útero e mamografia) devem ser solicitados de acordo com a rotina de rastreamento do Ministério da Saúde. E a interpretação dos resultados deve ser feita neste nível de atenção, bem como condução de investigação complementar.

As gestantes devem ser tratadas como prioridades clínicas e ter suas consultas agendadas de acordo com a demanda programada. O pré-natal no serviço de AB é uma responsabilidade compartilhada com a equipe de enfermagem e a comunicação entre a equipe deve acontecer periodicamente para melhor oferta de cuidado. Na consulta de pré-natal, pode-se utilizar o momento para incentivar a participação paterna na gestação e posterior cuidado com a criança.

A abordagem à saúde sexual e reprodutiva é primordial, sendo o momento adequado para explicação dos direitos sexuais e reprodutivos, oferta de informações e métodos contraceptivos, bem como acolhimento às dúvidas, angústias e demandas que surgirem.

Abaixo, algumas sugestões para incorporação à prática clínica:

- Sempre que possível realizar o exame clínico ginecológico:
  - Principalmente na presença de queixas como dor pélvica, úlcera genital, corrimento, prurido, sangramento uterino anormal, dispareunia e outras.
  - Realizar em ambiente adequado, reservando o tempo necessário e com a presença de um profissional de saúde do sexo feminino na sala.
- Conhecer os métodos contraceptivos ofertados na UBS e manter alguns deles em consultório;
  - Orientar o uso de contraceptivos explicando como utilizar
  - Sempre deixar preservativos femininos e masculinos no consultório para oferecer à paciente que não se sentir confortável em pegar na recepção

- Questionar sobre métodos já utilizados, efeitos colaterais, expectativas e crenças.
- Sempre investigar indícios de violência doméstica, vincular-se à paciente vítima de abuso e abordar de forma multidisciplinar;
- Solicitar exames hormonais com responsabilidade técnica e seguindo preceitos clínicos;
- Realizar consultas de pré-natal completas, com qualidade de informação e método clínico
  - Questionar se a gestação é planejada ou desejada e os sentimentos envolvidos com a mudança do ciclo de vida;
  - Sempre questionar sobre o uso de sulfato ferroso
  - Pesar a paciente em todas as consultas
  - Quando possível, medir altura uterina e quantificar batimentos cardíofetais
  - Registrar em prontuário e na carteirinha da gestante todos os dados clínicos da consulta
  - Se houver necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco, continuar atendendo essa paciente na unidade.
  - Oferecer atendimento mesmo à pacientes que realizem pré-natal na rede particular
- Prezar pela bioética, respeito, sigilo das informações e vínculo.



## **16. Competências clínicas no atendimento de crianças e adolescentes**

O atendimento a crianças e adolescentes é dividido em demanda programada (puericultura, vacinação e pesagem do Programa Bolsa Família) e livre demanda (agravos agudos). Portanto é importante que o médico tenha uma agenda preparada para receber essas demandas e as realize.

As consultas de puericultura devem seguir o calendário proposto pelo Ministério da Saúde: na 1ª semana, no 1º e 2º mês, a cada dois meses até o final do primeiro ano; duas consultas no segundo ano (18º e 24º mês) e anuais a partir do terceiro ano.

Em todas as consultas a criança deve ter suas medidas antropométricas aferidas, caderneta de vacinação conferida e realizado exame físico. De acordo com a faixa etária, os reflexos devem ser conferidos, marcos do desenvolvimento psicomotor e anotados na caderneta da criança. Deve-se reservar um tempo ao final da consulta para mostrar ao responsável o crescimento nas linhas de percentil e explicação do que foi observado.

Nas consultas com recém-nascidos, especialmente a primeira consulta, é primordial que se investigue todo o histórico obstétrico, escute o relato do parto e questione por condições socioeconômicas e doenças familiares. Além disso, deve-se questionar sobre a realização de exames de detecção precoce: teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha e teste do coraçãozinho.

Em todas as consultas deve-se questionar sobre os hábitos alimentares da criança e da família, prática de esportes para crianças em idade escolar e hábito de utilização de aparelhos telefônicos e televisão.

Para crianças de até seis meses, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo (salvo casos contraindicados clinicamente), portanto, é primordial que se ofereça à mãe escuta sobre as dificuldades e queixas e ofereça orientações com qualidade. Quando possível, solicitar à mãe que amamente a criança dentro do consultório pode fornecer informações importantes e auxiliar na condução.

Crianças que apresentem atraso no desenvolvimento psicomotor ou físico devem ser avaliadas com mais frequência e uma investigação adicional iniciada. Quando o médico julgar necessário, pode solicitar auxílio do pediatra para complementar investigação.

Crianças encaminhadas por escolas ou outras instituições, trazendo queixas de dificuldade de aprendizagem ou outra dificuldade de comunicação devem ser avaliadas em uma equipe multidisciplinar.

A solicitação de exames complementares em crianças não deve ser rotina e apenas devem ser realizados se houver indicação clínica para tal.

O médico deve estar atento aos programas de suplementação de ferro e vitamina A, especialmente em crianças que não apresentam aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

Na consulta ao adolescente, sempre que possível, investigar contatos sociais, hábitos e rotinas familiares.

Em qualquer indício de violação dos direitos da criança e do adolescente, a equipe tem o dever ético de comunicar as autoridades locais, representada pelo Conselho Tutelar, realizar visitas domiciliares e buscar informações com pessoas próximas à família.

Parte 03

**MATERIAIS DE  
LEITURA  
COMPLEMENTAR**

The bottom right corner of the page features a decorative graphic consisting of two parallel diagonal lines. The lines are light blue and extend from the bottom edge towards the right edge, creating a sense of movement and depth.

## Livros

- **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios formação e prática**  
Autor: Gustavo Gusso  
Edição: 2  
Editora: ARTMED  
ISBN: 8582715358, 9788582715352  
Num. págs. 2432 páginas
- **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**  
Autores: Ian R. Mcwhinney, Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Thomas R. Freeman, Carol L. Mcwilliam  
Edição: 2  
Editora: ARTMED, 2010  
ISBN: 853632032X, 9788536320328  
Num. págs. 376 páginas
- **Medicina Ambulatorial - 4.ed.: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**  
Autores: Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R. J. Giugliani, Michael Schmidt Duncan, Camila Giugliani  
Editora: Artmed Editora, 2014  
ISBN: 858271114X, 9788582711149
- **Medicina de Família e Comunidade - Série do médico residente do HC da FMUSP**  
Autores: José Benedito Ramos Valladão Junior, Gustavo Gusso e Rodrigo Diaz Olmos  
Editora: Atheneu  
ISBN: 978-85-388-0768-1

- **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**  
Editores: Maria Helena Magalhães de Mendonça, Gustavo Corrêa Matta, Roberta Gondim, Ligia Giovanella  
Editora: SciELO - Editora FIOCRUZ, 2018  
ISBN: 8575416294, 9788575416297
- **Território e promoção da saúde: Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde**  
Autor: Samuel do Carmo Lima  
Editora: Paco Editorial, 2017  
ISBN: 8546201161, 9788546201167  
Num. págs.: 184 páginas
- **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.**  
Autor: Bárbara Starfield  
Editora: UNESCO, 2002  
ISBN: 85-87853-72-4  
Num. Págs.: 726 páginas
- **Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde**  
Autor: Francisco Borrell Carrió  
Editora: Artmed Editora, 2009  
ISBN: 8536327766, 9788536327761
- **CURRENT/ Medicina de família e comunidade – 2.ed.**  
Autor: Jeannette E. South-Paul, Samuel C. Matheny & Evelyn L. Lewis  
ISBN: 9788563308139  
N. de páginas: 748

- **Relatos de casos de medicina: uma busca pela integralidade**  
Autor: Maria Suely Silva Melo  
Editora: Criação  
ISBN: 978-658006703-9
- **Causos clínicos: Histórias da Medicina de Família e Comunidade**  
Ano: 2018  
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SB-MFC)
- **Causos clínicos: Quando fui paciente**  
Ano 2019  
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SB-MFC)

## **DIRETRIZES CLÍNICAS, PROTOCOLOS E CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

- **Plataforma virtual da biblioteca da Secretaria de Atenção Primária (SAPS) do Ministério da Saúde.**  
Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==>>
- **Plataforma da Biblioteca Virtual do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**  
Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/>>
- **Plataforma do Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>>

## **MATERIAIS DIVERSOS**

- **Série de televisão: Unidade Básica**
  - Temporadas 01 (2016) e 02 (2020)
  
  - Universal TV
  
- **Filmes**
  - “Temporada” - Instituto de Comunicação em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) – 2019
  
  - “Sicko: SOS Saúde” - Michael Moore – 2007
  
  - “A história da saúde pública no Brasil” – Disponível na plataforma youtube
  
  - “A saúde que nós temos” - Cooperativa de Produção de Audiovisuais de Saúde (Coopas)/ Saneamento e Meio Ambiente – 2003
  
  - “Acesso ao SUS” - Cooperativa de Produção de Audiovisuais de Saúde (Coopas)/ Saneamento e Meio Ambiente – 2000

## Artigos científicos

- Donabedian, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973.
- Buss, PM., and Labra, ME., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", *OECD Health Working Papers*, No. 9, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/865047648066>.
- Shi, L. Primary care, specialty care, and life changes. *Int J Health Serv*, n 24, p 431-58, 1994
- Sestelo, José Antonio de Freitas. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2027-2034, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602027-&lng=pt&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602027-&lng=pt&nrm-iso)>. acessos em 14 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>
- Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES, Hucitec; 1981.
- Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, D.C.: PAHO; 2005.



- World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (March). Geneva: WHO, 2005.
- Mendes, E.V. Uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Matta, Gustavo Corrêa; morosini, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. Dicionário da educação profissional em saúde, v. 2, p. 44-50, 2006.
- Organização Pan-Americana da Saúde. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, D.F.: OPAS; 2012
- Anderson, Maria Inez Padua; Demarzo, Marcelo Marcos Piva; Rodrigues, Ricardo Donato. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.3, nº11, 2007. 157-172.
- Gomes, Andréia Patrícia et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 4, p. 541-549, Dec. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600014&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>.

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, D.F.: OPAS; 2012
2. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** 1978. [internet] Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
3. Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002
4. Duncan, Bruce Bartholow et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
6. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

8. Pubmed. **Choosing Wisely para Medicina de Família: 5 condutas para abandonar.** 2018. Site da internet. Acessado em 31/05/2020. Disponível em: < <https://pebmed.com.br/choosing-wisely-para-medicina-de-familia-5-condutas-para-abandonar/>>

9. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **SBM-FC. Choosing Wisely Brasil.** 2017. Página da internet. Acessado em 31/05/2020. Disponível em: < <http://www.sbmfc.org.br/choosingwisely/>>

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29

ISBN 978-658859347-9



9

786588

593479