

A abordagem da intersectorialidade para o ensino médico em atenção primária

The approach intersectoral for medical education in primary health care

Aldaísa C. Forster¹, Janise B. B. Ferreira¹, Nereida Kilza da Costa Lima², Priscila Mina Galati⁴, Renata Farche⁴

RESUMO

Introdução: O processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo de atenção à saúde, mais humanizado, abrangente, eficaz e resolutivo tem a intersectorialidade como um de seus instrumentos para a transformação. No entanto, há escassez de artigos que abordem a intersectorialidade no contexto da educação médica e da organização das práticas, principalmente na atenção primária.

Objetivo: Trazer à luz o conceito de intersectorialidade e o princípio da orientação comunitária na organização das práticas na realidade das equipes de saúde da família, no âmbito do SUS. **Método:** Análise documental realizada para discutir o conceito de intersectorialidade na obra de autores da Atenção Primária à Saúde (APS), na documentação oficial do Ministério da Saúde e em publicações selecionadas sobre a intersectorialidade. Discutiu-se também a orientação comunitária nas ações prestadas de APS segundo a percepção do médico e da equipe de saúde da família, no Brasil. Foi descrita a evolução do antigo Programa de Saúde da Família para a Estratégia de Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção primária à saúde no SUS e no cenário de ensino das Unidades de Saúde da Família (USF) ligadas à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, no período de 1999 a 2014. **Resultados:** A documentação oficial e científica consultada mostrou avanço das transformações nos serviços de Saúde da Família, como modelo de organização da APS no país. O cenário das USF orientado para a APS vem contribuindo para a adequação da formação médica e dos profissionais de saúde nessa área. **Considerações finais:** Não obstante, percebendo-se as potencialidades das práticas intersectoriais e orientadas para a comunidade na mudança do paradigma da saúde, há muito o que fazer no sentido amplo da intersectorialidade, que compreende a abordagem dos determinantes sociais da saúde no planejamento integrado local.

Palavras-chave: Educação Médica; Ação Intersectorial. Atenção Primária à Saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The process of creating the Unified Health System (SUS) as one health care model more humanized, comprehensive, effective and decisive has intersectorality as one of its tools for transformation. However, there are few articles that address the intersectoral approach in the context of medical education and organization of practices, especially in primary care. **Objective:** Bring forth the concept

1. Docente, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
2. Docente, Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP.
3. Mestre em Ciências, FMRP-USP

CORRESPONDÊNCIA:
Aldaísa C. Forster
Hospital das Clínicas da FMRP-USP
Departamento de Medicina Social
Campus Universitário s/n — Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto - SP

Recebido em 20/09/2015
Aprovado em 04/10/2016

of intersectionality and the principle of community orientation in the organization of practices in the reality of family health staffs, under the SUS. **Method:** Analysis of documents held to discuss the concept of intersectionality in the work of authors of Primary Health Care (PHC), the official documentation of the Ministry of Health and selected publications on intersectionality. It also discussed the community orientation in the given actions of Primary Health Care in the perception of the physician and the family health staffs in Brazil. It described the evolution of the former Family Health Program to the Family Health Strategy as reorganization model of PHC in the SUS and in the education scenario of the Family Health Units (FHU) involved in the Ribeirão Preto Medical School - University of São Paulo in the period from 1999 to 2014. **Results:** Official and scientific documentation consulted showed advance of changes in family health services, such as the PHC model of organization in the country. The setting of FHU oriented to PHC has contributed to the adaptation of medical training and health professionals in this area. **Final Considerations:** Nevertheless, perceiving the potential of intersectoral and practices geared towards the community in the health paradigm change, there is plenty to do in the broad sense of intersectionality comprising addressing the social determinants of health in local integrated plan.

Keywords: Education, Medical. Intersectorial Action. Primary Health Care. Social Determinants of Health .

Introdução

O processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) liderado pela Comissão de Reforma Sanitária, como o modelo de atenção à saúde, mais humanizado, abrangente, eficaz e resolutivo, veio se definindo desde as décadas de 1970 e 1980.

O ideário da Reforma Sanitária, em nosso país, foi expresso na Constituição Federal (1988), que orientou o conceito de saúde para todas as pessoas "Saúde como direito de todos e dever do Estado". A concepção ampla da saúde abrange as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

A filosofia e conceito da Atenção Primária à Saúde (APS) foi motivo de Assembleia da Organização Mundial de Saúde - OMS (Alma Ata, 1978) e estratégia política a ser adotada na maioria dos sistemas nacionais de saúde dos países membros.

No Brasil, após 21 anos de Alma Ata (período de 1978 a 1999), o governo federal concretamente apontou para a Atenção Básica, destinando recursos financeiros para os municípios organizarem as equipes de agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde da família ligadas às Unidades Básicas de Saúde.¹

Destarte, é preciso afirmar que outros países também enfrentaram dificuldades, dedicaram tempo e assumiram recursos para a organização e pres-

tação dos cuidados primários em face ao caráter inovador da moderna APS.

Em reunião da Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (World family doctors Caring for people - WONCA) em 1986, Vuori² expressou as transformações exigidas:

[...] os serviços têm que ser acessíveis; relevantes para as necessidades da população; funcionalmente integrados; com base na participação da comunidade; custo-efetivos; caracterizados pela colaboração entre os setores da sociedade.

Ademais, enfatizava os reflexos sobre a distribuição dos recursos entre atenção primária, secundária e terciária, além da reorientação do pessoal da saúde (número, formação e atividades) para desenvolver os cuidados primários de saúde e "reformas legislativas que permitam ou facilitem uma nova divisão do trabalho e delegação de tarefas". Defendeu, enfaticamente, na conferência, o perfil do médico generalista ou médico de família como o mais apropriado para o trabalho na APS.²

Por sua vez, Starfield³ apresentou a interpretação APS que segue:

[...] Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionada apenas para a doença), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as con-

dições, exceto as pouco frequentes ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação [...] Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde [...] É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Vale notar, a adoção da denominação de APS neste artigo, como similar da Atenção Básica – AB, conforme a orientação da Política Nacional de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde (MS) em 2012.⁴

Este artigo tem como objetivo trazer à luz o conceito de intersetorialidade e o princípio da orientação comunitária na organização das práticas na realidade das equipes de saúde da família no âmbito do SUS.

Métodos

Trata-se de análise documental realizada para discutir o conceito de intersetorialidade na obra de autores da APS, na documentação oficial do MS e em publicações selecionadas sobre a intersetorialidade.

Estudou-se a evolução do antigo Programa de Saúde da Família (**PSF**) para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de reorganização da atenção básica para a atenção primária à saúde no SUS e no cenário de ensino das Unidades de Saúde da Família ligadas à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP (FMRP-USP), no período de 1999 a 2014. A FMRP-USP é uma instituição de ensino que atualmente tem sete cursos de graduação: medicina, ciências biomédicas, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e metabolismo, fonoaudiologia e informática biomédica. Destaca-se o curso médico que de 1952 até 2015 totalizou 5.016 egressos.

O cenário de formação em APS da FMRP-USP é constituído por seis unidades de saúde da família, denominadas Núcleos de Saúde da Família (NSF),

ligadas à rede da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) e gerenciadas pela FMRP-USP, por meio de um convênio entre as duas instituições.

Os NSF foram criados pela Faculdade para seus objetivos fins ensino, pesquisa e assistência, e, ampliados de um a seis no período de 1999 a 2014. Localizam-se no bairro Sumarezinho com uma população adstrita de 16.143 habitantes. Integram-se ao Centro de Saúde Escola (CSE) da FMRP-USP, unidade distrital de referência para diagnóstico e tratamento ambulatorial secundário e de urgência 24 horas. O Distrito Oeste de Saúde, onde se localiza o CSE, tem uma população de 151 218 pessoas.⁵

O conceito de intersetorialidade adotado foi baseado em revisão da perspectiva apresentada nas publicações elaboradas pelo MS e discutido pelos autores nacionais, no cenário da ESF e do SUS.

O MS expressou em três publicações selecionadas^{1,4,6} o conceito de intersetorialidade:

[...] Intersetorialidade - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidades de meios para fins idênticos.¹

[...] Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.⁴

[...] desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e [...] apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e o controle social.⁵

O princípio derivado Orientação Comunitária é um dos oito atributos da APS, que estão

explicitados no instrumento para avaliação da APS, que se intitulou como Primary Care Assessment Tool – PCATool. O instrumento completo foi adaptado, validado e testado por Harzheim, Starfield, Rajmil, Álvarez-Dardet e Stein⁷ para ser aplicado na avaliação das Unidades de Saúde da Família (USF) do Brasil.

As práticas que compõem o atributo orientação comunitária são visitas domiciliares, atividades para: conhecer os problemas de saúde da população adscrita, conhecer a opinião e ideias das pessoas para ajudar na melhora do atendimento, por meio de levantamento de problemas de saúde da comunidade nas casas, convite às pessoas para participarem do conselho de saúde.⁷

Resultados e Discussão

Nos primeiros anos da implantação das USF no país, o MS⁸ expressou as orientações para as práticas e atribuições das equipes, considerando o diagnóstico da carência de profissionais de saúde preparados para atuar no Programa de Saúde da Família (PSF). Como proposta de intervenção, o MS recomendou a educação permanente e a metodologia pedagógica da Aprendizagem Baseada em Problemas para o aprimoramento dos profissionais de saúde, formados pelo referencial das especialidades.

Em linhas gerais, o diagnóstico da necessidade de preparar os profissionais para o PSF promoveu um rápido movimento de cursos de capacitação em todo território nacional, ao qual aderiram alguns centros universitários, em que se incluía Ribeirão Preto (SP), com infraestrutura para realizar treinamentos e capacitações em serviços básicos de saúde, mediante convênios docente-assistenciais (anos 1980 e 1990).

Porque a FMRP-USP decidiu criar os NSF para a formação médica e de outros profissionais de saúde em APS?

A motivação deveu-se à reforma curricular do curso de medicina (1993 a 1998), que programou um dos estágios do primeiro ano do internato em atividades próximas da comunidade e em serviços de atenção básica, distintos das convencionais Unidades Básicas de Saúde. A FMRP-USP já desenvolvia extensão comunitária desde a década de 1950, e, com apoio institucional do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), da comissão de gradua-

ção de medicina e das equipes do Centro de Saúde Escola⁹, organizou um projeto ampliado de formação para ESF. Também se destacavam as parcerias com a Escola de Enfermagem, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, todas do campus da USP de Ribeirão Preto.

O cenário dos NSF foi objeto de estudo em diversas pesquisas realizadas pelas instituições envolvidas, mas interessa ressaltar os resultados de uma pesquisa realizada em 2004¹⁰, que selecionou os NSF e outros locais no estado de São Paulo, considerados como serviços organizados no modelo “PSF puro” – um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde¹.

Essa pesquisa¹⁰ destacou alguns resultados, que sobressaíram no cenário dos NSF para a formação do médico e dos profissionais para o trabalho da APS: a estratégia na concepção da criação dos NSF como atividade fim: ensino e pesquisa; a proximidade geográfica entre os serviços, que possibilitou discutir os problemas de saúde dos pacientes e melhorava a formação dos profissionais; o apoio dos médicos especialistas e das equipes docente-assistenciais (CSE, HCRP e USP), incluindo a vigilância epidemiológica, que permitiu “alargar a área de atuação e maior poder de resolução para a equipe”, inclusive no campo da vigilância em saúde (clínica individual e ações de saúde pública no território); e, maior disponibilidade de recursos (p. ex. equipamentos de informática e acesso à internet) garantidos pela FMRP-USP, HCRP, SMSRP e outros parceiros.

O protagonismo das equipes, o apoio institucional e as condições materiais foram estratégicas no período de 1999 a 2004 para ampliação do cenário (número de unidades e equipes de SF).

Porém, a expansão das necessidades de formação das instituições de ensino da saúde do campus da USP de Ribeirão Preto, dos programas de residência de medicina de família e comunidade do HC-FMRP-USP e da residência multiprofissional da saúde da família da FMRP-USP, vem demandando ajustes no projeto acadêmico e gerencial das unidades de SF. No momento atual (2015), expandiu-se o campo de ensino médico e a coordenação docente acadêmica para unidades gerenciadas pela SMS-RP no Distrito Oeste de Saúde.

Em 2014, o Ministério da Educação¹¹ publicou a resolução CNE/CES 3/2014, promovendo as

(Novas) Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, na qual explicitou a formação orientada por competências organizadas segundo três eixos: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. O documento foi examinado no âmbito da FMRP-USP em reuniões de estudantes, docentes e responsáveis pelo ensino de graduação. Como resultado observou-se que a escola teria que fazer algumas modificações para adequação do ensino às exigências da portaria, porém no campo da APS, a reformulação curricular feita em 2008, atendia a maioria das atividades orientadas para a comunidade.

Orientação comunitária

A PNAB 2012⁴ refere atribuições ao médico de equipe de saúde da família incluindo no cuidado individual, conhecimento do modo de vida da população adscrita, que podem gerar intervenções para melhorar a qualidade da saúde da comunidade com a participação ativa do indivíduo e da coletividade.

Assim, se enfatiza a necessidade de formação do estudante de medicina e dos profissionais de saúde para atuarem em serviços mais próximos da comunidade, com o propósito de vivenciar práticas extramuros das unidades de saúde da família, significando que o futuro profissional médico, membro de uma equipe de saúde da família, deve se familiarizar no âmbito da comunidade com o cuidado integral e humanizado do indivíduo, integrado ao contexto histórico, social, cultural, político e econômico.

Tomando o atributo ordenador Orientação Comunitária⁷ (OC), como intrinsecamente ligado ao cuidado primário médico na comunidade e segundo a PNAB12⁴ e Starfield³, questiona-se se ele está sendo alcançado nas prestações do cuidado da APS? E as práticas dos outros profissionais participantes das equipes de SF incluem o atributo OC?

Em 2005, pesquisas de avaliação realizadas em municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes utilizaram a ferramenta PCATool⁷ e concluíram que o alcance da orientação comunitária nas atividades foi melhor percebida pelos profissionais do que pelos usuários no estudo de 62 municípios do interior, que incluiu Ribeirão Preto. Essa discrepância na percepção do profissional de saúde e do usuário tem se repetido em outros estudos, mas a diferença tem diminuído nos últimos anos.¹²

Intersetorialidade

A intersetorialidade pressupõe a ação ou parceria de vários setores sociais que compartilham tecnologias para obter resultados na população de um determinado território. O conceito território é mais abrangente, é mais de que um espaço, "*pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações*".¹³ Apoiado nesse conceito de território, Capistrano Filho,¹³ criticava a forma simplista de abordá-lo como quantificação das estruturas físicas, mapeando áreas e micro áreas e atendendo limites setoriais definidos por critérios meramente administrativos pela gestão municipal.

Então, as duas ferramentas para organizar as atividades orientadas para as famílias e comunidade – territorialização e intersetorialidade – estão intimamente relacionadas, porque:

*[...] Reconhecer a dinâmica social e política das áreas de abrangência do PSF é, portanto, o primeiro passo para uma mudança na concepção da prática de trabalho nestes territórios e para a busca de parcerias intersetoriais para a melhoria das condições de vida e saúde da população.*¹⁴

O estudante de medicina e de outras profissões de saúde devem familiarizar-se com o uso das ferramentas territorialização e intersetorialidade na organização e prestação dos cuidados de APS.

Porém, subsistem alguns questionamentos se as equipes de saúde da família estão realmente realizando a prestação de serviços, na perspectiva da intersetorialidade?

Para responder a esses questionamentos alguns autores discutiram que ainda persistem fragmentação do trabalho e das relações entre os setores sociais na promoção das ações intersetoriais.¹⁵

Em uma abordagem ainda incipiente, os sujeitos envolvidos, profissionais de saúde e usuários das USF, não participam de um movimento de integração entre os setores. As autoras Silva e Rodrigues¹⁶ consideraram a existência de "desafios e incertezas que se opõem ao novo, destacando-se a definição de metodologias e meios que viabilizem a prática intersetorial". Ou seja, ao incorporar a ferramenta intersetorialidade nas práticas individuais não se constrói espaço de comunicação e articulação entre os equipamentos/instituições sociais.

No âmbito local, o governo municipal deve propor ações para intervir e atingir grupos específicos (territórios focais) em projetos integrados e não setoriais justapostos,¹⁷ além de aplicar o princípio da intersectorialidade para integrar as secretarias e setores para um objetivo comum. Ao favorecer a articulação das ações institucionais, as prestações de atividades de intersectorialidade podem atuar “de forma mais consequente” com resultados importantes na “qualidade de vida da população”.¹⁸

Acerca dos limites da intersectorialidade, a tarefa extrapola a competência isolada do setor saúde, e cria a necessidade de articulação de parcerias com outros setores da sociedade. Nesse campo, os problemas de saúde ampliados, podem ser explicados pelos determinantes sociais.

*[...] Tratar os cidadãos, situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. [...] É necessário um novo saber e um novo fazer, que envolva mudanças de valores, de cultura como um fenômeno ativo, vivo [...] de reprodução social do mundo.*¹⁸

Nesse âmbito a APS pode ser encarada como uma nova disciplina, pois envolve o amplo sentido da multicausalidade para o equilíbrio entre a saúde e doença, conhecimento multiprofissional, valorização do saber popular, participação ativa da pessoa, família e da comunidade.

O cuidado integral na APS envolve a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. É um cuidado mais complexo que necessita de várias habilidades e conhecimentos para assistir ao indivíduo, à família e à comunidade.

No que se refere ao profissional médico e a equipe de saúde da família, cabe acompanhar e orientar as pessoas sob seus cuidados, na adequada utilização da rede de serviços e recursos diagnósticos e de tratamento para se atender com eficácia.

Ao se considerar as dificuldades para realizar as práticas intersectoriais, estudos anteriores evidenciaram que há conhecimento dos membros das equipes sobre a importância de realizarem ações extrasetoriais, envolvendo a rede social do território. Mas entre os funcionários dos setores educação, saúde e assistência social envolvidos em um

projeto municipal orientado para segmentos vulneráveis da população observou-se “que deve haver também um nivelamento de conceitos” sobre a intersectorialidade, “que são bastante variados, gerando problemas na compreensão do papel e da função dos funcionários”.¹⁶

Em um estudo realizado em dez municípios brasileiros, profissionais de nível universitário de equipes de saúde da família entrevistados, responderam que conheciam os problemas de saúde das populações adscritas e mostravam-se satisfeitos com suas práticas intersectoriais.¹⁹

No entanto, a intersectorialidade mostrou-se mais efetivamente desenvolvida quando fazia parte de políticas integradoras desenhadas pelos governos municipais.²⁰ “A intensificação da atuação intersectorial da equipe de saúde da família, contudo, parece estar condicionada a uma nova postura governamental, na qual o executivo municipal articulava as intervenções dos diversos setores para a solução dos problemas”.¹⁹

As atividades listadas na orientação comunitária⁷ e nas atribuições da equipe multiprofissional⁴ são desenvolvidas pelos NSF ligados à FMRP-USP de forma sistemática e contínua: visitas domiciliares diárias, grupos de saúde, reuniões comunitárias do conselho local de saúde; programas de prevenção e promoção junto às instituições comunitárias (escolas, grupos de quarteirão, grupos de atividades físicas nas praças, etc), organizadas por iniciativas dos moradores e das equipes.

Como afirmou Junqueira:

*[...] Esse processo ganha consistência quando os grupos populacionais que se distribuem em um território articulam soluções intersectoriais. A população passa a ser sujeito e não objeto de intervenção. A concretização da ação intersectorial incorpora não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores de cada programa ou projeto, mas práticas sociais articuladas que acarretem um impacto na qualidade de vida da população.*¹⁸

No campo da formação dos profissionais da saúde, Santos e Westphal²¹ relataram o impacto das mudanças proporcionadas pela nova constituição brasileira nas políticas de formação das instituições acadêmicas e os reflexos inovadores nas práticas

de saúde. Discutiram como o país experimentou “de forma solitária na América Latina, a implantação do SUS”, ressaltando as noções e os conceitos mais recentes sobre saúde e doença que o embasaram.

No campo do ensino, a Universidade deve ir além do preparo de “profissionais aptos ao diálogo técnico e leigo com os mais variados setores sociais”.²¹

Considerações finais

A documentação oficial e científica consultada mostrou o avanço das mudanças experimentadas pelo antigo PSF para a ESF, como modelo de organização da APS no país. O cenário das USF orientado para a APS vem contribuindo à adequação da formação médica e dos profissionais de saúde às boas práticas da APS no país. Não obstante percebiam-se as potencialidades das práticas orientadas para a comunidade na mudança do paradigma da saúde, há muito o que fazer no sentido mais amplo da intersetorialidade, que compreende a abordagem dos determinantes sociais da saúde no planejamento integrado local.

O projeto acadêmico desenvolvido pela FMRP-USP (medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição) em parceria com a SMS-RP e outras instituições de ensino da área da saúde do campus USP- RP tem apontado para resultados favoráveis ao modelo da APS, graças ao contexto histórico-institucional, que propiciou condições favoráveis para a implantação do PSF (1999 a 2004).

Por outro lado, a situação específica que caracterizou a criação dos NSF pode ser encarada como fator limitante para a reprodução da experiência em outros locais do sistema. Todavia, um aspecto favorável para reprodução do modelo gerado foi ter o programa de residência de MFC atraído médicos de diferentes pontos do país (desde 1999) e, que após dois anos de formação, estão preparados e motivados para serem preceptores de serviços de ensino de graduação e pós-graduação em APS e MFC.²²

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
2. Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. *J R Coll Gen Pract.* 1986; 36: 398-402.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, MS; 2002.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Revisão das áreas de abrangência das unidades de saúde e estimativa populacional de acordo com o censo IBGE 2010. Sistema Único de Saúde, Divisão de Planejamento em saúde, 2011.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22: 1649-59.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação Permanente. (Caderno 3). Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
9. Franco AR, Haddad N, Forster AC, Caccia-Bava MCG. A FMRP-USP em atividades de ensino, pesquisa e extensão dos serviços à comunidade, dentro do projeto Centro de Saúde Escola. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2002;35:425-32.
10. Silva MT, Silveira C, Quaggio FM, Colameo G. Análise da organização do trabalho no Programa de Saúde da Família. In: Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. São Paulo, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3): 129-172.
11. BRASIL. Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução nº 3, CNE/CES 3/2014. Diário oficial da União. Brasília, 23 de junho de 2014- Seção 1 – pp. 8-11
12. Leal MC, Bodstein R, Feliciano K, Hortale V. Da teoria à prática avaliativa (editorial). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3).
13. Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud Av. (São Paulo).* 1989;13: 89-100.
14. Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia,* 2006 jun; 2(2):47-55. [citado 13 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9273>.

15. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2004;8: 331-48.
16. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63: 762-9.
17. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. (Cadernos FUNDAP; 22), São Paulo; 2001.
18. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde Soc.* (São Paulo). 1997; 6:31-46.
19. Escorel S, Giovanella I, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health* (Washington). 2007;21: 167-76.
20. Giovanella L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* (Rio de Janeiro). 2009;14: 783-94.
21. Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estud Av.* (São Paulo). 1999;13: 71-88.
22. Rodrigues ET. Egressos de programas de residência em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2012.