

Bases Conceituais da **Saúde 2**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-133-6

DOI 10.22533/at.ed.336191502

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é marcada por diferentes abordagens, portanto não há uniformidade, quanto ao conceito. Existem quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; serviços ambulatoriais médicos especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde; filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, implementação da Atenção Primária em Saúde não se desenvolveu de maneira uniforme. Porém, foi durante a década de 70, diante da crise econômica, das altas taxas de mortalidade que a configuração do sistema de saúde brasileiro e a concepção de seguro social passaram a ser questionadas dentro das universidades e pela sociedade civil.

Com a reestruturação da política social brasileira, entrou em voga, o modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A saúde passa a ser um direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. A Constituição Federal de 1988 aponta como princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada como eixo prioritário do SUS, com o objetivo de estabelecer a integração e promoção das atividades em um território definido. Atualmente é considerada a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de interlocução entre os demais níveis do sistema de saúde.

Apesar do aumento do acesso e da oferta dos serviços de saúde no Brasil, existe uma disparidade na implementação de uma atenção primária integral no país, pautado no desenvolvimento de ações comunitárias e mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais da doença e promover saúde.

Diante do exposto, ao longo deste volume discutiremos a Atenção Primária à Saúde, abordando diversas nuances como: aspectos históricos, a interlocução com as pesquisas avaliativas, a transversalidade com as diversas políticas de saúde, o caminho percorrido até aqui e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO	
<i>Sabrina Souza Araújo</i> <i>Alisson Bruno Leite Lima</i> <i>Thaís de Almeida Costa</i> <i>Fabiano da Silva Medeiros</i> <i>Voyner Ravena-Cañete</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915021	
CAPÍTULO 2	7
A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO	
<i>Raíssa Josefa Pereira de Moura</i> <i>Lourenço de Miranda Freire Neto</i> <i>Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo</i> <i>Renata Karine Pedrosa Ferreira</i> <i>Adrian Bessa Dantas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915022	
CAPÍTULO 3	15
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016	
<i>Victoria Farias do Nascimento</i> <i>Marília Gabrielle Santos Nunes</i> <i>Laryssa Grazielle Feitosa Lopes</i> <i>Antonio Flaudiano Bem Leite</i> <i>Edson Hilan Gomes de Lucena</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915023	
CAPÍTULO 4	29
APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Tayná Vieira da Silva</i> <i>Maria Raquel Rodrigues Carvalho</i> <i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915024	
CAPÍTULO 5	42
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Ana Beatriz Praia</i> <i>Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães</i> <i>Matheus Cruz</i> <i>Thayana de Nazaré Araújo Moreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915025	

CAPÍTULO 6 48

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

*Juliana da Rosa Wendt
Hildegard Hedwig Pohl*

DOI 10.22533/at.ed.3361915026

CAPÍTULO 7 61

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

*Rafael Dos Santos Borges
Maria de Nazaré de Sousa Moura
Marayza Pinheiro Nunes*

DOI 10.22533/at.ed.3361915027

CAPÍTULO 8 65

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Gláucia Margarida Bezerra Bispo
Camila Almeida Neves de Oliveira
Edilson Rodrigues de Lima
Cristiane Gonçalves Araújo*

DOI 10.22533/at.ed.3361915028

CAPÍTULO 9 77

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

*Fabio Daniel Pereira Sampaio
Suann Quemel Mesquita
Murilo Oliveira Pollhuber
Lenita Mayumi Ramos Sasaki
Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos*

DOI 10.22533/at.ed.3361915029

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

*Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Lucas Dantas de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo*

DOI 10.22533/at.ed.33619150210

CAPÍTULO 11 94

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Maria Cláudia de Freitas Lima
Adriano Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.33619150211

CAPÍTULO 12 109

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Ruhama Beatriz da Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150212

CAPÍTULO 13 117

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Talita Cavalcante Arruda de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33619150213

CAPÍTULO 14 126

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Antonio Araujo Ramos Neto
João Lucas Gonçalves Monteiro
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.33619150214

CAPÍTULO 15 142

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Marisa Torres de Moura Agra

DOI 10.22533/at.ed.33619150215

CAPÍTULO 16 147

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Fabianne de Jesus Dias de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150216

CAPÍTULO 17 152

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Cláudia Maria de Mattos Penna

DOI 10.22533/at.ed.33619150217

CAPÍTULO 18 163

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Débora Thaíse Freires de Brito

DOI 10.22533/at.ed.33619150218

CAPÍTULO 19 171

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Lucas Dias Soares Machado
Fernanda Maria Silva
Aliniana da Silva Santos
Maria Corina Amaral Viana

DOI 10.22533/at.ed.33619150219

CAPÍTULO 20 177

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Diene da Silva Schlikmann
Juliano de Avelar Breunig
Sílvia Isabel Rech Franke
Daniel Prá

DOI 10.22533/at.ed.33619150220

CAPÍTULO 21 189

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Samara Machado Paiva

DOI 10.22533/at.ed.33619150221

CAPÍTULO 22 195

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabiola Olinda de Souza Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.33619150222

CAPÍTULO 23 203

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida

Carmélia Aparecida Silva Miranda

DOI 10.22533/at.ed.33619150223

CAPÍTULO 24 218

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias

Jamilly Nunes Moura

John Lucas da Silva Almeida

Suelen Gaia Epifane

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Danielly Amaral Barreto

Leticia Almeida de Assunção

Letícia Gemyrna Serrão Furtado

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Marllon Rodrigo Sousa Santos

Thyago Douglas Machado

DOI 10.22533/at.ed.33619150224

CAPÍTULO 25 224

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva

Antônia Luana Diógenes

Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos

Juliana Moita Leão

Maria Raquel da Silva Lima

Maria Tayenne Rodrigues Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150225

CAPÍTULO 26 233

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva

Ruty Thaís Silva de Medeiros

Roberto Mendes Júnior

Ruhama Beatriz da Silva

Lorena Oliveira de Souza

Robson Marciano Souza da Silva

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva

Arysleny de Moura Lima

Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150226

CAPÍTULO 27	241
UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL	
<i>Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires</i> <i>Bianca Pereira Rodrigues</i> <i>Katiane Mota da Silva</i> <i>Mayara Carolina Nunes Sandes</i> <i>Sabrina Joany Felizardo Neves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150227	
CAPÍTULO 28	249
VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Maria Elda Alves de Lacerda Campos</i> <i>Cícero Natan dos Santos Alves</i> <i>Johanna Dantas Oliveira Freitas</i> <i>Larissa Brito Vieira Diniz</i> <i>Ludimilla da Costa Santos</i> <i>Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i> <i>Rosana Alves de Melo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150228	
CAPÍTULO 29	254
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA	
<i>Allana Cândida Costa Corrêa</i> <i>Deborah Shari Toth Modesto</i> <i>Denille Silva de Oliveira</i> <i>Raelyn Amorim Gama</i> <i>Rafael dos Santos Borges</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150229	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	258

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

Juliana da Rosa Wendt

Departamento de Clínica Médica, Universidade
Federal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul

Hildegard Hedwig Pohl

Programa de Pós-Graduação em Promoção da
Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul

RESUMO: O conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, é temática constante de debates, tendo em vista que a definição do que é saúde está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento das ciências da saúde e à atuação dos profissionais da saúde. Com objetivo de contribuir criticamente na discussão científica que visa a ampliar as bases conceituais da saúde, o presente capítulo versa sobre a especialidade Medicina de Família e Comunidade, contextualizando-a no cenário brasileiro e reforçando as interconexões entre seus princípios, atuação e *modus operandi* e uma conceituação mais ampliada e abrangente do que é e de como se pode promover saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina de Família e Comunidade; Conceito Ampliado de Saúde; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The concept of health, defined by the World Health Organization as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”, is a constant topic of debates, considering that the definition of health is intrinsically linked to the development of Health Sciences and to health professionals performance. With the objective to critically contribute to the scientific discussion aimed at broadening the conceptual bases of health, this chapter characterizes the Family Medicine / General Practice medical specialty, contextualizing it in the Brazilian scenario, and reinforces the interconnections between Family Medicine’s concepts, principles and performance, and a broader and more comprehensive conceptualization of what health really is and how it can be promoted.

KEYWORDS: Family Medicine; General Practice; Health Concepts; Health Promotion; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Esse conceito, denominado de conceito ampliado de saúde, apesar de representar um enorme

avanço em relação ao conceito negativo de saúde – como a mera ausência de doença – que predominava anteriormente, é problematizado ainda nos dias atuais, já que representa uma meta inatingível, desconsidera o contexto onde está inserido o indivíduo e fragmenta a pessoa na tradicional – e ultrapassada – clivagem físico-mental-social (SEGRE; FERRAZ; 1997; SCLIAR, 2007; McWHINNEY, 2010).

A definição de saúde engloba diferentes dimensões – social, psicológica, econômica, espiritual, biomédica, etc.– e, antes de tudo, consiste em uma experiência individual, perpassada por processos de subjetivação dependentes das histórias de vida das pessoas, bem como da complexa rede de interações que fazem parte do cotidiano das mesmas (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007). McWhinney (2010) considera que a positividade da saúde não está no estado, mas sim na luta, no esforço para alcançar uma meta, que, na sua perfeição, é inatingível – por isso, as palavras saúde e doença só têm sentido quando definidas em termos de uma pessoa específica, que funciona em um dado ambiente físico e social, levando em consideração os valores dessa pessoa (McWHINNEY, 2010; CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Cabe ressaltar que o campo da saúde e, em especial, as ciências médicas desenvolveram-se a partir da tendência positivista e paradigmática da ciência. Assim, considerando como científica a apreensão do seu objeto de estudo, a área da saúde organizou suas práticas a partir de conceitos diretos e operativos, não de saúde – já que é difícil delimitá-la objetivamente –, mas sim de doenças (McWHINNEY, 2010; CZERESNIA, 1999).

O conceito de doença constituiu-se a partir de uma visão reducionista e mecanicista do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais são definidas por ciências como anatomia e fisiologia – que consideram quase exclusivamente a aferição de parâmetros biométricos quantificáveis e suas respectivas curvas de Gauss como critérios para distinguir, dicotomicamente, normalidade e anormalidade, saudável e patológico. Desconectando, dessa maneira, o corpo humano do conjunto de relações que constituem o significado da vida, as ciências médicas tendem a desconsiderar, majoritariamente, que a Medicina lida diretamente com seres humanos, e não apenas com seus órgãos e funções (CZERESNIA, 1999; GÉRVAS; FERNANDÉZ, 2016).

O discurso médico científico tradicional não contempla uma significação mais ampla da saúde e do adoecer, pois a saúde não é objeto que se possa delimitar, e, portanto, não se traduz em conceito científico. A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta, correspondendo a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente por palavras. No entanto, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente, utilizando-se de conceitos científicos e propondo intervenções reconhecidas como válidas pelo método científico epidemiológico, cumprindo o proposto pela medicina baseada em evidências (CZERESNIA, 1999; McWHINNEY, 2010).

Não cabe, nesse âmbito, questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, mas sim, criticar o ponto de vista da Medicina tradicional que nega o limite da construção científica, considerando como dogma a verdade científica e tornando-se insensível ao inexplicável, não levando em consideração que o conceito de doença, embora tenha potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno da experiência da doença em sua integridade, e muito menos de expressar o fenômeno da saúde em oposição. Na tentativa de apreender a profundidade da unidade da saúde do sujeito, o máximo que se conseguiu foi expressá-la como integração biopsicossocial, o que deixa transparecer claramente a fragmentação de conceitos científicos que tem dificuldade de dialogarem entre si. Se, por um lado, a saúde é muito mais complexa que os conceitos que tentam explicá-la, por outro lado, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções objetivas (CZERESNIA, 1999; McWHINNEY, 2010).

É na desconstrução desse antigo paradigma da Medicina – o chamado paradigma biomédico – que se destaca a Medicina de Família e Comunidade: uma especialidade médica relativamente recente, que se dedica à compreensão holística da pessoa como um todo – um ser integrado com sua história, um presente e um futuro, em que se aninham um número infinito de realidades, relacionamentos sociais e desafios ambientais, em um pano de fundo de propensões genéticas –, tornando a consulta médica um engajamento emocional entre o médico e a pessoa; e, através da empatia, busca compreender um conjunto de sintomas em sua complexidade, considerando-os como manifestações do organismo tentando alcançar uma adaptação frente a novas circunstâncias trazidas por um problema, doença ou acidente (McWHINNEY, 2010; CZERESNIA, 1999).

Com objetivo de contribuir criticamente na discussão científica que visa a ampliar as bases conceituais da saúde, o presente capítulo versa sobre a especialidade Medicina de Família e Comunidade, contextualizando-a no cenário brasileiro e reforçando as interconexões entre seus princípios, atuação e *modus operandi* e uma conceituação mais ampliada e abrangente do que é e de como se pode promover saúde.

2 | A ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O Relatório de Flexner, publicado em 1910, trouxe profundas implicações para o ensino da Medicina ao propor, dentre outras medidas, a reorganização curricular das escolas médicas em torno do contexto hospitalar como campo preferencial de estágio e da cisão entre ciclo básico e ciclo clínico na graduação. À Reforma Flexneriana, seguiu-se a denominada Era da Superespecialização, que perdura ainda na contemporaneidade, com acentuada fragmentação da profissão médica e intensa valorização de subespecializações. Somado a isso, houve deterioração progressiva do relacionamento médico-paciente e supervalorização de parâmetros estritamente

biológicos na saúde, consequências marcantes do positivismo científico e da ênfase tecnológica do modelo biomédico hospitalocêntrico (PLAGIOSA; ROS, 2008; McWHINNEY, 2010; FAVA; SONINO, 2008; CUTOLO, 2006).

Como resposta opositora a esse contexto, surgiu a especialidade médica denominada, no Brasil, Medicina de Família e Comunidade (MFC). A criação, em 1972, da *World Organization of National Colleges and Academies of General Practice and Family Medicine* – WONCA, órgão internacional que representa os médicos de família e orienta sua prática, foi marco inicial da história da especialidade no mundo (McWHINNEY, 2010; FALK, 2004).

Por se tratar de uma especialidade de surgimento recente, a MFC ainda é tema de debates acerca de sua identidade e atuação (RODRÍGUEZ et al., 2014; MARTIN et al., 2004). Além disso, ao contrário da maioria das especialidades médicas, a Medicina de Família e Comunidade não é definida em termos de conteúdos específicos e, ao não limitar seu escopo de atuação a determinadas doenças, tecnologias ou sistemas orgânicos, ocasiona, nessa amplitude de abrangência, dificuldades em delimitar uma conceituação precisa (McWHINNEY, 2010).

No entanto, a Medicina de Família e Comunidade, por possuir uma base epistemológica que a define, é considerada como uma disciplina (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013). Segundo a definição do consenso do WONCA europeu, revisado em 2011, a disciplina de Medicina de Família e Comunidade é definida por: ser, geralmente, o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, ao propiciar acesso ilimitado aos pacientes; lidar com todos os problemas de saúde, em suas dimensões física, social, psicológica, cultural e existencial, independentemente de idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão, desenvolvendo um relacionamento longitudinal, centrado na pessoa e com efetiva comunicação médico–paciente; utilizar com eficiência os recursos da saúde, gerindo problemas tanto agudos quanto crônicos dos indivíduos, trabalhando de maneira interdisciplinar multiprofissional e coordenando a prestação de cuidados e a interface com outras especialidades médicas; responsabilizar-se pela saúde da comunidade de maneira específica e assumir o papel de advocacia do paciente sempre que necessário (ALLEN et al., 2011).

A Medicina de Família e Comunidade é uma disciplina que pode ser definida em termos de relacionamentos, no qual o relacionamento é anterior ao conteúdo (RODRÍGUEZ et al., 2014). O primeiro princípio da especialidade reforça que o compromisso primordial do médico de família é com a pessoa / família / comunidade, sem limitação do atendimento segundo o tipo de problema de saúde apresentado – o que significa que qualquer problema relacionado à área da saúde de um indivíduo está dentro do campo de trabalho desse profissional e que o comprometimento não tem ponto final definido, pois o relacionamento não se encerra ao final de um tratamento (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013).

Além disso, o médico de família deve procurar compreender o contexto da experiência com a doença, observando-a no seu contexto pessoal, familiar e social

(McWHINNEY, 2010). A especialidade dá importância aos aspectos subjetivos da medicina, pois considera que, para entender os relacionamentos, é preciso conhecer as emoções, inclusive as próprias, convidando o médico de família à autorreflexão (ALLEN et al., 2011; CUTOLO, 2006). A prática da Medicina de Família e Comunidade busca transcender a divisão tradicional entre mente e corpo, utilizando, como ferramenta da consulta, o método clínico centrado na pessoa, o qual exige atenção às emoções das pessoas (FAVA; SONINO, 2008).

Outro princípio da especialidade é que o médico de família de comunidade percebe cada contato como uma oportunidade de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de ver as pessoas que atende como constituintes de uma população de risco, integrando dois tipos de conhecimento: a capacidade de descobrir o universal no particular e a habilidade de enxergar o particular no universal (McWHINNEY, 2010; RODRÍGUEZ et al., 2014). Considerando que, em média, um médico de família e comunidade encontra cada pessoa sob seus cuidados quatro vezes ao ano, esses encontros constituem ricas oportunidades de colocar em prática a medicina preventiva e a promoção da saúde (McWHINNEY, 2010).

No entanto, essa visão, que tem por base a epidemiologia e a bioestatística, pode gerar conflitos com o primeiro princípio – de compromisso com a pessoa –, pois a ênfase na prevenção pode competir em termos de tempo e recursos com o atendimento que tem por base as respostas aos problemas identificados pela pessoa, bem como pode afastar o foco do atendimento da complexidade da pessoa em prol de resultados numéricos (CUTOLO, 2006; McWHINNEY, 2010). Outros princípios igualmente importantes da Medicina de Família e Comunidade são o trabalho em rede, o atendimento domiciliar e o gerenciamento de recursos, aspectos esses que podem tornar-se fontes importantes de conflitos, dependendo do contexto de administração, gestão e organização do processo de trabalho (ALLEN et al., 2011; GAY, 2013).

Uma particularidade chave da especialidade é que o médico de família e comunidade é, por natureza e função, um generalista. Os generalistas têm a perspectiva da organização como um todo e suas relações com o mundo externo, buscam entender como cada parte funciona dentro do todo e auxiliam na adaptação a mudanças, tanto internas quanto externas. Os problemas que surgem devem ser trazidos ao generalista para avaliação: após definir o problema, o generalista pode tratá-lo ou encaminhá-lo para um especialista – porém manterá a responsabilidade de assegurar que o problema será tratado de acordo com o interesse da pessoa / família / comunidade (McWHINNEY, 2010; RODRÍGUEZ et al., 2014; MARTIN et al., 2004; STARFIELD, 1994; STARFIELD, 1998).

Ao decidir por esse campo da medicina, os médicos de família e comunidade renunciam ao desenvolvimento unilateral em favor do equilíbrio e completude, com o ônus da falta de reconhecimento por uma sociedade que é, por ela mesma, desequilibrada, e o sacrifício de talentos especiais em favor da excelência geral (McWHINNEY, 2010).

Alguns autores consideram que não há como produzir formas de Atenção à Saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença (CZERESNIA, 1999). No entanto, ainda que a Medicina de Família e Comunidade se utilize dos conceitos científicos tradicionais das doenças, a doença não é conceitualmente separada da pessoa, nem a pessoa é separada do seu ambiente (McWHINNEY, 2010) – seria essa uma forma de Atenção à Saúde que não procurar operacionalizar conceitos, mas sim transcende-los?

A Medicina de Família e Comunidade é, por definição, uma especialidade clínica orientada para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS, entendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a oferta de cuidados essenciais em saúde, baseada em técnicas e práticas cientificamente abalizadas e socialmente aceitáveis; e como uma tecnologia integralmente acessível para pessoas e famílias em seus contextos comunitários, deve ser o preceito orientador de um Sistema de Saúde integral, conforme proposto pela Conferência de Alma-Ata, em 1978 (McWHINNEY, 2010; WHO, 1978; STARFIELD, 1994; STARFIELD, 1998).

De forma semelhante, o *American Institute of Medicine* define cuidados primários como a prestação de serviços de saúde integrados e acessíveis, por médicos capacitados para responder à grande maioria das necessidades de cuidados de saúde pessoais, que desenvolvam uma parceria sustentada com seus pacientes e que pratiquem a medicina no contexto da família e da comunidade (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013; MARTIN et al., 2004; STARFIELD, 1998).

A eficácia e a eficiência da Atenção Primária à Saúde têm sido evidenciadas, cada vez mais, assim como sua capacidade de reduzir as iniquidades em saúde, já que uma boa APS pode melhorar a qualidade, os resultados e os custos dos cuidados e deve tornar-se o verdadeiro norte dos sistemas de saúde (McWHINNEY, 2010; RAWAF; MAESENEER; STARFIELD, 2008; GÉRVAS; FERNANDÉZ, 2016; STARFIELD, 1998). Diversas pesquisas comprovam que a Atenção Primária à Saúde é promotora de saúde, prevenindo doenças e mortes, e que um Sistema de Saúde por ela orientado é mais equânime e tem melhores desfechos de saúde (STARFIELD, 1994; STARFIELD, 1998; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Estudos recentes demonstram que a especialização em Medicina de Família e Comunidade melhora a qualidade da Atenção Primária à Saúde (JUNIOR, 2011), além de impactar diminuindo internações hospitalares por condições sensíveis à APS (AFONSO et al., 2017).

3 | A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL

No Brasil, a Medicina de Família e Comunidade surgiu em 1976, com a criação dos três primeiros programas de residência médica em Medicina Geral Comunitária: em Porto Alegre–RS, no Centro de Saúde Murialdo; em Vitória de Santo Antão – PE, no

Projeto Vitória; e no Rio de Janeiro–RJ, no Serviço de Medicina Integral do Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Foi reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981 e oficializada como especialidade perante o Conselho Federal de Medicina em 1986. Em 2002, a especialidade, que até então era denominada Medicina Geral Comunitária, foi rebatizada Medicina de Família e Comunidade (FALK, 2004).

Para tornar-se especialista em Medicina de Família e Comunidade, no país, é necessário completar dois anos de treinamento em Programa de Residência Médica em MFC, ou ser aprovado em prova de titulação promovida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, após quatro anos comprovados de trabalho em Atenção Primária à Saúde em tempo integral (AFONSO et al., 2017).

Segundo o último censo demográfico médico brasileiro, a Demografia médica no Brasil (SCHEFFER et al., 2018), realizada em 2018, existem 452.801 diplomados em medicina no país. Algumas características marcantes sobre a profissão médica, demonstradas por estudos internacionais e evidenciadas também no contexto brasileiro pelo censo, são as longas jornadas de trabalho – dois terços dos médicos brasileiros têm carga horária superior a quarenta horas semanais –, a multiplicidade de vínculos empregatícios – quase metade possui três ou mais vínculos concomitantes – e a elevada taxa de percepção de sobrecarga de trabalho – um terço dos médicos sente-se sobrecarregado – (SCHEFFER et al., 2015; DYRBYE et al., 2013).

Sessenta e dois por cento dos médicos brasileiros possuem título de especialista – foram considerados como especialistas, nessa pesquisa, aqueles que concluíram Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação e possuíam registro de especialista certificada pela Associação Médica Brasileira, entre os quais há 5.486 médicos de família e comunidade (SCHEFFER *et al.*, 2018).

As características sociodemográficas e a distribuição geográfica dos médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil estão detalhados na tabela e nas figuras abaixo (SCHEFFER et al., 2018).

Medicina de Família e Comunidade		
Número de especialistas	5.486	
Razão de especialistas por 100.00 habitantes	2,64	
Percentual sobre total de especialidades	1,4	
	Média (anos)	DP
Idade	42,8	9,9
Tempo de formado	16,6	9,9
	Número	%
Masculino	2.364	43,1
Feminino	3.121	56,9
Distribuição por faixa etária	Número	%
<29 anos	340	06,2

30–39 anos	2.266	41,3
40–49 anos	1.591	29,0
50–59 anos	867	15,8
60–69 anos	395	07,2
>70 anos	27	00,5

Tabela 1: Características sociodemográficas da especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Fonte: Adaptado de SCHEFFER et al., 2018.

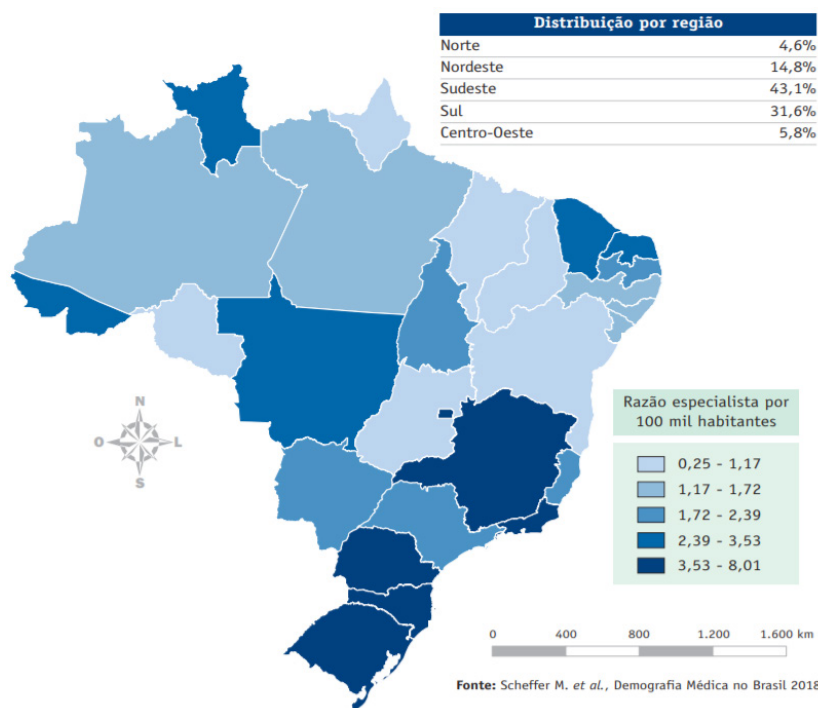


Figura 1: Mapa de distribuição dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade nas Regiões brasileiras.

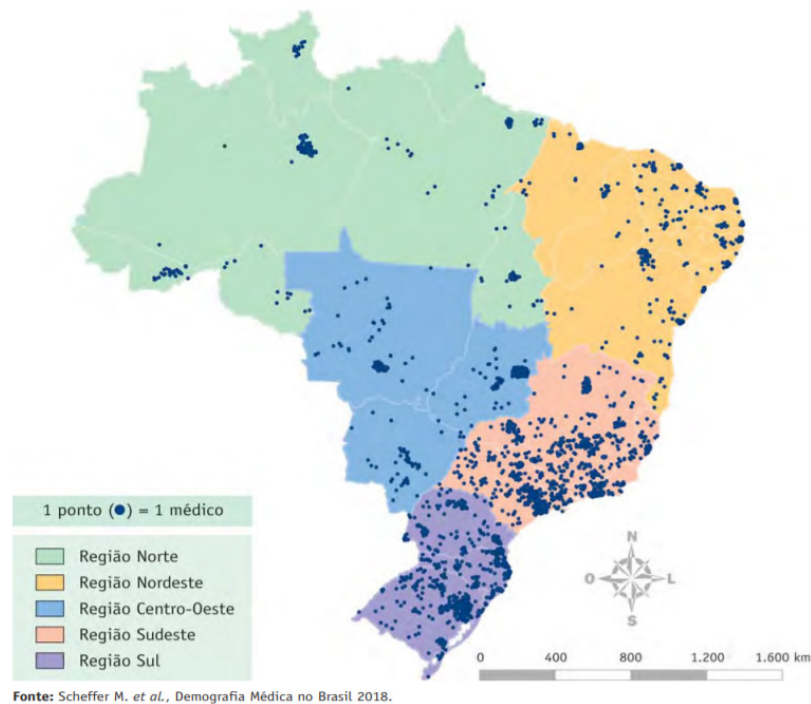


Figura 2: Mapa de distribuição dos médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil por Municípios.

No Brasil, em 1994, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada como tática para a reorientação do Sistema Único de Saúde a partir da expansão da APS (CASTRO et al., 2012; FALK, 2004). Essa Estratégia pode ser entendida como um modelo de Atenção Primária à Saúde operacionalizado através de ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, prestadas por equipe de saúde da família, comprometida em cuidar da saúde de forma abrangente e integral, com foco na unidade familiar e em consonância com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade (FERRER et al., 2014). Várias pesquisas estudaram a qualidade da APS no Brasil, encontrando superioridade nos serviços organizados no modelo da Estratégia de Saúde da Família em comparação às Unidades Básicas de Saúde tradicionais (CASTRO et al., 2012), bem como evidenciando que a especialização em Medicina de Família e Comunidade associa-se a melhora significativa da qualidade da Atenção Primária em Saúde (JUNIOR, 2011).

Apesar da especialidade ser orientada para o trabalho na Atenção Primária à Saúde, obtendo bons resultados em saúde já evidenciados nacional e internacionalmente, o fato de a formação específica em Medicina de Família e Comunidade não ser obrigatória para atuação na APS no Brasil, aliado ao excesso de carga de trabalho, à precariedade de vínculos empregatícios, à baixa remuneração e ao baixo status social e profissional no trabalho em APS (MELLO et al., 2009), acabam por despertar o interesse dos médicos de família e comunidade para outras opções de trabalho fora do ambiente da APS (WENDT, 2018).

O médico de família e comunidade tem uma formação integral: a Residência

Médica em Medicina de Família e Comunidade, segundo os requisitos mínimos propostos pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, deve contemplar atuação na área de Saúde Coletiva (BRASIL, 2015), sendo as habilidades em gestão em saúde consideradas competências essenciais para o médico de família – o que oportuniza a atuação do MFC como gestor (SBMFC, 2015). Ademais, a recente ampliação do número de vagas em cursos de Medicina (BRASIL, 2015), associada ao enfoque nas temáticas da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade, previstas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), têm tornado a docência outra possibilidade de carreira para os médicos desta especialidade (WENDT, 2018).

Embora exista ampla pesquisa sobre o trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro (BRASIL, 2015; SIQUEIRA et al., 2009), cabe salientar que são escassos os estudos com enfoque exclusivo em especialistas em Medicina de Família e Comunidade – uma área de pesquisa com interessantes potencialidades (AFONSO et al., 2017; MELLO et al., 2009). Os trabalhos já realizados com essa público-alvo, em geral, tratam dos médicos de família e comunidade de uma única cidade (MELLO et al., 2009; JUNIOR, 2011), ou dos egressos de um Programa específico de Residência Médica em MFC (FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004), havendo poucas iniciativas de inquéritos em âmbito nacional sobre essa população de médicos especialistas (WENDT, 2018).

A Medicina de Família e Comunidade encontra-se em pleno processo de consolidação no Brasil, trazendo contribuições às discussões sobre saúde e avanços aos serviços nos quais esses médicos especialistas estão inseridos, seja no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Saúde Suplementar, da Atenção Domiciliar, da gestão ou da docência (FALK, 2004; WENDT, 2018). Por isso, é fundamental que sejam realizados mais estudos sobre a Medicina de Família e Comunidade no país, de maneira coletar evidências sobre a importância do trabalho desses profissionais médicos tão subestimados, além da divulgação da especialidade e da participação ativa em discussões sobre a temática da saúde, com vistas a promover sensibilização e reflexão públicas sobre a especialidade e sua atuação (WENDT, 2018).

4 | CONCLUSÃO

Ao lidar cotidianamente com a complexidade intrínseca de cada indivíduo, família e comunidade; ao buscar valorizar a subjetividade; ao não dissociar a entidade patológica do ser humano que a experimenta, nem fragmentar corpo-mente-alma-ambiente; ao trabalhar em equipe de forma interdisciplinar e coordenada, responsabilizando-se pela advocacia do paciente; ao aliar os conhecimentos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis às habilidades de comunicação e ao desenvolvimento de uma relação médico-paciente de qualidade, em um relacionamento longitudinal, com

empatia e decisões compartilhadas, respeitando a autonomia dos sujeitos, a Medicina de Família e Comunidade rompe paradigmas tradicionais das ciências da saúde, e em especial, do modelo biomédico hospitalocêntrico, que ainda operam priorizando variáveis biológicas quantificáveis, desconectando o corpo humano de toda a trama de relações e experiências que são significado à saúde e à própria vida.

Dessa maneira, conclui-se que o conceito, a história, os princípios e a atuação da especialidade Medicina de Família e Comunidade, tanto no mundo quanto no Brasil, contribuem na busca por uma ressignificação mais ampliada, integrativa e holística das bases conceituais na saúde: a saúde entendida como o processo de adaptação e readaptação às alterações sofridas pela pessoa em seu contexto, na luta para atingir e manter o estado de maior bem-estar possível, dentro de sua realidade, assim, reconstruindo as conexões dos profissionais e das ciências da saúde com a complexidade e singularidade do ser humano como um todo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. P. D. et al. Association between hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialization: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). **BMJ Open**, London, v. 7, n. 12, p. 1-8, 2017.

ALLEN, J. et al. **The European Definition of General Practice / Family Medicine**. WONCA Europe, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 12 de fevereiro de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União de 20 de junho de 2014: 131-169.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 01, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2. Brasília: Diário Oficial da União de 25 de maio de 2015: 11-12.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DYRBYE, L. N. et al. Physician satisfaction and burnout at different career stages. **Mayo Clinic**

Proceedings, Rochester, v. 88, n. 12, p. 1358-1367, 2013.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.

FARIAS, E. R.; STEIN, A. T.; HOFFMANN, J. E. Os egressos da residência de medicina de família e comunidade do Centro de Saúde–Escola Murialdo, 1976-2000. **Bol Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 99-111, 2004.

FAVA, G.; SONINO, N. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Bolonha, v. 77, p. 1-2, 2008.

FERRER, A. P. S. et al. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services – Brazilian evidence. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 29, n.2, p. 107-113, 2014.

GAY, B. What's New in the Updated European Definition of General Practice/Family Medicine?. **Journal of General Practice**, Westlakes, v. 1, n. 2, p. 111, 2013.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. São e Salvo – e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed, 2016.

JUNIOR, N, L. **Análise comparativa da avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada por parte de Médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do Município de Florianópolis**, Brasil [dissertação de mestrado]. Bolonha] Università di Bologna, 2011. 149 p.

MARTIN, J. C. et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. **Annals of Family Medicine**, Cleveland, v. 2, n. 1, p. 3-32, 2004.

McWHINNEY, I. Manual de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MELLO, G. A. et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Rev. bras. educ. med.** Brasília, v. 33, n. 3, p. 464-472, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A.. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

RAWAF, S.; MAESENEER, J.; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **Lancet**, London, v. 372, p. 1365-1367, 2008.

RODRÍGUEZ, C. et al. Family physicians' professional identity formation: a study protocol to explore impression management processes in institutional academic contexts. **BMC Medical Education**, London, v. 14, p. 184-195, 2014.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, 1997.
- SIQUEIRA, F. C. V., et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). JUNIOR, N. L. (org.). Currículo baseado em competências para a Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015. 66 p.
- STARFIELD, B. Is primary care essential?. **Lancet**, London, v. 344, p. 1129-1133, 1994.
- STARFIELD, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- STARFIELD, B.; SHI, L., MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Q.**, New York, v. 83, p. 457-502, 2005.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007.
- WENDT, J.R.W. Medicina de família e comunidade no Brasil: satisfação no trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde. [dissertação de mestrado]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2018. 172 p.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. **The Nursing Journal of India**, New Delhi, v. 70, p. 285-295, 1978.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

