
ANÁLISE SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE CENÁRIOS EM ATENÇÃO BÁSICA NO CURSO MÉDICO DA FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS/FASE/RJ

Paulo Klingelhofer de Sá^I João Carlos de Miranda^{II}

Palavras-chave: Atenção básica; Cenário de ensino; Humanista.

INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta a experiência da Faculdade de Medicina de Petrópolis/Faculdades Arthur Sá Earp Neto (FMP/Fase) no desenvolvimento de cenários de atenção básica voltados para a tríade ensino-serviço-comunidade. Os cenários foram desenvolvidos no final da década de 1990, buscando formar um profissional generalista que integrasse os anseios da sociedade quanto a competências e habilidades técnicas, com os valores éticos, morais, sociais, sanitários e ambientais que um profissional deve possuir, compondo uma visão mais humanista sobre promover e recuperar a saúde, além de prevenir doenças. Morin^I, em *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*, mais especificamente para o século 21, defende a necessidade de formar um ser humano mais integral, contemplado em todas as suas dimensões, mas com capacidade de refletir e agir sobre o mundo de forma diferente da verificada até hoje, a fim de construir um modelo de sustentabilidade compatível com todos os seres do planeta.

As escolas formadoras na área da saúde, assim como nas demais áreas do conhecimento, vêm enfrentando este dilema entre a continuidade de um modelo social fragmentado e em declínio e a possibilidade de um novo ainda não manifestado no horizonte. As Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem todo um arcabouço de idéias para a formação médica que, embora ainda não

saibamos como alcançar, é flexível o suficiente para buscarmos diferentes soluções. Que médico desejamos? Estes elementos permeiam toda experiência inovadora que busca provocar as estruturas hegemônicas.

HISTÓRICO

O movimento da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP)/Faculdades Arthur Sá Earp (Fase) para a formação de um médico generalista e de conduta mais humanista vem desde a sua criação, há 40 anos. Historicamente, a instituição sempre priorizou a formação geral, embora utilizasse distintas estratégias alinhadas ao pensamento da época.

A formação do profissional médico passou por momentos de grande ênfase na atenção hospitalar, mas também por breves experiências na Atenção Primária. No início da década de 1970, a instituição participou da elaboração do I Congresso Brasileiro de Medicina de Família, um feito bastante avançado quanto à formação médica na época. No entanto, somente na segunda metade da década de 1990 é que a instituição iria realizar movimentos mais audaciosos em relação à atenção básica, impulsionada pelos investimentos do Ministério da Saúde na organização do Sistema Único de Saúde.

Tradicionalmente, a medicina social, berço das reflexões dos determinantes de saúde e doença, estabeleceu os primeiros passos desenvolvendo investigações

^I Médico; Mestre em Saúde Pública; Co-Coordenador do Programa Curricular Saúde Sociedade; Diretor das unidades ambulatoriais da FMP/Fase.

^{II} Biólogo; Mestre em Ecologia; Coordenador do Programa Curricular Saúde Sociedade; Coordenador de Pesquisa e Extensão da FMP/Fase.

de cunho descritivo e diagnóstico que possibilitariam fundamentar as ações de saúde na região de Cascatinha, território de inserção do antigo *campus* da faculdade. A pesquisa, intitulada “Marco Zero”, gerou dados preciosos sobre as características demográficas, sociais e territoriais locais, permitindo engajar os estudantes no diagnóstico e no desenvolvimento de ações de saúde mais planejadas e dirigidas às necessidades da população.

O “Marco Zero” fomentou nos estudantes a vontade de compreender melhor o sistema de saúde do Brasil e do mundo. Isto gerou em alguns deles o desejo de viajar a Cuba, a fim de conhecer a experiência do seu sistema de saúde, fortemente organizado a partir da Medicina de Família e com ótimos indicadores de saúde. Em 1996, alguns estudantes se aventuraram à ilha cubana e retornaram encantados com o que viram. A experiência dos estudantes em Cuba foi apresentada na Semana Científica da faculdade no mesmo ano, em mesa-redonda sobre experiências nesta área. O espaço foi compartilhado com a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ), que apresentou seu Programa Médico de Família (Sá, 2003)², a primeira experiência oficial de governo, municipal, de organização do sistema de saúde a partir dos médicos de família na atenção básica.

A faculdade passa a olhar o movimento de organização da atenção básica pelas diferentes iniciativas de governo como as de Niterói e do governo federal, por meio do lançamento do Programa Saúde da Família, com maior interesse pela necessidade de ampliar os espaços de formação dos estudantes de Medicina em direção a uma atenção básica mais qualificada e mais adequada ao ensino. Seu primeiro movimento mais relevante em relação aos cenários da atenção básica foi a criação do Ambulatório Escola (Ambe), em 1998. Era um ambulatório constituído de clínicas básicas, complementado por algumas especialidades como oftalmologia, dermatologia, otorrino e psiquiatria. Posteriormente, foram agregados alguns exames complementares de imagem, visando à melhoria da resolutividade diagnóstica, além da inserção de estudantes de outros cursos implantados na instituição, como Enfermagem e Nutrição.

A implantação do Ambe foi um importante marco na valorização de um cenário ambulatorial básico que observasse o princípio da formação de um médico generalista. Mediante convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (RJ), a unidade passava a fazer par-

te da rede SUS local, compondo a rede de referência e contra-referência do município. Apesar do investimento no Ambe, a experiência de ensino centrada no hospital ainda era muito forte. A unidade hospitalar de ensino era e é estruturada em uma unidade geral do município, o Hospital Alcides Carneiro, municipalizado e agora elevado à categoria de Serviço Social Alcides Carneiro (Serac), com autonomia de gestão, mas pertencente à rede municipal.

Com o Ambe, pudemos valorar no currículo a experiência ambulatorial básica. No entanto, o olhar eminentemente assistencial ainda era a tônica, e apenas algumas poucas experiências de educação em saúde eram desenvolvidas às custas da participação da Enfermagem e da Nutrição, ficando o curso de Medicina quase restrito às atividades assistenciais. O hábito, a cultura e o sistema de crenças de que a medicina deveria ser quase essencialmente assistencial ainda eram muito fortes, herança do ensino hospitalar, ocasionando uma transposição do olhar hospitalar para o ambulatório e mantendo as práticas tradicionais de orientação ao indivíduo com foco na abordagem fragmentada e medicamentosa. As ações de saúde, mesmo as assistenciais, não ampliavam seus enfoques para o contexto de vida do usuário, atendo-se apenas à questão do organismo ou de uma parte dele. A hegemonia da assistência deixava a educação em saúde em segundo plano (Vasconcellos, 2001)³. Como diz Leonardo Boff⁴, cuidar é um ato para além do processo carnal, uma atitude de veneração ao corpo sagrado instituído pela natureza e vivificado pelo caráter humano de ser.

Embora articulado com a rede municipal, servindo como referência aos pacientes que receberam alta do hospital de ensino, Serac, o Ambe serviu também como referência geral para o restante da rede municipal. Mas a atenção básica, nos moldes da atenção primária, ainda era tímida. A Constituição Federal do Brasil de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional Básica de 1996 e outras medidas do Ministério da Saúde do Brasil deixavam clara a necessidade de organização do Sistema Único de Saúde por intermédio da atenção primária.

Apesar do debate entre diversas áreas de ensino, de serviços de saúde, de gestores e de representações de usuários a respeito da melhor adequação da formação dos profissionais de saúde às necessidades da sociedade,

as ações para mudanças curriculares ainda eram pontuais e tímidas (Marins, 2004)⁵.

Em 1999, a faculdade providenciou um projeto de implantação para duas equipes de Saúde da Família, nos moldes determinados pelo Ministério da Saúde. A implantação de cenário próprio se justificava pela insegurança quanto aos rumos da gestão na cidade por conta das mudanças políticas, aumentando a autonomia da faculdade no desenvolvimento do PSF e colocando-a à parte das tradicionais posturas dos servidores municipais.

Inicialmente, a decisão sobre qual comunidade seria beneficiada ficou a cargo das lideranças comunitárias, que, junto com alguns técnicos, decidiram por duas comunidades. Os critérios foram: comunidades que participassem do fórum regular de comunidades que ocorria, e ocorre, mensalmente na faculdade, como uma iniciativa para participar da vida estrutural e organizacional da população da região onde seu *campus* se situava; perfil epidemiológico dessas comunidades, levantado pelo “Marco Zero”; e características demográficas, geográficas e de organização social que pudessem oferecer condições mínimas ao desenvolvimento do PSF junto à população.

Em 2000, implantamos a primeira unidade de Programa Saúde da Família (PSF), a unidade Saúde da Família Nova Cascatinha, localizada nas dependências do Ambe. Embora tenha sido implantado pelo governo federal em 1994, o PSF só ganhou mais projeção a partir dos incentivos da Norma Operacional Básica de 1996 (MS, 1996)⁶. A FMP/Fase fez parte do Pólo de Capacitação da Estratégia Saúde da Família, do Estado do Rio de Janeiro, junto com outras instituições formadoras, desde o final da década de 1990. Assim, ela formalizou junto ao município a intenção de implantar equipes de PSF próprias integradas à rede SUS, reflexo de sua percepção clara de que as atividades no Ambe ainda não alcançavam a compreensão ampla sobre integralidade da atenção à saúde (Pinheiro e Mattos, 2001, 2003)^{7,8} e a dimensão humanística tão almejada pela instituição. Àquela época, o PSF se revelava com forte potencial para enfrentar as visões fragmentadas e hospitalocêntricas hegemônicas da estrutura curricular. A ideia de manter equipes próprias, porém integradas à rede municipal, tinha como pressuposto o fato de a rede particular exercer maior controle sobre o processo de trabalho dos profissionais em relação à rede pública. Contribuiu para isso também o fato

de as unidades serem alvo de alocação dos estudantes e por isso exigiram um profissional técnico específico, com experiência em Saúde da Família, como também afinidade acadêmica.

O início foi marcado por uma timidez institucional, até porque foi necessário que as equipes de PSF funcionassem por um ano sem estudantes, com o intuito de organizar a estrutura das unidades e da atenção à saúde local, uma vez que nesse período existiam muito poucos profissionais com perfil para trabalhar nesse programa, principalmente na área médica. O ideal era qualificar os profissionais em serviço por intermédio da própria estrutura da faculdade. Um ano depois, já estávamos com duas equipes funcionando, e a medicina social foi a primeira a inaugurar sua utilização em sua carga horária. Aos poucos, tímidos movimentos de sedução do corpo docente e discente foram sendo realizados, visando à incorporação do cenário pelo currículo.

Mas o caráter experimental do PSF seria um estigma a perseguir e que perdura até hoje. A compreensão do que significa o campo de saber da medicina de família, seu raio de ação, seu compromisso com o SUS e o fazer comunitário era rica em empirismo e com poucos estudos científicos. Experiências internacionais de alta relevância, como os modelos de Cuba, Canadá e Inglaterra, além da grande expansão das experiências nacionais, ainda eram insuficientes para convencer a força da tradição.

Em 2003, por solicitação do governo municipal para fazer frente ao Plano de Expansão do Saúde da Família (MS, 2003)⁹ e impulsionados pela necessidade de ampliar os cenários e pelo reconhecimento da elevada qualidade do trabalho desenvolvido nos PSFs da faculdade, segundo pesquisa realizada pela ENSP/Fiocruz (Macinko *et al.*, 2004)¹⁰, expandimos nossa rede própria de PSF para mais três equipes, o que permitiu um campo de cenário mais variado e amplo, favorecendo a alocação dos estudantes de forma mais regular e sistemática. Hoje, temos cinco equipes de Saúde da Família, que trabalham em quatro Unidades de Saúde, onde os profissionais técnicos – médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem – são contratados pela faculdade, e os agentes comunitários de saúde são contratados pela prefeitura. A estrutura física dos postos foi providenciada, modificada e equipada pela faculdade, que é responsável pelo custeio e manutenção das equipes e de suas atividades. O material de consumo é de responsabilidade da faculdade,

e os medicamentos são providenciados pela Secretaria Municipal de Saúde. Este pacto está formulado mediante convênio com o governo municipal, que repassa determinada verba para compor o custeio mensal das equipes em cerca de 25%.

DESENVOLVIMENTO

Foram desenvolvidas experiências para buscar a adequação do cenário às necessidades acadêmicas, ao mesmo tempo em que os estudantes dos diferentes anos eram introduzidos nesse ambiente. Era grande a dificuldade de contratar profissionais médicos de família. Uma das possibilidades que vislumbramos foi a implantação da residência médica, fato ocorrido em 2002, com a abertura de quatro vagas, duas com bolsa municipal e duas com bolsa estadual, em Medicina de Família e Comunidade. Formaríamos os profissionais que iriam trabalhar em nossas equipes. Mas a ocupação das vagas nos concursos para a nossa residência era pequena, o que nos levou a abrir mão de duas vagas e a manter apenas duas, com bolsa municipal. A busca pela residência tem sido cada vez menor, apesar da boa qualidade do programa. Atribuímos tal fato ao mercado de Saúde da Família, que não diferencia, na contratação, quem possui ou não a residência em Medicina de Família e Comunidade. O estudante prefere ir direto para o mercado de trabalho ao invés de cursar mais dois anos sem que isso faça diferença em sua colocação no mercado (MS, 2006)¹¹.

A qualidade do trabalho das duas equipes da faculdade era notória na SMS. As equipes eram solicitadas frequentemente para apresentar sua experiência em diversos fóruns, além de capacitarem, sob a forma de curso introdutório para Saúde da Família, os novos profissionais contratados para trabalhar nos demais PSFs do município. Passamos, então, a ser considerados como unidade de referência na área de Saúde da Família, inclusive com o desenvolvimento do curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade, em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e ENSP/Fiocruz. A inserção da instituição no campo da atenção básica não era mais apenas um desejo, mas uma realidade. Fazemos parte, inclusive, do Pólo de Educação Permanente do Rio de Janeiro.

Em 2003, fomos procurados pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro para formalizar um convênio de

intenções que buscava viabilizar cenários de atenção básica, mais especificamente PSF, para estudantes de pós-graduação de Zaragoza, da Espanha. Desde então, cerca de três médicos residentes em Saúde Mental daquele país ficam dois meses em nossas unidades de PSF com o intuito de experimentar ações de promoção e prevenção dirigidas a comunidades específicas.

A inquietude é a mola mestra da criatividade, e ainda estávamos insatisfeitos com os resultados obtidos. Modelos experimentais de inclusão de estudantes dos primeiros anos do curso médico nos impuseram demasiado desgaste junto ao corpo discente. Por ser uma prática experimental, o estudante não estava comprometido com o trabalho e, ao se deparar com as exigências acadêmicas das demais disciplinas, a primeira atividade a ser renegada era a prática nas unidades de Saúde da Família, pejorativamente chamada pelos estudantes de “postinho”. Do ponto de vista teórico, os conteúdos abordados ainda necessitavam de uma boa lapidação em termos de volume, pertinência e cadência. Houve várias tentativas de encontrar uma fórmula mais adequada, e a cada ano fazíamos importantes mudanças, que, porém, ficavam restritas ao âmbito da medicina social. Em 2004, experimentamos a possibilidade de o cenário integrar as diversas disciplinas do segundo ano do curso médico por meio de atividades comuns, desenhadas pelos professores das diferentes disciplinas, o que acarretou a formação de uma grande colcha de retalhos e, conseqüentemente, o fracasso da experiência. Em 2005, introduzimos o internato eletivo da medicina nos postos, com dez vagas, duas por equipe, onde o estudante ficaria três meses e meio mergulhado no cenário, desenvolvendo e participando de todas as ações de saúde promovidas pelas equipes. Segundo avaliação dos estudantes, o êxito foi muito grande, mas continuávamos engasgados com as experiências dos primeiros anos do curso. No ano seguinte, oferecemos a possibilidade do cenário para o terceiro ano da graduação, de forma experimental, mas a reação dos estudantes foi catastrófica. Eles se recusaram a participar desta experiência, traumatizados pela experiência ruim dos anos anteriores.

Uma importante mudança foi feita então: a inclusão de um pequeno período do internato, como obrigatório, para todo e qualquer estudante. O estudante seria lotado numa de nossas cinco unidades e ficaria em tempo integral por quatro semanas com o intuito de pelo me-

nos reconhecer melhor as práticas nesse cenário, futuro emprego de muitos deles ao longo do País. Esta medida gerou grande resistência inicial, mas posteriormente foi vista pelos estudantes como de grande valor para a sua formação, uma vez que nos primeiros anos eles não tinham clareza sobre o que significava o PSF.

Não dava mais para adiar, estava no fim a era dos experimentalismos. Optamos, então, pela regularização das atividades no cenário de atenção básica de forma a estabelecer um programa que possuísse um eixo norteador e que envolvesse os estudantes do 1º ao 4º anos do curso médico. Assim, no final de 2006, impulsionados pelo Pró-Saúde (MS, 2006)¹¹, elaboramos o Programa Curricular Saúde e Sociedade (PCSS), que visava à inclusão de conteúdos antes não abordados mais profundamente no curso médico, associados à prática nas unidades de PSF. O foco do programa é despertar no estudante um olhar mais amplo, que relacionasse questões socioeconômicas mundiais, questões da organização da sociedade moderna, seus conflitos, a questão ambiental, modelos de sustentabilidade e o drama da atualidade com as situações das comunidades, realizando uma reflexão sobre os macrodeterminantes em saúde e o papel dos profissionais de saúde nessas questões.

No 1º ano, trabalhamos os macrodeterminantes de saúde-doença. Este conjunto de conteúdos é trabalhado em momentos teóricos semanais e nas atividades práticas nas unidades de PSF. As atividades práticas ocorrem em uma carga horária quinzenal, com a turma dividida em A e B, indo a turma A uma semana e a turma B na outra semana, e assim sucessivamente. Os estudantes são distribuídos nas cinco equipes de PSF da própria faculdade. Cada grupo de estudantes dispõe de um professor preceptor, além dos profissionais básicos de uma equipe de PSF. As atividades práticas estão conectadas com os conteúdos ministrados em sala de aula.

No 2º ano, o PCSS agrega o olhar coletivo, mais focado nas famílias e dirigido a grupos específicos, como criança e mulher. A carga teórica é menor, mas as atividades práticas continuam com o mesmo padrão do 1º ano. Os temas são discutidos teoricamente, porém articulados com a prática, vinculando os estudantes e as famílias por meio dos grupos específicos. No 2º ano, os estudantes são organizados em duplas e vinculados às famílias – cerca de três a quatro – a serem acompanhadas ao longo do ano. O foco do 2º ano é a possibilidade de

relacionar os diferentes elementos do equilíbrio dinâmico da saúde em diferentes ciclos de vida associados aos macrodeterminantes vistos no 1º ano.

O 3º ano é a continuidade dos saberes acumulados no 1º e no 2º, só que com um componente a mais: a abordagem do indivíduo segundo os moldes da integralidade da visão do processo saúde e doença. A carga horária prática é igual à do 2º ano, e os estudantes continuam em duplas. Nas avaliações, notamos que o desempenho vem melhorando a cada ano à medida que as ações se mantêm de um ano para o outro. Mas no 3º ano ainda encontramos uma oscilação de motivação por conta da competição com as demais disciplinas, que têm foco no hospital como centro de excelência na formação do médico.

No PCSS do 4º ano, as turmas são divididas em A e B, e subdivididas em mais dois grupos, A1, A2, B1 e B2. A turma A fica no primeiro semestre, e a B no segundo. A turma A1 vai numa semana, e a A2 na outra, de forma intercalada, acontecendo o mesmo com a turma B no segundo semestre. Isto acontece porque a grade curricular dá grande ênfase à clínica médica, restando pouco tempo disponível para desenvolver as atividades do PCSS.

CONCLUSÃO

A cada ano, avaliamos o desempenho e a opinião dos estudantes e buscamos reformular as atividades e conteúdos, a fim de obter o melhor resultado possível. Ainda caminhamos com dificuldades, mas com certeza já avançamos bastante e acumulamos muita experiência na inserção do estudante no cenário da atenção básica. O envolvimento do estudante do 3º e do 4º ano ainda carece de um modelo mais integrador que envolva as demais disciplinas destes anos, mas o modelo do 1º e do 2º ano está mais adequado.

É importante destacar que este cenário é mutável e dinâmico, pois os diferentes elementos que estruturam e organizam nossa sociedade estão em constante conflito, despertando a necessidade de inclusão de temas e questões contemporâneos, mesmo que ainda não estejam visualizados no âmbito das comunidades. Como exemplo, temos a questão da sustentabilidade da vida no planeta em face das recentes e constantes notícias sobre as condições do ambiente e do clima. Torna-se imprescindível rediscutir o homem, a sociedade, suas práticas e escolhas de vida, seu modelo de consumo e geração de

resíduos, o uso da água, do solo, dos recursos naturais e a convivência harmônica de todos os seres. Não podemos conceber que as instituições formadoras da saúde não se movimentem nesta direção e revejam seus currículos. A humanidade, mais do que nunca, precisará de um profissional de saúde capaz de compreender e despertar essa discussão junto a comunidades, indivíduos e famílias, percebendo o processo saúde e doença não como algo estático, mas como uma busca de equilíbrio permanente a partir dos desafios existentes.

Nossa instituição introduziu esta questão ambiental e de sustentabilidade no PCSS desde o primeiro ano do curso. Formalmente, estes conteúdos ocupam quase 70% dos conteúdos abordados ao longo do primeiro ano. Porém, segundo o entendimento de que esta questão não pode ficar restrita a um segmento do curso, ela vem sendo ampliada aos demais anos do PCSS e avança para o internato, quando ele passa pelas unidades de PSF, assim como para a Residência em Medicina de Família e Comunidade. Os profissionais técnicos são capacitados nestas questões desde 2006, e agora os agentes comunitários de saúde de todo o município ao longo de 2008, garantindo que todos – estudantes, preceptores, profissionais de serviço e pós-graduandos – estejam atualizados sobre a complexidade da questão e assim promovam debates e discussões junto às comunidades, mudando atitudes. Consideramos vital a existência de espaços flexíveis para a formação de profissionais de saúde que se libertem das grades da assistência.

O PCSS faz parte do nosso projeto para o Pró-Saúde da medicina e estamos fazendo a avaliação geral este ano, a ser publicada no segundo semestre. Do ponto de vista do programa, analisamos a experiência como positiva na influência do estudante quanto aos aspectos relevantes na abordagem mais humana, ética e integral do indivíduo, de sua família e da comunidade.

Diferente vai se tornando o desafio à medida que cresce a experiência. Erros são cometidos e novos conhecimentos e tecnologias desenvolvidos. Reconhecemos a tecnologia não como um instrumento material, concreto como um aparelho eletrônico, mas como um equipamento intelectual que permite a elaboração de novos conceitos, reestruturação de paradigmas e revisão de práticas com o intuito de melhor servir e cuidar.

O desenvolvimento de atividades no cenário de atenção básica, ao contrário do que muitos pensam, é bas-

tante complexo, mas um importante desafio a vencer para o bem da sociedade e a saúde das instituições de ensino. Segundo Capra (2005)¹², a complexidade, a visão sistêmica da vida e a capacidade do homem de integrar saberes desenvolvendo conhecimento são o melhor caminho para sairmos do impasse provocado pela postura da sociedade contemporânea. Quando se fala de visão integral do homem, isto significa de tudo que o envolve, inclusive ele mesmo, mas não centrado nele ou a serviço dele, porém a serviço da evolução da vida e do universo.

REFERÊNCIAS

1. Morin E. Os sete saberes necessários para a educação do futuro. Cidade: editora; 2002.
2. Sá PK. Integralidade da Atenção à Saúde no Programa Médico de Família de Niterói. Mestrado [Dissertação] – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2003.
3. Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001.
4. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 11.ed Petrópolis: Vozes; 2004.
5. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Org.). Educação médica em transformação. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica; 1996
7. Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco; 2001.
8. Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde; 2003.
10. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. International Journal of Health Planning and Management. 2004;19: 303-317.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília/DF; 2006.
12. Capra F. As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix; 2005.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2006. 162p.
- Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix; 1982
- Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. PSF: A transformação começa pela atenção básica. Revista CONASEMS 2004; Ano I (6).
- Trevisol J. O reencantamento humano. São Paulo: Ed. Paulinas; 2004.