

Dificuldades do trabalho médico no PSF

Difficulties of medical working at the family health program

Fernanda Gaspar Antonini Vasconcelos¹
Marilu Ramos Gonçalves Zaniboni²

Abstract *This study aims to identify the profile of doctors who act or acted in PSF, its main difficulties and raise the percentage of teams of family health without doctor in the city of São Paulo. For this was used a questionnaire based on keywords of the study of Capozzolo collected from January to May 2008, and data of the Primary Care from October until December 2007. The main results include a time less than 5 years of training for most of the interviewees and affinity by the PSF as motivation for work. Some of the main difficulties are the high demand, high incidence of complex cases, difficulty of listings, profile division of time is not consistent with health needs and lack of incentive to specialization. The figures for Primary Care demonstrated that the coordination East had the highest absence of experienced doctors in the period analyzed, with rates around 20 to 40%, the existence of an increase in the deficit as the end of the year gets close and the maintenance of deficits in some units.*
Key words *Family Health Program, Public health, Primary health care*

Resumo *O presente estudo tem como objetivos identificar o perfil dos médicos que atuam ou atuaram no PSF, suas principais dificuldades e levantar a porcentagem de equipes de saúde da família sem médico no município de São Paulo. Para isso, foi utilizado um questionário baseado nas principais falas do estudo de Capozzolo, coletadas de janeiro até maio de 2008, e dados da atenção básica de outubro até dezembro de 2007. Os principais resultados incluem um tempo menor que cinco anos de formação para a maioria dos entrevistados e afinidade pelo PSF como motivação para o trabalho. As principais dificuldades referem-se à alta demanda, alta incidência de casos complexos, dificuldade de referenciamento, perfil de divisão do tempo não condizente com as necessidades de saúde e falta de incentivo à especialização. Os dados da atenção básica demonstraram que a Coordenadoria Leste foi a que mais sofreu falta de médicos no período analisado, mantendo índices em torno de 20% e 40%; existência de um aumento no déficit com a aproximação do final do ano e a manutenção dos déficits em algumas unidades.*
Palavras-chave *Programa de Saúde da Família, Saúde pública, Atenção básica*

¹ Consultório médico. Rua Tuity 2009/52, Tatuapé. 03307-000 São Paulo SP. dra.fevasconcelos@gmail.com

² Escola Enfermagem, Universidade Bandeirante.

Introdução

Em 1966, nos Estados Unidos, surge a medicina de família, como um movimento de reforma médica para responder aos impasses do alto custo e superespecialização da assistência médica.

Esse movimento espalha-se para a América Latina e é introduzido no Brasil em 1973 através da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM). Até esse momento, no Brasil, o direito à saúde era exclusivo aos inseridos no mercado de trabalho, a chamada cidadania regulada; a assistência individual e curativa ficava a cargo da Previdência Social, enquanto que os cuidados preventivos e coletivos ficavam a cargo do Ministério da Saúde e secretárias de saúde, sendo realizados através de programas específicos e limitados. A baixa resolutividade da assistência, a grande exclusão de parte da população e a crise financeira levam à eclosão da Reforma Sanitária.

O projeto da Reforma Sanitária é aprovado na Constituição de 1988 e inova com o conceito de direito à saúde para todos e a criação do Sistema Único de Saúde, tendo como diretrizes a universalidade, integralidade e participação social³. Em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família como uma estratégia da atenção básica, reorientando o modelo assistencial com a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde^{4,5}.

O financiamento do novo modelo assistencial deixa de ser baseado em procedimentos para ser *per capita*, o que é denominado de piso fixo de atenção básica (PAB), e é direcionado do Ministério da Saúde para os municípios. Além disso, a NOB 96 garante o piso de atenção básica variável, que é direcionado conforme ações realizadas pelo município, como o Programa de Saúde da Família⁶. Propõe-se também a separação de ações de financiamento e execução de serviços através das organizações sociais (OS), modelo jurídico de organizações públicas não estatais de direito privado, para gerir complexos equipamentos públicos, como hospitais, universidades, entre outros. As OS tem o direito, entre outras coisas, de contratar pessoal sem concurso público, adotar normas próprias para compras e contratos, adotar orçamentos regrados por contratos de gestão, etc.¹. Exemplos de OS no município de São Paulo são a Associação Comunitária Monte Azul, SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) e Santa Marcelina.

Com a reforma, as Unidades Básicas de Saúde passaram a ser muito mais do que porta de

entrada do sistema de saúde, servindo de local essencial para a realização da integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, além da linha de contato entre as práticas de saúde e as práticas sociais que determinam a qualidade de vida da população^{1,7}.

O Programa de Saúde da Família atua através de equipes mínimas formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, enquanto que a ampliada conta ainda com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Essas equipes são responsáveis por ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação dos agravos e doenças mais frequentes na comunidade, uma responsabilidade que abrange o acompanhamento de aproximadamente três a 4.500 pessoas⁵.

O médico tem papel fundamental no Programa de Saúde da Família, seja na avaliação da demanda do paciente, dos riscos individuais do adoecer, como na elaboração de um projeto terapêutico para responder às necessidades de atenção, desde prevenção até reabilitação. Além disso, tem que incorporar no seu atendimento individual aspectos referentes ao emocional, ao familiar, ao social e à prevenção. Junto com as ações de assistência, o médico deve realizar ações educativas, coletivas e comunitárias em conjunto com os demais profissionais da equipe, bem como participar do planejamento e organização do processo de trabalho. O programa estipula como atividades semanais dos médicos o atendimento de consultas na unidade, atividades educativas de grupo, reuniões de equipe e atendimento domiciliar, compreendido como importante para a aproximação dos profissionais com a realidade do local onde vivem as famílias, e ainda estipula instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais¹.

O programa como estratégia da atenção básica tem atualmente uma cobertura populacional em torno de 46,2%, que corresponde a 85,7 milhões de pessoas, segundo dados do Ministério da Saúde. No município de São Paulo, essa cobertura é de 25,02%.

A grande cobertura populacional, junto as suas importantes funções para com a saúde da população em geral, torna o programa o “carro-chefe da atenção básica em saúde”. É nesse enfoque que discutiremos nesse estudo algumas dificuldades encontradas para a atuação eficaz do mesmo: a dificuldade de contratação do profissional médico para atuação nas equipes, sua manutenção e dedicação ao programa.

Objetivos

O estudo tem como objetivos identificar o perfil dos médicos que atuam ou atuaram no programa; identificar as principais dificuldades enfrentadas por esses profissionais; ressaltar a importância desse profissional no programa e levantar a porcentagem de equipes sem esse profissional no município de São Paulo.

Materiais e métodos

O perfil dos profissionais e suas principais dificuldades foram levantados através de questionário aplicado a médicos que atuam ou atuaram no Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, após esclarecimento dos objetivos do estudo e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido. O período da coleta foi de fevereiro de 2008 até maio do mesmo ano.

A importância do profissional médico foi levantada através de uma única pergunta - "O que você acha da função do médico no programa?" - com as possíveis respostas: muito importante, essencial; importante, não essencial; não importante, feita aos profissionais não médicos que atuam ou atuaram no programa e população coberta pelo programa, após preenchimento do termo de consentimento livre esclarecido. A atenção básica forneceu os dados sobre o déficit de médicos nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2007.

Resultados

Foram coletadas 54 entrevistas médicas, sendo que 32 foram conseguidas durante o Congresso de Saúde da Família e 22 de médicos atuantes em unidades de PSF (Programa Saúde da Família) fora do congresso. A coleta dos dados ocorreu de fevereiro a maio de 2008. Foram coletadas 44 entrevistas de profissionais não médicos.

Resultados dos questionários

Perfil dos médicos

Dos 54 entrevistados, 48 estavam atuando no Programa de Saúde da Família, vinculados ou não à residência médica, quatro não citaram e dois não estão atuando. 22,2% dos médicos entrevistados disseram ser recém-formados.

Ressalta-se que quase metade dos entrevistados (48%) não respondeu a essa pergunta. 39%

tinham menos de cinco anos de formação, 4%, de cinco a dez anos e 9%, mais de dez anos.

Somente quinze responderam ao item outro trabalho; desses, somente três assinalaram positivamente.

No Gráfico 1, os motivos pelo quais os profissionais atuam ou atuaram no PSF. Consideramos nessa questão 59 respostas, pois alguns entrevistados responderam mais de um item. 55,5% dos médicos referiram alguma experiência anterior, seja ela UBS tradicional ou PSF.

Avaliação do trabalho no programa

A resposta da relação de trabalho com a equipe de saúde da família foi praticamente unânime: 96,1% dos entrevistados afirmaram que a relação é harmoniosa, somente dois caracterizaram como difícil e dois entrevistados responderam o item regular não registrado no questionário e, por isso, foram descartados.

74% dos entrevistados marcaram pouco na questão tempo destinado às consultas individuais, somente um entrevistado marcou tempo excessivo. 65% dos entrevistados apontaram que o tempo destinado às atividades coletivas é pouco.

O perfil da divisão de tempo entre consultas individuais e atividades coletivas foi considerado não condizente com as necessidades da área de abrangência para 70,3% dos médicos. Em contrapartida, 53,8% consideraram não condizente com as diretrizes do Programa Saúde da Família

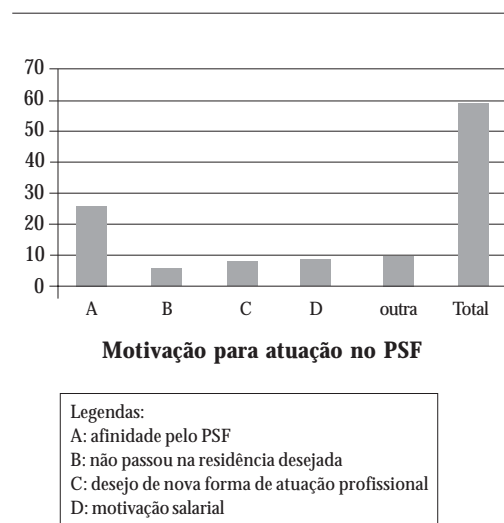


Gráfico 1. Motivos pelo quais os profissionais atuam ou atuaram no PSF.

(PSF). O vínculo com as famílias foi considerado importante para a condução dos casos para 71,6% (38), mas 28,3% consideraram importante, porém desgastante.

Para 64% dos entrevistados, a carga horária de quarenta horas é adequada, 36% consideram-na excessiva. 92,5% dos médicos assinalaram que a demanda da área de abrangência é alta.

No Gráfico 2, o ponto de vista dos médicos que atuam no PSF sobre a incidência de casos complexos, entendidos aqui como os casos que não seriam de responsabilidade das UBS.

87% dos entrevistados referiram incidência alta ou moderada de casos complexos.

No Gráfico 3, a retaguarda dos casos complexos sob o ponto de vista dos entrevistados.

83% dos entrevistados negaram a existência de incentivo ou facilidades de especialização na área de atuação; em contrapartida, 83% têm interesse de especialização na área.

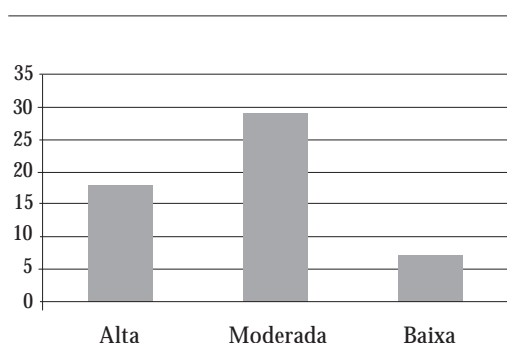


Gráfico 2. Incidência casos complexos sob o ponto de vista dos médicos que atuam no PSF.

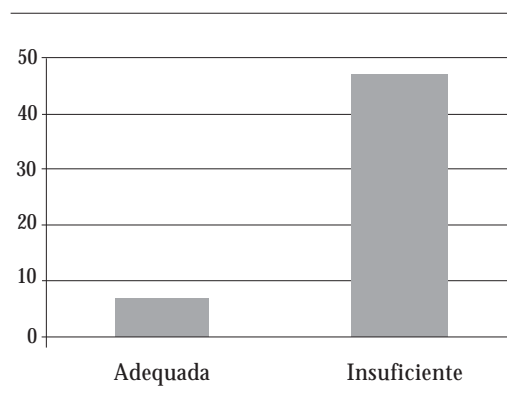


Gráfico 3. Retaguarda dos casos complexos sob o ponto de vista dos médicos entrevistados.

No Gráfico 4, a avaliação salarial dos médicos no PSF, segundo médicos entrevistados.

93% dos 44 profissionais não médicos consideram a função do médico essencial. O espaço destinado às considerações foi preenchido basicamente com os lembretes de que todos os profissionais são importantes na equipe (Gráfico 5).

Discussão

É importante relatar que 22,2% dos médicos são recém-formados e 75% dos que citaram tempo de formação têm menos de cinco anos de formação, evidenciando que devemos incentivar o co-

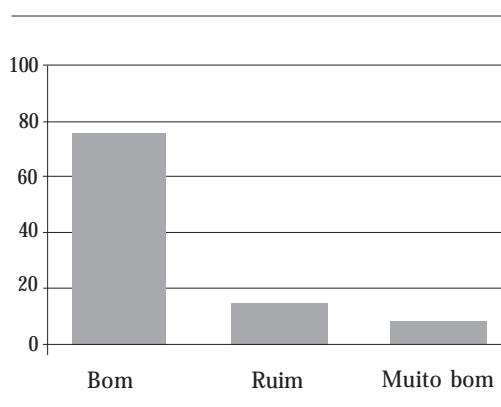


Gráfico 4. Avaliação salarial dos médicos no PSF, segundo médicos entrevistados.

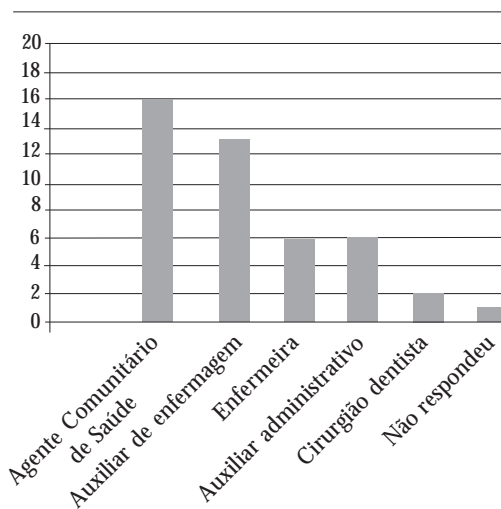


Gráfico 5. Função dos profissionais não médicos entrevistados.

nhecimento da medicina de família e comunidade nas faculdades e as especializações e atualizações contínuas.

Para benefício da medicina de família e comunidade, 44% dos médicos referem afinidade pelo programa, mas é alta a porcentagem de médicos que citam também a motivação salarial e a dificuldade de ingresso nas residências médicas, totalizando 25,2% dos entrevistados, o que evidencia que os profissionais realmente vinculados às diretrizes do programa não são muitos e deveriam, de alguma forma, ser valorizados. Ressalta-se aqui que 32 dos 54 entrevistados estavam no Congresso de Saúde da Família e Comunidade e, portanto, teriam alguma vinculação com o programa. Separando as duas categorias de entrevistados em participantes do congresso ou atuantes em UBS com PSF, temos que a primeira respondeu afinidade em 58,8%, enquanto que a segunda, em 24%. Para motivação salarial e o não ingresso na residência médica, a primeira participou com 3%, enquanto que a segunda, com 56%. Os médicos atuantes sem vinculação com especializações ou residência médica transformam o programa em oportunidades de trabalho.

45% dos médicos não têm experiências anteriores em UBS tradicionais ou no programa, levantando a necessidade de especializações e atualizações na área.

50 dos 52 médicos referiram que a relação com a equipe é harmoniosa, resultado satisfatório, já que o trabalho do programa é dependente de todos os membros da equipe. Dois dos entrevistados inseriram a resposta regular e não foram computados.

Como lembrado no estudo de Matumoto *et al*⁸, o trabalho em equipe na prática apresenta dificuldades de ordem técnica e, principalmente, interpessoal, obstáculos epistemológicos (do campo do conhecimento) e epistemofílicos (do sentimento e subjetividade). O mesmo estudo cita a influência das demandas sobre as relações das equipes, gerando ansiedade e angústias nos trabalhadores, tanto pela demanda reprimida quanto por seu conteúdo (pobreza).

74% dos entrevistados acham pouco o tempo destinado às consultas individuais. Levantamos aqui um dilema: será que os médicos estão insatisfeitos com o tempo destinado às consultas individuais por não serem condizentes com as necessidades da área ou será que os mesmos continuam com o enfoque assistencial individual e, por isso, acham o tempo inadequado? Uma situação que chama atenção é que, dos 22 entrevistados fora do Congresso, treze (59%) relataram tempo

adequado às consultas individuais, completamente diferente da outra categoria de entrevistados, em que todos declararam pouco tempo.

Com relação ao tempo destinado às atividades coletivas, a situação é diferente: 35% dos entrevistados declaram adequado e 65%, pouco, mostrando que os médicos têm consciência da importância dessas atividades, mas, por algum motivo, não destinam tempo adequado a essa atividade. O perfil da divisão de tempo entre consultas individuais e atividades coletivas foi considerado não condizente com as necessidades da área de abrangência para 70,3% dos médicos; em contrapartida, 53,8% consideraram não condizente com as necessidades do Programa Saúde da Família (PSF). Os dados sugerem que o profissional tem se preocupado mais com as diretrizes do programa do que com as reais necessidades da população de sua área de abrangência. Essa constatação faz pensar que talvez não se faça planejamento estratégico e que, por vezes, as necessidades da população não estão restritas às diretrizes do programa.

Todos os médicos acreditam que o vínculo com as famílias é importante na condução dos casos; porém, não é inexpressiva a parcela que a considera também desgastante, levantando a necessidade de diminuir, de alguma forma, o desgaste desse profissional.

A maioria dos médicos considera a carga horária adequada, não representando esse um motivo importante para a falta desse profissional.

87% referiram incidência alta ou moderada de casos complexos. É quase unânime a declaração de que a demanda da área e a incidência de casos complexos sem referência adequada são altas, evidenciando um grande motivo para possível insatisfação do profissional.

A falta de incentivo ou facilidade de especialização foi levantada de forma incisiva, anunciando uma insatisfação; 81,4% dos entrevistados têm interesse de especialização na área.

O salário não foi considerado um problema, já que 46 dos 54 médicos o consideraram bom.

93% dos profissionais não médicos consideram a função do médico essencial, reforçando a importância do médico no programa. Muitos profissionais complementaram a resposta reforçando que todos os profissionais são essenciais, mostrando a visão do trabalho em equipe, em que nenhuma parte é menos ou mais importante.

Com relação aos dados da atenção básica, a Coordenadoria Leste apresentou o maior déficit de médicos nos meses estudados (outubro, novembro e dezembro).

Das 27 supervisões, catorze tiveram déficit de médicos aumentado de outubro para dezembro; esse fato pode ser explicado pelo fato dos médicos saírem do trabalho para se preparar para a prova de residência médica que ocorre no final do ano e começo do seguinte.

Dez das 27 supervisões apresentaram um déficit de médicos acima de 20% na média do período analisado. Uma única observação fica na supervisão da Penha, onde o déficit em outubro ficou abaixo de 20%, mas foi considerada, pois nos meses seguintes apresentou um déficit elevadíssimo de 37,5%.

Podemos observar também que as supervisões que apresentaram déficits elevados tendem a mantê-los durante o período, o que sugere que essas regiões permanecem sem médicos por um período prolongado.

Em recente apresentação no I Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina de Família e Comunidade, resumido na *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, alguns pontos de interesse desse estudo foram levantados. O primeiro deles expõe a dificuldade em conciliar o curso médico com as atividades extracurriculares, o que impossibilita a vivência do aluno e, conseqüentemente, o conhecimento de atuações relativamente novas como a medicina de família e comunidade; o enfoque terciário da faculdade de medicina, hospitalocêntrico, dificultando o surgimento do gosto pela atenção primária; a participação maior de alunos de enfermagem na Liga, mostrando o

desinteresse dos estudantes de medicina pela área⁹. Alguns avanços ocorreram no sentido de melhorar a percepção dos estudantes sobre o perfil do médico exigido na medicina de família e comunidade; as novas diretrizes para o ensino médico, instituídas em 2001, preconizam a formação do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, como ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. No entanto, como exposto pelas ligas no parágrafo acima, o enfoque hospitalocêntrico ainda é mantido nas faculdades¹⁰.

Um outro avanço foi a inserção dos acadêmicos na comunidade já no início do curso, possibilitando o contato com as pessoas no seu contexto familiar e comunitário, mas isso não ocorre em todas as faculdades¹¹.

Santos¹¹ ressalta pontos positivos e negativos do trabalho no programa. Entre os positivos, estão uma melhor cobertura assistencial da população e o acréscimo salarial importante; entre os negativos, a falta de desenvolvimento do atendimento especializado e da atenção hospitalar, gerando demanda reprimida e dificuldade de encaminhamentos dos problemas que não podem ser resolvidos no nível primário; dificuldade do trabalho multiprofissional gerada principalmente pela deficiência da formação acadêmica, também pela falta de perfil exigido e trabalho em período integral, gerando ações individuais dos profissionais verdadeiramente engajados; a ênfase à especialização, prejudicando a humanização da atuação profissional e a população estar acostumada com o antigo sistema assistencial, tendo dificuldade em absorver novas práticas. Através de entrevistas com médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde, Pedrosa *et al.*¹² enfatizam que as relações da equipe com a comunidade vinculam-se à busca de consulta médica e medicamentos.

A necessidade de um processo de capacitação contínua e eficaz das equipes, muitas vezes deixada de lado devido à grande demanda e à necessidade de se cumprir as metas exigidas.

A grande demanda, a existência de salários mais elevados em outros locais, a resistência da comunidade, a dificuldade de referência e contrarreferência, a difícil relação com os outros membros da equipe e principalmente a desvalorização do profissional do programa por outros médicos tornam o trabalho médico no desgastante¹³. De forma resumida, expomos na Tabela 1 as justificativas plausíveis para o déficit de médicos.

Ressaltamos nesse estudo a necessidade de capacitação contínua dos médicos que atuam no programa, por vezes submetidos a demandas variadas sem referências adequadas. Contudo, os médicos de família têm sua capacitação não fornecida e até dificultada, por causa de alguns parceiros que exigem tempo de trabalho no programa para liberação ou mesmo não permitem cursos de especialização na área. Poucos já são os médicos que querem se especializar, menor ainda o número daqueles que conseguem.

O médico de família e comunidade é arrebatado por problemas de saúde variados, muitas vezes resultado do meio social, sem grandes possibilidades de mudança, já que dependem de mudanças em outras esferas como educação, economia, saneamento, etc., mas que tem a unidade como única porta de entrada. Sem referência adequada e retaguarda apropriada, vê-se a única possibilidade de resolução dos problemas da sua comunidade.

Tabela 1. Justificativas plausíveis para o déficit de médicos.

Anterior a formação	Durante a atuação no Programa
Falta de vivência em Medicina de Família Enfoque hospitalocêntrico das faculdades Desinteresse do acadêmico	Dificuldade de encaminhar (referência e contra) Dificuldade na retaguarda hospitalar Dificuldade na relação com outros profissionais Período integral de trabalho Ênfase à especialização e desvalorização profissional pelos próprios colegas Falta de entendimento da população sobre o programa Grande demanda Melhores possibilidades salariais

de, muitas vezes tendo que tratar casos que não seriam da atenção primária, zela por pessoas que não sabem ao certo a função e os limites desse profissional, ficando ele, e a equipe, como um todo, de escudo frente a qualquer reclamação em saúde. Por tudo isso, esse profissional sofre desgastes físicos e psicológicos importantes, necessitando de melhores condições de trabalho, salariais e não salariais, além de capacitação contínua.

Pretende-se também com esse estudo discutir as exigências para aquisição do título de especialista em medicina de família e comunidade. Em 2007, eram exigidos 36 meses consecutivos ou não de atuação na área ou conclusão de residência médica em medicina de família e comunidade. Atualmente, são exigidos 48 meses de atuação. Essa mudança pode ser interpretada como importante para qualificação profissional ou mais uma dificuldade a ser enfrentada por esse profissional. Talvez a dificuldade de aquisição e manutenção dos médicos no programa pudesse ser atenuada pelas facilidades de especialização e aquisição de títulos.

Mas nem tudo são dificuldades; o médico que atua no programa provavelmente, dentre todas as especialidades, é o que sente mais de perto a gratidão das pessoas frente ao seu trabalho e o que mais percebe o resultado biológico e psicológico de uma boa relação médico-paciente. O vínculo criado com os pacientes e o trabalho em equipe pode ser capaz de gerar uma grande família e trazer muitas gratificações.

As filas no SUS são em parte devido à falta de médicos nas UBS, ao excesso de pessoas de responsabilidade das equipes de saúde da família, à

dificuldade de referenciar os pacientes, desconhecimento da população sobre qual serviço procurar. Na verdade, o que se observa hoje no sistema de saúde é um vaivém de pacientes sem destino certo, procuram as UBS, são referenciados para os AMAS, recebem atendimento emergencial, voltam para as UBS, são referenciados para os hospitais ou centros de especialidades, que os referencia para as UBS, etc.

Considerações finais

O estudo evidenciou pontos positivos, ou seja, não considerados empecilhos à prática do PSF, e pontos negativos.

Entre os pontos positivos estão afinidade pelo programa, relação harmoniosa com a equipe, vínculo com a população, carga horária adequada e salário adequado.

Os pontos negativos destacados são pouco tempo destinado às atividades individuais e coletivas, perfil de divisão não condizente com as necessidades da área, tampouco com as prioridades do programa, alta demanda, alta incidência de casos complexos, referências inadequadas e falta de incentivo à especialização.

Os médicos atuantes no PSF entrevistados fora do congresso, em comparação com esse grupo, têm pouca vinculação com o programa e o não ingresso na residência médica parece ser a grande motivação para o trabalho.

Em resumo, devemos valorizar os médicos realmente vinculados com as diretrizes do programa, incentivando especializações e educação continuada.

Colaboradores

FGA Vasconcelos trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto; MRG Zaniboni trabalhou na coleta de dados e elaboração do texto.

Referências

1. Capozzolo AA. *No olho do furacão. Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família* [tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2003.
2. Paim JS. A Reforma Sanitária e a Municipalização. *Revista Saúde e Sociedade* 1992; 1(2):29-47.
3. Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. USP* 1996; 30:380-398.
4. Silveira RP, Dohms MC. A Medicina de Família e Comunidade e o ensino de graduação em Medicina. Metodologias ativas de Ensino/Aprendizagem. *Rev Bras Med Fam Com* 2007; Supl. 1:21-25.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. [site da Internet]. [acessado 2007 dez]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudedefamilia>
6. Aretche M. Financiamento Federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):31-345.
7. Merhy EE. A rede básica como construção da Saúde Pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228.
8. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes PSF: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)* 2004-2005; 9(16):9-24.
9. Oliveira AMF, Brunelli B, Kanno NP, Lora PST. Apresentação do I Encontro de Ligas Acadêmicas de Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Com* 2006; Supl. 1:11-15.
10. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer 1.133.01. Institui Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União* 2001; 3 out.
11. Santos MAM. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no PSF. *ACM arq catarin méd* 2004; 33(3):31-40.
12. Pedrosa JL, Teles JBM. Consensos e diferenças em equipes de saúde da família. *Rev. Saude Publica* 2001; 35(3):303-311.

Artigo apresentado em 23/05/2008

Aprovado em 31/10/2008

Versão final apresentada em 08/01/2009