

Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade

Family and Community Medicine: specialists in wholeness

Maria Inez Padula Anderson¹, Gustavo Gusso², Eno Dias de Castro Filho³,

*“Não precisamos saber apenas que doença a pessoa tem,
mas que pessoa tem essa doença”. (Oliver Sacks)*

Resumo

Este artigo aborda a Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade médica, apresentando breve histórico, conceitos e princípios que regem o exercício dessa especialidade bem como seus principais objetivos e campos de atuação. A partir dessa abordagem, pretende tornar mais evidente as contribuições potenciais da especialidade para a constituição de sistemas de saúde mais efetivos e eficazes, condizentes com as necessidades e demandas de saúde da população. Relaciona e contextualiza aspectos quanto à formação e capacitação pós-graduada na área, à importância da sua inserção na graduação, bem como à sua relevância na constituição dos sistemas de saúde. Neste aspecto, focaliza a Medicina de Família e Comunidade no Brasil no contexto do processo de implementação do Programa de Saúde da Família. Traz também alguma informação sobre a organização científica dos médicos do família no Brasil e no mundo.

Palavras chave: Medicina de Família; Medicina Comunitária; Cuidados Primários de Saúde; Sistema de Saúde; Educação Médica.

Abstract

This article deals with Family and Community Medicine as a medical specialty, presenting a brief background, concepts and principles that govern the exercise of this specialty, as well as its principle objectives and areas of activity. Based on this approach, we intend to demonstrate the potential contributions of this specialty for creating more effective and efficient health systems, in tune with the health needs and demands of the population. It relates and puts into context aspects concerning the training and post-graduate preparation in the area, the importance of its insertion into undergraduate studies, as well as its relevance to the constitution of health care systems. In this aspect, it focalizes on Family and Community Medicine in Brazil in the context of the process of implementation of the Family Health Program. It also offers some information concerning the scientific organization of family doctors in Brazil and the rest of the world.

Key words: Family Practice; Primary Health Care; Community Medicine; Health System; Education, Medicine.

INTRODUÇÃO

Como definir a Medicina de Família e Comunidade? Dada a organização ainda hegemônica, tanto dos sistemas de saúde quanto da subespecialização na área médica – ambas centradas na doença e com base hospitalocêntrica - sua definição ainda não se consolidou no *sensu comum*, mas algumas versões inspiradas no chamado *bom senso* têm se destacado: “o

¹ Médica de Família e Comunidade, Doutora em Saúde Coletiva, professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Presidente SBMFC 2004/2006, contato: inezpadula@terra.com.br;

² Médico de Família e Comunidade, Preceptor da Residência Médica em MFC da Universidade de São Paulo, Diretor de Comunicação SBMFC 2004/2006, contato: gustavo.gusso@uol.com.br;

médico de família e comunidade é aquele clínico geral antigo que ia na casa das pessoas” ou “o médico de família e comunidade é aquele que não se especializou em nada” ou ainda “é uma nova especialidade no Brasil”. Essas explicações, no entanto, são cercadas de ambigüidades e incorreções com as quais temos procurado interagir para reconstruí-las, buscando uma reflexão no rumo da experiência bem sucedida de Medicina de Família e Comunidade em várias regiões do Brasil e em várias nações.

O século passado foi marcado pelo avanço da ciência positivista e do crescimento de especialidades focais na prática médica. As análises que buscam explicar a crise da medicina e dos sistemas de saúde evidenciam que este crescimento exponencial da especialização focal não trouxe os benefícios esperados, apontando para a necessidade de redirecionar este modelo. A histórica Conferência de Alma Ata realizada pela OMS em 1978, é um marco em tal processo. A conferência definiu a Atenção Primária à Saúde – APS como estratégia para se atingir a equidade e a universalidade no âmbito dos sistemas de saúde. A APS e sua conceituação, ainda que suscitem discussões, trazem consigo quatro princípios fundamentais: *primeiro contato/ acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação.*

A medicina de família e comunidade – MFC – é a especialidade médica da integralidade com foco centrado na APS. Por isso, é uma especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro e fácil acesso, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a medicina de família e comunidade é um componente primordial da atenção primária à saúde

Diversos estudos asseguram que o manejo adequado de 50 diagnósticos resolve a maioria (85% em geral) dos problemas de saúde apresentados pela população de uma determinada região. Embora freqüentes, os problemas de saúde expressos nesses diagnósticos nem sempre são de fácil manejo. Muitas vezes têm alto grau de complexidade e exigem considerável suporte diagnóstico e terapêutico, ainda que com menor densidade de tecnologia dura do que em outros níveis do sistema. O médico de família e comunidade encaminha o paciente, quando necessário, a centros de referência focal. Segue cabendo a ele, no entanto, a coordenação da atenção médica à pessoa em todos os níveis.

³ Médico de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, Mestre em Educação, Diretor Científico SBMFC 2004/2006, contato: enofilho@uol.com.br.

O canadense Mc. Whinney (1995), considerado um dos maiores estudiosos da medicina de família e comunidade, definiu quatro competências próprias dessa especialidade: 1) solução de problemas que se apresentam indiferenciados; 2) competências preventivas; 3) competências terapêuticas (de problemas freqüentes de saúde); 4) competência de gestão de recursos.

Países como o Brasil, que não têm ainda uma atenção primária bem organizada, acabam desperdiçando preciosos recursos. Isto inevitavelmente leva à iniquidade e à corrosão do sistema. Por isto, muitas nações desenvolvidas vêm investindo cada vez mais na Atenção Primária à Saúde. Países como Portugal, Canadá, Inglaterra, Cuba e Holanda consideram e adotam o especialista em medicina de família e comunidade (com diferentes denominações) como o profissional de primeiro contato com excelentes resultados. Na Inglaterra, 51% de todos os médicos do país são especialistas da integralidade (“General Practitioners”); no Canadá, representam 55%; em Cuba, cerca de 65% e na Holanda eles já somam 33%. No Brasil, apesar de existir desde 1976 e ter sido uma das primeiras especialidades oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM (em 1981) e pelo Conselho Federal de Medicina (em 1986) com o nome de Medicina Geral Comunitária (mudando para o atual em 2001), ela ficou muito tempo em posição marginal, só ganhando maior visibilidade após a expansão do Programa Saúde da Família.

A Medicina de Família e Comunidade também tem contribuído para a reestruturação científica da própria medicina. Adquiriu relevância na constituição dos novos paradigmas na área da saúde e, conseqüentemente, nos campos da formação de recursos humanos e da pesquisa. Isto porque seus princípios e práticas são centrados na pessoa (e não na doença), na relação médico-paciente, na interlocução com o indivíduo contextualizado. Entende que o processo saúde-adoecimento é um fenômeno complexo, relacionado à inter-ação de fatores de ordem biológica, psicológica e sócio-ambiental.

A Medicina de Família e Comunidade, portanto, não é uma novidade no Brasil ou no mundo. Também não significa o simples retorno do “médico de família” antigo, desprovido de uma disciplina específica ou mesmo dos avanços modernos da ciência.

Essa especialidade possui uma epistemologia bem definida. Ela não é onisciente ou se define em torno de problemas banais ou de fácil resolução. As competências e habilidades específicas são nítidas, bem como os limites que essa definição implica.

O aumento do conhecimento sobre esta especialidade, o incremento e o investimento na formação de excelência de especialistas na área, bem como a necessária qualificação dos

profissionais que atuam como “médicos gerais” - sem se especializarem em integralidade - são questões estratégicas. Devidamente consideradas, contribuirão para a consolidação de um sistema de saúde mais eficaz e resolutivo, isto é, um sistema de saúde sintonizado com os processo de mudança que a construção de uma sociedade justa exige.

OBJETIVOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Identificada com princípios, conceitos e recomendações internacionais formalizadas pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA, 2002), assim como com a trajetória da reforma sanitária brasileira, a Medicina de Família e Comunidade tem por objetivos proporcionar cuidados integrais personalizados, continuados e contextualizados à saúde:

- Atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde-adoecimento.
- Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde no nível individual e coletivo.
- Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde.
- Coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo.
- Atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de sexo ou faixa etária.
- Desenvolver, planejar, executar e avaliar, integrada à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico.
- Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade.
- Desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde.
- Desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de auto aprendizagem.

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, SISTEMAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DA ESPECIALIDADE

- 1) Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica integrando o conjunto de serviços prestados pelos Sistemas de Saúde, em especial no nível da Atenção Primária à Saúde.
- 2) Sua visibilidade aumenta em contraste à subespecialização focal e à tecnificação instrumental da prática médica, com utilização inadequada e desproporcional da tecnologia dura, habitualmente acompanhadas da desvalorização (quando não substituição) da relação médico-paciente.
- 3) Sua inserção nos sistemas de saúde se dá com presença internacional, seja em países desenvolvidos como os Estados Unidos, Inglaterra, Espanha, Canadá, até países em desenvolvimento como Cuba, Costa Rica, Venezuela e México.
- 4) Em todos os países onde é adotada, tem contribuído fortemente para a melhoria dos indicadores de saúde. A Organização Mundial de Saúde- OMS e a WONCA, no documento intitulado: *Como tornar a prática e a educação médicas mais adequadas às necessidades de saúde da população: a contribuição do médico de família* de 1994, (<http://www.globalfamilydoctor/publications/>) recomendam que:

“O médico de família /generalista deve desempenhar um papel central na obtenção de qualidade, equidade e custo-efetividade nos sistemas de saúde.”

“A maior parte dos médicos de um país deverão ser médicos de família. ...é necessário estabelecer políticas nacionais no sentido de atingir este objetivo tão cedo quanto possível”.

- 5) A implementação da MFC não se dá em detrimento de outras especialidades médicas, ao contrário, deve ser exercida de forma co-laborativa; nesta condição, não é superior nem inferior a qualquer outra especialidade, devendo ser considerada um recurso permanente pelos especialistas focais, inclusive quanto ao seu escopo de atuação, de formação e de prática profissional.
- 6) A WONCA é a entidade internacional que congrega as sociedades da especialidade (e os especialistas) no mundo, inclusive a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), elaborando e recomendando a adoção de parâmetros técnico-

científicos em nível da formação e atuação profissional. Em parceria com a Organização Mundial de Saúde, promove Congressos Internacionais e Sub-Regionais envolvendo os países de acordo com a sua distribuição geográfica. Além disso, publica regularmente documentos de caráter consultivo, informativo e normatizador que visam aprimorar a especialidade, promovendo uma atuação mais uniforme nos diferentes países do mundo.

- 7) A SBMFC é a sociedade nacional filiada tanto à WONCA quanto à Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF.

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A GRADUAÇÃO EM MEDICINA

O potencial transformador identificado na Medicina de Família e Comunidade pode ser evidenciado pela inserção desta especialidade da integralidade na estrutura de destacadas escolas médicas de países centrais. Para tanto, a grande maioria delas constituiu Departamentos de Medicina de Família e Comunidade (ou denominação equivalente da especialidade), muitas com incentivo financeiro estatal, como foi o caso do governo estadunidense ainda na década de 70 (RODGERS, 2002).

No Brasil, não tem sido assim, apesar da defesa intransigente da ABEM que há décadas vem cerrando fileiras em defesa de uma formação médica de espectro generalista. Não foi por acaso que a criação da SBMFC se deu no Congresso Anual de 1981 promovido pela entidade no município fluminense de Petrópolis.

Na atualidade, os ventos sopram a favor de mudanças mais consistentes do ensino médico no Brasil e a Medicina de Família e Comunidade tem importantes contribuições a dar. Seus princípios se entrelaçam às recomendações expressas nas novas Diretrizes para o Ensino de Graduação em Medicina. Resta ao MEC e ao MS implementarem políticas efetivas de apoio ao desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade no âmago da universidade. Políticas que possibilitem o fortalecimento das iniciativas que há muito desenvolvem atividades docente-assistenciais pautadas em um conceito ampliado de saúde e visam a formação de um profissional com perfil humanista, técnica e eticamente comprometido com o cuidado integral à saúde do indivíduo, da família e comunidade.

Certos fundamentos, técnicas e práticas da Medicina de Família e Comunidade constituem elementos importantes na formação médica geral, envolvendo o aluno (e futuro médico) em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde, independentemente da especialidade que irá exercer.

Tendo como objeto a pessoa, a família e seu contexto, a medicina de família e comunidade busca integrar os aspectos socioambientais, psicológicos e biológicos, na compreensão do processo saúde-adoecimento e no cuidado a ser ofertado, originando uma forma específica e resolutiva de responder às necessidades de atenção individual e coletiva.

Os conteúdos programáticos desta especialidade, recomendados para a graduação médica, incluem:

- Conceituação e reconhecimento da importância da Atenção Primária, da Medicina de Família e da Comunidade e da prática ambulatorial nos Sistemas de Saúde.
- Compreensão e incorporação dos princípios da complementaridade e da integralidade das ações médicas e de saúde.
- Atuação onde sejam desenvolvidas práticas de atenção à Saúde da Família.
- Reconhecimento do papel e da influência da família no estado de saúde de seus componentes.
- Comunicação e Relação Médico –Paciente-Família-Comunidade.
- Reconhecimento e diagnóstico das condições de saúde socioambiental de uma família e de uma comunidade.
- Conhecimento do cadastro familiar e comunitário como instrumento facilitador do diagnóstico e abordagem médica.
- Identificação de ações prioritárias a serem focalizadas pela equipe de saúde na abordagem familiar e comunitária.
- Conhecimento e desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e educação em saúde com desenvolvimento de ações orientadas pelas necessidades e demandas das famílias e a comunidade.
- Estudo e reflexão epidemiológica.

A RESIDÊNCIA EM MEDICINA de FAMÍLIA E COMUNIDADE

Os Programas de RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA de FAMÍLIA E COMUNIDADE – RMMFC - são desenvolvidos no Brasil há mais de 25 anos (até 2002, sob o nome de Medicina Geral Comunitária). Ao contrário do que se passa nos países centrais, esses programas, durante muitos anos, não receberam apoio nem incentivos pelos gestores da saúde no Brasil. Com a implementação do PSF, este quadro vem sofrendo alterações, verificando-se um incremento no número de programas na área. Entretanto, há alguns anos vêm sendo criados programas de formação multiprofissional em Saúde da Família, na modalidade de residência.

Estes programas nem sempre se alinham a um padrão curricular. A orientação da SBMFC e do Ministério da Saúde é que o núcleo médico de tais programas seja revisto, adequando-se à Resolução da CNRM que rege a matéria e se credenciando junto a ela, sem prejuízo da matriz multiprofissional.

A Residência de MFC não tem como objetivo suprir insuficiências do curso de graduação. Seu objetivo é possibilitar a especialização em atenção integral à saúde. Espera-se que o egresso da RMMFC converta-se em agente de mudança no campo da saúde, recusando-se a assumir o papel de mero prestador de serviços, subserviente aos interesses do mercado ou de projetos reducionistas e pacotes restritivos de medicina pobre para pobre, que funcionam mais como uma espécie de regra três da medicina biotécnica.

Espera-se que o egresso domine em alto grau a clínica baseada em evidências científicas, mas seja capaz de entender e lidar de forma contextualizada e competente com a saúde das pessoas, com a saúde da família e da sociedade, a partir do paradigma do cuidado integral.

Saiba valorizar e manejar com excelência a relação médico-paciente, seja competente no trabalho em equipe e fomente a participação individual e comunitária nas questões de saúde e da cidadania. E, além disso, que saiba estimular a resiliência, considerada aqui como a capacidade de desenvolver respostas mais adequadas e saudáveis aos diferentes e diversos tipos de stress que são vivenciadas pelos indivíduos ao longo da vida e que, não raro, são também fatores envolvidos no processo de adoecimento.

Atualmente existem em curso cerca de 50 programas de MFC em atividade e/ou em processo de credenciamento junto à CNRM.

A SBMFC estimula e se coloca disponível para colaborar com as instituições que quiserem criar seus programas, como também, para colaborar com aquelas que desenvolvem as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família

OUTRAS FORMAS DE CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Nos países que implementam a Atenção Primária de qualidade, a formação de recursos humanos é uma questão estratégica. Entretanto, nem sempre, existem profissionais qualificados em quantidade suficiente para acompanhar a construção da APS.

Países que vivenciaram esta situação - à semelhança do Brasil nos dias de hoje - passaram por uma fase de transição, em que os programas de residência médica foram sendo incrementados

e, no curto prazo, outras formas de capacitação foram paralelamente desenvolvidas. Cursos de especialização e programas de educação continuada são necessários para profissionais já envolvidos nos serviços. E agora que o CFM padronizou como obrigatória a revalidação quinquenal do título de especialista, estão na ordem do dia para os que fizeram residência médica na área também.

Essas atividades, de mais curta duração, são pertinentes na atual fase de implantação da APS no Brasil. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC trabalha para estabelecer um currículo mínimo que os guie, em especial, em relação à parte clínica.

Há evidente necessidade de formação de preceptores, seja para graduação ou pós-graduação na área, e os egressos dos programas de residência em medicina de família e comunidade representam recursos indispensáveis a este processo.

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Além do título de especialista fornecido pela CNRM através da Residência Médica em MFC, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em atuação conjunta com a Associação Médica Brasileira – AMB - aos moldes a exemplo do que acontece para as especialidades focais - está certificando especialistas, através de concursos. O primeiro ocorreu por ocasião do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, em abril de 2004, no Rio de Janeiro. O próximo será realizado em maio de 2005, por ocasião do VII Congresso, em Belo Horizonte. A Residência em MFC é um dos pré-requisitos, mas não uma condição exclusiva. Aliás, os egressos dos programas de residência também são incentivados a obter este título, visto que é diferente daquele outorgado pela residência.

A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A exemplo do que ocorreu em outros países, a APS no Brasil demorou a deslanchar. Durante muitos anos, resistiu sob a forma de serviços pontuais de saúde comunitária. A partir de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família – PSF, inicia-se um processo mais estrutural e sistematizado de incorporação da APS ao sistema de saúde.

Desde que foi instituído, o PSF experimentou um crescimento exponencial. Entre seus maiores êxitos, conta a extensão de pontos de cuidado à saúde a uma grande parcela da população pobre deste país. E isto fez grande diferença.

Entretanto, a celeridade da implantação do Programa acarretou a incorporação de pessoal com formação ou perfil nem sempre adequados para compor as equipes, o que tem comprometido a legitimidade do Programa e sua extensão substitutiva de modelos tradicionais.

Há uma alta rotatividade de profissionais médicos que, em grande parte, acorrem ao programa pela perspectiva de emprego imediato com remuneração acima da média. Muitas vezes, entretanto, este profissional é surpreendido: entusiasma-se e acaba aderindo ao projeto por trás do Programa, procurando capacitação e desenvolvimento pessoal.

A inexistência e/ou precariedade de sistemas de referência, bem como dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, em muitas regiões, constituem um problema grave para as equipes de saúde da família, que não raro são deixadas à própria sorte.

Por outro lado, muitas equipes têm sido sobrecarregadas com a responsabilidade de prestar cuidados a um número exagerado de famílias, comprometendo a qualidade e a diversidade das ações que deveriam desenvolver.

Estes aspectos acima, considerados no seu conjunto, acabam por comprometer a eficácia do programa, gerando uma imagem negativa que também atinge a formação de recursos humanos e o *status* do trabalho em atenção primária. Cabe destacar que há serviços e instituições que, a duras penas, tentam reverter este quadro e modificar esta visão.

A larga experiência internacional e a própria experiência nacional, desenvolvida sobretudo em torno de serviços e projetos de APS baseados na Medicina Comunitária, não têm sido devidamente valorizadas. Inclusive no tocante à formação e capacitação de pessoal médico especificamente voltado para a APS, através dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Para caminhar de forma consistente e qualificada para a consolidação da Atenção Primária no Brasil, é necessário incrementar e valorizar a formação de recursos humanos, com ênfase para o Médico de Família e Comunidade; disponibilizar recursos diagnósticos e terapêuticos adequados à prática resolutiva da APS; adequar a infra-estrutura físico-funcional das unidades; estabelecer mecanismos eficientes de referência e contra-referência e investir na

educação permanente. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF⁴ tende a contribuir neste rumo, mas algumas vezes tem sido um biombo para renomear práticas tradicionais baseadas nos especialistas focais. Do mesmo modo, a nova regulamentação dos Hospitais de Ensino poderia ser uma ferramenta poderosa nesse sentido, mas sua versão final pode mais afastar do que integrar os grandes hospitais em relação aos programas de formação em atenção primária.

Será o investimento concreto, persistente, simultâneo e eficiente em todos componentes desta equação que permitirá conhecer e explorar todo o potencial da Atenção Primária em nosso país e constatar os resultados positivos que se farão notar na saúde e na qualidade de vida da população brasileira.

Convidamos a todos a co-laborar conosco neste processo, entrando em contato, trazendo sugestões, participando da nossa lista de discussão, filiando-se à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (www.sbmfc.org.br).

NOTA

4- O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios brasileiros, em especial para aqueles com mais de 100.000 habitantes. Inclui iniciativas direcionadas para a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população. (Ministério da Saúde, Informe da Atenção Básica n. 18, 2003).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior-SESU. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resoluções 07/1981 e 05/2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde.SAS/DAB. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família. Brasília, 2000.

FALK, J. W. A medicina de família e comunidade sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v.1, p.5-10, abr. 2004.

McWHINNEY, I. R. **Medicina de família**. Barcelona: Doyma Libros, 1995.

OMS.WONCA. Como tornar a prática e a educação médicas mais adequadas às necessidades de saúde da população: a contribuição do médico de família, 1994.

Disponível em: <<http://www.globalfamilydocotor/publications/>>. Acesso em: out. 2004.

ORTÚN, V. ; GÉRVAS, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. **Medicina Clínica**, Barcelona, n.6, p.97-102, 1996.

Rodgers, D. V. Some thoughts on culture, family medicine and academic health centers **Family Medicine**. v. 34, n.4, p.237-239, 2002.

STARFIELD, B. Is primary care essential **The Lancet**, vol. 344, p. 1129-1133, out/1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:Ministério da Saúde/UNESCO, 2004.

RAKEL, R. E. The family physician. In: RAKEL, R. E. (Org) **Textbook of family practice**. 6^a ed. Philadelphia: B Saunders, 2002. cap.1, p. 03 –18.

WONCA. **Improving health systems, the contribution of family medicine** - a guide book. Singapura: Bestprint Printing, 2002

Submissão: janeiro de 2005

Aprovação: abril de 2005
