

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente.

Mylene Martins Lavado¹, Gladys Amélia Vélez Benito², Catiane Bitdinger³, Carmen Lúcia Silvério Soares⁴, Tânia Aparecida Valério da Silva⁵

Resumo

Introdução: O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1994 com o intuito de solidificar o SUS, reorganizar o sistema de saúde em vigor e substituir as antigas diretrizes baseadas na medicina biologicista. Vários progressos foram alcançados desde então. Porém, muitos problemas do antigo modelo ainda persistem. A fragmentação do cuidado e o atendimento médico especializado ainda comprometem o atuar em saúde. A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental para a transformação deste trabalho e esta prática só alcançará aprendizagem significativa quando conseguir a adesão dos trabalhadores ao processo de mudança do seu cotidiano, através, principalmente da auto-análise de seu agir em saúde.

Objetivos: Avaliar o processo de trabalho do médico no programa saúde da família de um município do Vale do Rio Itajaí – SC, propondo estratégias para educação permanente.

Métodos: Pesquisa qualitativa que utiliza o método exploratório, com análise transversal dos dados. A observação direta de dois médicos do PSF durante uma semana de trabalho foi a forma privilegiada para a coleta de dados, seguida da análise das categorias.

Resultados: Observou-se que o atendimento nas unidades de saúde é médico centrado, técnico especializado, com predomínio das tecnologias duras e

leve-duras (diagnóstico, prescrição, solicitação de exames complementares). Há uma dificuldade de agregar as tecnologias leves (vínculo, interdisciplinaridade, trabalho em equipe e preocupação com problemas sociais) no cotidiano deste processo.

Conclusão: Sugere-se que o modelo de educação permanente para este município seja centrado nas tecnologias leves através da utilização do processo de auto-análise do trabalho, buscando remodelar as práticas e criando profissionais comprometidos com a construção e solidificação do SUS.

Descritores: 1. Cuidados médicos;
2. Programa Saúde da Família;
3. Assistência à saúde;
4. Educação continuada.

Abstract

Background: Brazilian Family Health Program was initiated in 1994 aiming to solidify SUS (Sistema Único de Saúde – Unified Health System), to reorganize the health system and to substitute the old health policy based on biological medicine. Many progresses have been conquered since then. Though, many problems from the old system still persist. The care fragmentation and the medical specialized assistance still compromise the health practice. Continuous Education is an important strategy for the transformation of care and this practice will only reach significant learning when health workers get engaged in the changing process, mainly through the use of self analysis of their work process and practice.

Objectives: Evaluate the medical work process in family health program in a city from Itajaí River Valley

1. Professora do curso de graduação de Medicina da UNIVALI. Mestranda no Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho
2. Professora do curso de graduação de Enfermagem da UNIVALI. Professora do Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI. Doutora em Engenharia de Produção pela UFSC
3. Aluna do curso de graduação de Medicina da UNIVALI
4. Aluna do curso de graduação de Medicina da UNIVALI
5. Aluna do curso de graduação de Enfermagem da UNIVALI

– SC, proposing strategies for continuous medical education.

Methods: Qualitative research, using exploratory method with transversal data analysis. The direct observation of two physicians in family health program during one week of their routine work was the privileged form for data collection, followed by analysis of categories.

Results: We observed that the assistance is medical centered, specialized, with prevalence of hard technologies (diagnosis and medical orders). There is difficulty to incorporate soft technologies (bonding, interprofessionalism; team work and concerns about social problems) in their routine work.

Conclusion: We suggest that the model of continuous education to this city should be centered in soft technologies through the utilization of self analysis of working process, attempting to remodel the health practice and creating professionals compromised with the construction and solidification of SUS.

Key Words: 1. *Medical care;*
2. *Family Health Program;*
3. *Health care;*
4. *Continuing Education.*

Introdução

Desde a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, verificou-se inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira, porém estes ainda convivem com problemas de diversas ordens (1). Pode-se por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção, por outro, percebe-se a persistência, por parte de alguns profissionais, ao antigo modelo, como a fragmentação e a verticalização do processo de trabalho que esgarçam as relações entre estes profissionais e os usuários. (2).

Entendendo-se a necessidade de contornar estes problemas relacionados com a atenção, o Ministério da Saúde criou o PSF (Programa Saúde da Família). Esta estratégia visava melhorar a resolubilidade das ações em saúde e em parte a fragmentação do cuidado. Tratava-se, portanto, de consolidar o SUS, através da ênfase em um novo processo de trabalho, uma nova postura frente ao ato de cuidar e uma percepção ampla da atenção à saúde (3).

O próprio Ministério declarou: “[...] *tem caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência com foco na doença, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, [...]*” (3).

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo reorganizar as práticas de saúde sob novos critérios, pressupondo que a atenção à saúde deve ser entendida e percebida a partir de seu âmbito físico e social (4).

Trata-se de substituir o modelo vigente até 1994, organizado a partir de problemas específicos e da ótica hegemônica do modelo médico que subordina e empobrece o núcleo cuidador, pelos processos tecnológicos do “novo atuar em saúde”. (5).

Segundo Campos (6), embora o PSF se constitua em uma iniciativa de mudança, permanecem e afloram distintos problemas na atenção. A fragmentação da atenção permanece, e o “cuidado” não é sentido pelos usuários. Percebe-se que o problema principal é a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos.

Barboza e Fracolli (4) acreditam que a mudança do modelo assistencial somente ocorrerá a partir da reorganização do processo de trabalho destes profissionais. É preciso atingir a dinâmica médico-centrada, reorganizando o trabalho, atuando nos seus processos decisórios, materializando as tecnologias usadas para produzir saúde.

Estas mudanças, através da reflexão em um “novo agir”, terão impacto direto na atenção à saúde (7), prestada tanto pelo médico como por todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Merhy (5) afirma ainda que este novo agir ocorrerá à medida que o objeto do trabalho não esteja centrado na cura ou proteção à saúde, mas sim, na produção do cuidado, através do qual a cura, inclusive a prevenção da doença é mera consequência deste processo de trabalho.

Para esta produção do cuidado, o trabalho não pode se restringir apenas ao aspecto instrumental e terapêutico, denominado por Merhy (8) como “Trabalho Morto” ou “Tecnologia Dura”. Mas, deve ser executado a partir da relação entre sujeitos, ser acolhedor e produtor de vínculo com responsabilização sobre a clientela, acompanhando projetos terapêuticos cuidadores, sendo fundamentado nas relações interpessoais, caracterizando o “Trabalho Vivo” ou “Tecnologia Leve”.

Nota-se que a inter-relação destas diferentes tecnologias é de extrema importância para o trabalho do médico junto às Equipes de Saúde da Família (ESF). E

ele tem o compromisso de procurar em sua prática, ordenar a produção de atos de saúde, que deve ser sempre centrada no “trabalho vivo” (7).

O problema é que estes profissionais não receberam durante sua graduação a formação adequada para este tipo de atenção (10). Para contornar esta “incapacidade” Néri (9) destaca a importância da capacitação dos profissionais para que passem a realizar suas atividades através do planejamento de ações, aprendendo “o porquê de como fazer”. Esta capacitação deve ensinar a produzir cuidado em saúde, mobilizando gerencialmente o território das tecnologias leves, sem descartar completamente a necessidade da produção de procedimentos relacionados às tecnologias duras (5).

Acredita-se, portanto que a atenção plena à saúde depende do modo como os profissionais conduzem seu processo de trabalho no cotidiano, e só existirá se todos estiverem interessados e comprometidos com a mudança de saúde no Brasil (11).

A educação permanente destes profissionais não deve estar somente centrada nos problemas médicos e epidemiológicos da comunidade, mas nas deficiências do atendimento cotidiano que só serão percebidas através do processo de avaliação deste trabalho.

Reflete-se a necessidade de discussão dos processos de trabalho destes profissionais, agora organizados em forma de equipe. Não cabe, portanto, somente a crítica ao modelo vigente, mas principalmente a elaboração de métodos e tecnologias que analisem os problemas existentes e que propiciem uma mudança de posição interferindo diretamente no cuidado, promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva. Trata-se da reciclagem da produção de cuidado em saúde, da construção do “novo”, através da implementação de processos de auto-análise do trabalho (1).

Merhy (12) defende esta auto-análise entre os sujeitos do processo de trabalho em saúde, seus métodos de ação e o modo como estes se interseccionam, permitindo realizar uma nova compreensão e tomando o trabalho vivo como eixo norteador deste processo.

Segundo Merhy, (13) lança-se o desafio de construir a Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador para efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, construindo sujeitos auto-determinados e comprometidos com o cuidado, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

É através da avaliação e análise da atenção, neste município em questão, que o presente estudo pretende colaborar para construção de um novo olhar ao processo

de trabalho em saúde.

O objetivo aqui é avaliar o processo de trabalho do médico no Programa de Saúde da Família (PSF) em um município do Vale do Rio Itajaí - SC, através da observação do seu cotidiano e análise de suas dificuldades a fim de propor estratégias para mudanças educativas que contribuam para o desenvolvimento do cuidado em saúde, visando a efetividade e resolubilidade das ações desenvolvidas pelos médicos do PSF necessárias à consolidação dos princípios do SUS.

Métodos

A pesquisa foi desenvolvida em um município da região da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí) situado no litoral de Santa Catarina, com uma população de aproximadamente 90.000 habitantes (14). O Programa Saúde da Família foi posto em prática no ano de 2000, sendo que hoje o município possui quatorze unidades de saúde de atenção básica, sendo todas PSF (15). Nota-se em algumas equipes uma demanda acima daquela recomendada pelo Ministério da Saúde (4.000 habitantes ou 1.000 famílias por ESF), com uma média de 6.500 pessoas por equipe.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e categoria exploratória. A estratégia de pesquisa foi “estudo de caso” com técnica de coleta de dados através da observação não participante.

A amostra foi feita nos critérios da pesquisa qualitativa, sendo fundamentada em amostragem proposital, com dois médicos inseridos em equipes de maior população, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após apresentação do projeto no seu posto de trabalho na semana prévia ao início da observação.

Optou-se por não identificar município e comunidade em que os médicos estão inseridos em ordem a proteger suas identidades. Os resultados, observações, falas e acontecimentos serão descritos para os dois médicos em conjunto.

A observação foi feita em setembro de 2006, por um período de uma semana para cada médico, acompanhando-os durante seu dia de trabalho (jornada de 8 horas) para conhecer seu cotidiano, sendo respeitado todos os aspectos éticos da pesquisa e registrando-se todos os eventos e falas através de um guia de registro e do diário de campo. As atividades observadas foram nas Unidades de Saúde, sendo que, em um dia da semana, por meio período, houve visitas domiciliares (único

momento em que o médico saiu da Unidade no período de atendimento). Foram observadas atividades agendadas e de demanda espontânea (acolhimento) nas áreas de clínica médica, saúde da mulher, pediatria e cirurgias ambulatoriais. As atividades de cirurgia ambulatorial não foram observadas a pedido do médico assistente pelo pequeno espaço físico da sala.

Os elementos foram analisados e categorizados de forma organizacional pelas características tecnológicas do processo de trabalho (nas três dimensões descritas: leves, leve-duras e duras) e também nas exigências mínimas do trabalho do médico no PSF (16).

As categorias foram divididas em: a) **Tecnologias leves**: vínculo, atendimento humanizado, interdisciplinaridade e trabalho em equipe e preocupação com questões sociais; e b) **Tecnologias leve-duras e duras**: consultas clínicas e procedimentos (Unidades, domicílios, demais espaços), atividades de demanda espontânea e programada (clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgias, emergências e pediatria), serviços de referência (encaminhamentos, internação hospitalar), gerenciamento da equipe.

A categorização acima serviu de alicerce para discussão dos dados em consonância aos diversos autores, pesquisas e as diretrizes organizacionais e doutrinárias do SUS. Através desta análise chegou-se a problemas inerentes ao trabalho.

Resultados

Os médicos são extremamente pontuais e preocupados no cumprimento da carga horária.

Observa-se uma preferência por atendimento de consulta sendo que concentram a maior parte do seu trabalho na unidade de saúde, dentro do consultório. Atendem em média 18 consultas no período da manhã e 8 no período da tarde, que duram entre 3 e 20 minutos.

A gerência da unidade e do trabalho dos profissionais de saúde é feita pela enfermeira que também tem preferência pelo atendimento ambulatorial e mobiliza o trabalho para ser médico-centrado.

Optamos por descrever os resultados da observação através da divisão por categorias para melhor percepção e entendimento.

a) Tecnologias leves

· **Vínculo** não foi observado em sua amplitude. Percebe-se uma busca por aproximação na relação médico-paciente, e até mesmo mencionando a palavra "vínculo". Ex.: "Após a saída da paciente, comenta

sobre a importância do vínculo e diz que só solicitou exames para que ela volte e ele consiga abordar melhor a questão psicológica." (diário de campo).

Outras vezes, há tentativa de estabelecer vínculo mostrando-se a par do grupo familiar ao qual a paciente pertence.

Mesmo durante a visita domiciliar, o vínculo não é percebido e por vezes sente-se a dificuldade do médico em criá-lo.

Ex.: "Agente: Oi Dna A., viemos ver a Sra.

Paciente: sim, só um pouquinho.

O médico senta-se.

Médico: tudo bem com a Sra?

Paciente: sim, tudo bem.

Médico: Com quantos anos a Sra está?

Paciente: 51.

Médico: tá doendo o pé ainda?

Paciente: ah, tá me incomodando!!!

Médico examina o pé da paciente.

Médico: a Sra. tá tomando alguma coisa?

Paciente: tô.

Médico: sabe o nome?

Paciente: ah, vou lá dentro buscar.

Enquanto isso médico prescreve nova medicação e depois explica como tomá-la.

(guia de observação).

Houve neste momento somente ênfase à clínica, prescrição do medicamento. Com um olhar mais aprofundado pode-se entender que houve deficiência às necessidades reais desta paciente, não se construiu vínculo e faltou indicação de que a equipe se responsabilizava pelo seu acompanhamento.

· **Atendimento humanizado.** Os médicos portaram-se de maneira gentil e confortante na maioria das vezes. Nas situações em que as queixas eram subjetivas ou não totalmente dominadas por tecnologias duras ou leve-duras, o médico era mais impaciente, mostrando novamente uma dificuldade do domínio das tecnologias leves. Ex.: "Médico - Dona O., me escute! Deixa-me falar (em voz alta). O seu tratamento não é comigo. É com o CAPS. Eu já encaminhei a senhora [...] A senhora não tem paciência!" (guia de observação).

· **Interdisciplinaridade / trabalho em equipe.** Houve pouco diálogo entre médico e o restante da equipe de saúde. A maioria das consultas tem como desfecho diagnóstico e conduta médica, sem envolver outros profissionais de saúde na tentativa de resolver o problema em questão.

Ex.: "Paciente - Eu vou morrer, Dr. Não me alimento.

Me dá um soro senão eu vou morrer.

Senão eu vou tomar veneno. Vou me matar.

Médico - Tá, eu vou dar o soro.

Paciente - E eu quero também Diazepam.

Médico - Diazepam eu não vou dar! A senhora tem que tomar esse remédio que foi prescrito. De m o r a mais três semanas pra fazer efeito.

Médico leva a paciente para fazer o soro com a prescrição médica. (guia de observação).

· **Preocupação com questões sociais / Envolvimento da família e comunidade**

Não observamos envolvimento com questões sociais, ou aspectos relacionados à família e à comunidade do paciente. Mais uma vez quando há necessidade de “ir além” do território das tecnologias leve-duras, o médico concentra-se nos aspectos técnicos da consulta, sem explorar outras possibilidades para descobrir o que realmente se passa com o paciente.

Ex.: *“Paciente - eu ando meio nervoso.*

Médico - o quê?

Paciente - ando meio nervoso.

Médico - com o quê?

Paciente - problemas com a família.

(médico não pergunta, muda de assunto)

Médico - Tomou remédio da pressão hoje?

Paciente - sim.

Médico - se incomodou hoje?

Paciente - não, só tô meio agitado.

Médico - o Sr. tomava quantos remédios para tontura antes?

Paciente - 2 comprimidos uma vez por dia. (guia de observação)

As consultas resumiam-se à prescrição de medicação, tentando contornar o contexto psico-social que levavam à doença do indivíduo. Não se observou interesse em saber o por quê de tais queixas e sintomas. Por vezes, notava-se até mesmo receio em se aprofundar no assunto.

b) Tecnologias leve-duras e duras

Há domínio nestas tecnologias, transformando-as no seu principal instrumento de trabalho.

· **Atendimento clínico.** A clínica é realizada de maneira adequada, exame físico completo, orientações diretamente relacionadas à como tomar a medicação, prescrição de medicamentos e pedidos de exame. Estes assumem resposta única à solução final do problema do paciente, vestindo o olhar exclusivo do modelo biologicista.

· **Referências.** Foi realizado encaminhamento quando necessário, mas durante os dias subsequentes,

não houve busca por parte do médico do que ocorreu com a paciente ou da contra-referência.

· **Gerenciamento da equipe** está centrado na enfermeira. Há um distanciamento dos médicos nas decisões gerenciais e no fluxo de seu próprio trabalho. Esta observação parece estar relacionada com a dificuldade de realizar a interdisciplinaridade na equipe.

Ex1: *“Faz uma receita de Diazepam para uma paciente após a solicitação da enfermeira. Enquanto conversa comigo, diz que não gosta de fazer esse tipo de coisa, que já foi muito radical, mas que para trabalhar em PSF é preciso fazer algumas concessões”.* (diário de campo)

Ex2: *“A enfermeira não põe as fichas de atendimento na gaveta da porta, como combinado. O médico se levanta e vai buscá-las, sem tentar solucionar o problema”* (diário de campo).

Discussão

Observa-se um domínio de tecnologias duras e leve-duras. Os médicos representam ter domínio da clínica, do diagnóstico e do tratamento. Estão atualizados e preocupados em proporcionar ao usuário o melhor tratamento vinculado a essas tecnologias.

Foi observado que o trabalho do médico está centrado nas consultas, com um curto período de duração (10 minutos em média). Há uma dificuldade em trabalhar especificamente as tecnologias leves, definidas como vínculo, humanização, comprometimento social, interdisciplinaridade e trabalho em equipe. Aqui a observação mostrou que vários fatores coexistem para esta “dificuldade” na integração das tecnologias leves ao cotidiano do trabalho. Entre eles, dificuldade pessoal, o gerenciamento da equipe estar concentrado em uma só pessoa e a demanda reprimida .

Uma vez que o atendimento é médico-centrado, a demanda torna-se maior, fazendo com que o médico tenha que atender um número maior de pacientes, encurtando o tempo das consultas, não dando espaço para que se desenvolvam as tecnologias leves que permitem outros patamares na relação médico-paciente para além da clínica, levando ao vínculo e à responsabilização.

De um modo geral, percebe-se uma dificuldade do médico trabalhar fora de uma queixa formalizada. Tanto o usuário quanto o médico têm dificuldades para verbalizarem suas dúvidas e manter um diálogo adequado à formação do vínculo. Paim (17) apresenta esta dificuldade e sugere que a percepção disto só se fará

com ações educacionais como auto-avaliação e análise.

Para atuar como operador do cuidado, o trabalhador de saúde necessita assumir o diálogo como produtor de vínculo, acolhimento e responsabilização (18). Portanto, este “atuar” depende intrinsecamente da forma de trabalho do sujeito, neste caso, o médico. O produto final poderá ser somente um ato duro, sem vínculo, como a prescrição de uma medicação; ou poderá criar vínculo à medida que o usuário se sente importante neste processo, repensa a necessidade de mudança de hábitos de vida, de introspecção e da importância concomitante com a medicação (8, 18).

Para que o médico produza o cuidado, ele deve ser aproximado do resultado, do produto final, valorizando seu orgulho profissional, abrindo espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, reinventando o seu cotidiano de trabalho (19).

Nota-se uma expectativa geral dos trabalhadores de saúde e usuários para que o modelo técnico-assistencial prevaleça. A enfermeira organiza o atendimento para que seja médico centrado. Os pacientes parecem condicionados a esperar o mesmo. O médico responde ao processo, como co-participe, sem questionamentos. Não há interdisciplinaridade, e cada um trabalha em seu núcleo específico de cuidado, sem inter-relação dos diversos profissionais para um objetivo comum. Segundo Almeida e Mishima (20), para que haja produção de cuidado a interdisciplinaridade é fundamental.

Todos os trabalhadores em saúde, e entre eles o médico, possuem potencial cuidador (21) que deve ser resgatado e para isto é preciso reestruturar conceitos e auxiliar os trabalhadores em saúde que resgatem dentro de si este potencial.

São necessárias estratégias para mudança tanto nas escolas de formação médica, quanto na gestão de recursos humanos. É importante que a formação continuada destes profissionais seja centralizada nas tecnologias leves. Construir médicos comprometidos com a realidade social e envolvidos com a funcionalidade e gerência de seu local de trabalho, capacitando-os a organizá-lo, são medidas necessárias. Teremos assim profissionais mais satisfeitos com sua prática e consequentemente mais comprometidos com os resultados.

Conclusão

Há compromisso na realização do trabalho médico, porém este está centrado nas tecnologias duras e leve-duras através de consultas médicas estruturadas sobre a

anamnese, exame físico, diagnóstico, prescrição de medicamentos e pedido de exames.

Os médicos não dominam as tecnologias leves, estão distantes do gerenciamento do trabalho da equipe ou de seu próprio trabalho cotidiano. A interdisciplinaridade inexistente.

A observação e análise do processo de trabalho foram importantes à medida que elucidaram as deficiências na assistência e reconheceram, neste grupo específico de médicos, quais conceitos necessitam ser incorporados à sua prática. Para um processo de mudança eficaz será preciso que o médico perceba estas lacunas através da Educação Permanente centrada na auto-análise de sua própria realidade. A avaliação das necessidades específicas de cada grupo de profissionais é uma ferramenta para o sucesso pedagógico à incorporação de mudanças no modelo assistencial.

As limitações desta pesquisa parecem estar correlacionadas com a observação do médico somente e não a interação da equipe como um todo. Esta inter-relação dos outros profissionais de saúde com o médico poderia indicar os fatores determinantes para que o trabalho permaneça médico-centrado.

Referências bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da Área da Saúde. Brasília, 2004.
3. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2001.
4. Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1036-1044, jul./ago. 2005.
5. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 305-314, 1999.
6. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da família. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8,

- n.2, p.569-584, 2003.
7. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
 8. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface – Comum Saude Educ, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 109-116, 2000.
 9. Néri AA. Gestão de Recursos Humanos por competências e empregabilidade. Campinas: Papirus, 1999.
 10. Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 31-40, 2004.
 11. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde: princípios. Caderno de Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1996. Cap. 12, p. 285-304.
 12. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
 13. Merhy, EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – Comum Saude Educ, Ribeirão Preto, v. 9, n.16, p. 161-77, 2005.
 14. Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú. Secretaria de Saúde. Balneário Camboriú, 2005. Disponível em:<<http://www.camboriu.sc.gov.br>> Acesso em: 01 abr. 2005.
 15. SIAB. Sistema de Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab>>. Acesso em: 10 jan. 2006.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006. Volume 4. Anexo I: As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, saúde bucal e de acs. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em 10 jun. 2006.
 17. Feuerwerker, LC. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Revista da ABENO, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.
 18. Matsumoto S, et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface – Comunic Saude Educ, Ribeirão Preto, v.9, n.16, p.9-24, fev. 2005.
 19. Malta, DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP, Campinas, 2001.
 20. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias”no trabalho. Interface – Comunic Saude Educ, Ribeirão Preto, v. 9, n.8, p. 150-155, 2001.
 21. Gariglio MT. O médico e seu processo de trabalho em serviços públicos de saúde: a descrição de um problema. Ver CS Col [periódico na internet] 2006 [citado em 22 de março de 2006] [cerca de 15p.]. Disponível em: <http://www.cienciasesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 09 set.2006.

Endereço para correspondência:

Rua 2.300, número 599, ap. 302.

Balneário Camboriú – SC.

Cep: 88330-428