



***A arquitetura pedagógica da preceptoría em medicina de família e comunidade: construtos teóricos, demografia médica e resolutividade na atenção primária***

*The pedagogical architecture of preceptorship in family and community medicine: theoretical constructs, medical demography, and resolutivity in primary care*

La arquitectura pedagógica de la preceptoría en medicina familiar y comunitaria: constructos teóricos, demografía médica y capacidad de resolución de problemas en atención primaria

**Yuri Mateus Muniz Martins Souza**

*Médico e preceptor.*

*Especialista em Medicina de Família e Comunidade (SESAU/FIOCRUZ).*

*Especialista em Docência no Ensino Superior (UNIASSELVI).*

**RESUMO**

A reconfiguração demográfica global e o aumento sustentado na prevalência de condições crônicas não transmissíveis exigem uma profunda adaptação estrutural dos sistemas de saúde, transferindo a centralidade do cuidado para a Atenção Primária à Saúde (APS). Este artigo investiga a arquitetura pedagógica inerente à preceptoría médica, analisando a intersecção indispensável entre o letramento acadêmico formal na docência superior e a aplicação clínica do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). O percurso metodológico adota uma revisão analítico-dedutiva da literatura científica, aliada à observação praxiológica do autor durante sua atuação no grupo de coordenação pedagógica e na preceptoría do programa de residência em medicina de família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), em parceria com a FIOCRUZ (Projeto Qualifica APS). A pesquisa estabelece uma fundamentação teórica para a evolução epistemológica da medicina comunitária, seguida da análise de dados demográficos que evidenciam o déficit crítico de especialistas no Brasil e nos Estados Unidos, em contraste com os modelos da OCDE. Subsequentemente, promove-se uma comparação estrutural entre a instrução hospitalocêntrica de matriz flexneriana e a supervisão territorial ambulatorial. Identificam-se problemas sistêmicos relevantes, como a iatrogenia diagnóstica e a fragmentação assistencial, propondo-se intervenções mitigadoras, alicerçadas em uma governança curricular estrita. Conclui-se que a preceptoría médica qualificada atua como o vetor determinante para assegurar a sustentabilidade operacional e a resolutividade dos modernos ecossistemas de saúde baseados em valor.

**Palavras-chave:** Educação Médica. Preceptoría. Atenção Primária à Saúde. Método Clínico Centrado na Pessoa. Gestão Populacional.

**ABSTRACT**

The global demographic reconfiguration and the sustained increase in the prevalence of chronic non-communicable conditions require a profound structural adaptation of health systems, transferring the centrality of care to Primary Health Care (PHC). This article investigates the pedagogical architecture inherent to medical preceptorship, analyzing the indispensable intersection between formal academic literacy in higher education teaching and the clinical application of the Person-Centered Clinical Method (PCCM). The methodological path adopts an analytical-deductive review of the scientific literature, combined with the author's praxiological observation during the planning group and as a preceptor in the Family and Community Medicine Residency Program of the Campo Grande Municipal Health Department, in partnership with FIOCRUZ (Qualifica APS Project). The research establishes a theoretical foundation on the epistemological evolution of community medicine, followed by the analysis of demographic data that highlights the critical deficit of specialists in Brazil and the United States, in contrast to OECD models. Subsequently, a structural comparison is promoted between the hospital-centric instruction of the Flexnerian matrix and the territorial outpatient supervision. Relevant systemic problems, such as diagnostic iatrogenesis and care fragmentation, are identified, and mitigating interventions are proposed based on strict curricular

governance. It is concluded that qualified medical preceptorship serves as the determining factor in ensuring the operational sustainability and resolutivity of modern value-based health ecosystems.

**Keywords:** Medical Education. Preceptorship. Primary Health Care. Person-Centered Clinical Method. Population Management.

## 1. INTRODUÇÃO

A atual transição demográfica e epidemiológica, caracterizada pelo envelhecimento acelerado da população e pela consolidação das doenças crônicas como a principal causa de morbimortalidade global, impõe um desafio sem precedentes à sustentabilidade dos sistemas de saúde. As pesquisas científicas conduzidas por Barbara Starfield (2002) demonstraram, por meio de rigorosos inquéritos internacionais, que os arranjos sanitários estruturados em torno de uma Atenção Primária à Saúde (APS) de excelência apresentam desfechos clínicos superiores aos de modelos fragmentados. Essa superioridade estatística decorre da capacidade do nível primário de assegurar o acesso coordenado, promover a continuidade do cuidado e orientar o paciente por meio das redes de atenção especializada. Sob a ótica da economia em saúde, tais plataformas preventivas apresentam uma eficiência alocativa muito maior, protegendo os orçamentos públicos contra intervenções hospitalares tardias e de altíssima complexidade. Contudo, a materialização dessa resolutividade depende fundamentalmente da densidade intelectual, da capacidade investigativa e do raciocínio dedutivo dos médicos que atuam nas unidades básicas de saúde.

A formação de um profissional médico dotado dessas competências específicas exige uma reformulação profunda das metodologias de ensino tradicionais. O domínio pleno da clínica ampliada requer a imersão tutelada do acadêmico e do residente no próprio território da comunidade assistida, um ambiente complexo em que a indiferenciação sintomatológica e as vulnerabilidades sociais ditam a dinâmica dos atendimentos diários. O presente artigo dissecou a engenharia pedagógica necessária para fundamentar essa capacitação em larga escala. Defende-se a premissa de que a transposição de metodologias avançadas para a prática assistencial exige a atuação de preceptores chancelados por especializações formais em andragogia e docência. A análise apresentada nas próximas seções demonstrará como a governança do ensino em serviço consegue traduzir diretrizes teóricas em habilidades clínicas resolutivas, garantindo a adaptação da medicina moderna aos desafios impostos pelo século vinte e um.

## 2. A EVOLUÇÃO DO CUIDADO: DO MODELO BIOMÉDICO AO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

A sedimentação da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade basilar dos sistemas universais de saúde decorreu de uma revisão epistemológica imprescindível nas ciências médicas. O paradigma biomédico cartesiano, fundamentado no reducionismo mecanicista, apresentou incontestável utilidade histórica no manejo de doenças infectocontagiosas e de condições agudas. Entretanto, conforme postulado pelo psiquiatra George Engel na década de 1970 ao introduzir as bases do modelo biopsicossocial, tal reducionismo mostra-se inadequado para gerenciar a complexidade das multimorbidades contemporâneas. A excessiva compartimentação do conhecimento anatômico em subespecialidades não apenas inflaciona os custos macroeconômicos do setor de saúde, mas também frequentemente falha em proporcionar bem-estar duradouro, resultando em intervenções fragmentadas que desconsideram o contexto integral do paciente.

A resposta da comunidade acadêmica a esse esgotamento metodológico consolidou-se por meio do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), estruturado por Moira Stewart e pela escola canadense de medicina primária. Esta abordagem preconiza que a eficácia terapêutica requer a investigação concomitante da *disease* (a patologia orgânica passível de diagnóstico laboratorial) e da *illness* (a experiência subjetiva do adoecimento vivenciada pelo sujeito). Sob essa ótica, o profissional de saúde

deve explorar ativamente as preocupações, as crenças e o panorama sociocultural do indivíduo assistido, integrando tais variáveis à construção de um projeto terapêutico compartilhado. Essa pactuação horizontal garante que as decisões médicas respeitem a autonomia do enfermo, alinhando o tratamento prescrito à realidade material e emocional de seu cotidiano (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

No contexto exigente das unidades de saúde primárias, a operabilidade desta vertente dialógica ascende à categoria de tecnologia leve de alta precisão diagnóstica. Ian McWhinney defendia que o médico generalista forja sua maestria operando sob a tolerância à incerteza probabilística, característica marcante dos quadros clínicos iniciais. Ao adotar o MCCP como ferramenta propedêutica primária, o clínico consegue mitigar a não adesão medicamentosa e prevenir o desencadeamento de cascatas investigativas desnecessárias. A escuta ativa e a empatia metodologicamente orientada funcionam como medidas de prevenção quaternária, protegendo o paciente contra o sobrediagnóstico e a iatrogenia decorrentes de intervenções excessivas e inadequadas (GUSSO; LOPES, 2019).

A transposição deste raciocínio heurístico para a cognição do estudante universitário constitui o maior desafio da educação médica atual. O acadêmico frequentemente inicia o estágio ambulatorial condicionado por algoritmos deterministas, buscando respostas binárias e imediatas a queixas difusas. A mediação pedagógica do preceptor é o instrumento que desconstrói a ansiedade por certezas precipitadas, ensinando o aprendiz a utilizar o princípio da "demora permitida". O acompanhamento vigilante ao longo das semanas atua como um recurso investigativo seguro, permitindo ao docente instruir o aluno na decodificação do comportamento humano, elevando a semiologia médica a um patamar profundamente analítico e relacional.

### 3. PANORAMA DEMOGRÁFICO: A ESCASSEZ DE CAPITAL HUMANO MÉDICO EM PERSPECTIVA GLOBAL

A irrefutabilidade teórica da APS contrasta de forma acentuada com a realidade demográfica da força de trabalho médica global. No Brasil, o descompasso na formação de recursos humanos especializados em medicina comunitária é estatisticamente alarmante. Segundo os dados detalhados do levantamento *Demografia Médica no Brasil 2023*, elaborado pela Universidade de São Paulo (USP) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), a especialidade de MFC corresponde a apenas 2,4% do contingente total de médicos em atividade no país. Essa escassez estrutural compromete severamente a expansão qualitativa da Estratégia Saúde da Família (ESF), compelindo a administração pública a alocar profissionais recém-formados, carentes de treinamento ambulatorial específico, na base assistencial do sistema público.

Essa deficiência na provisão de capital humano não se restringe às nações em desenvolvimento. Observando o cenário da maior economia do Hemisfério Norte, os Estados Unidos enfrentam uma crise de oferta de serviços primários de proporções históricas. Projeções elaboradas pela agência federal *Health Resources and Services Administration (HRSA)* apontam um déficit estimado de mais de 141.000 profissionais de saúde até 2038. Adicionalmente, relatórios governamentais confirmam que mais de 92 milhões de cidadãos estadunidenses habitam atualmente as *Health Professional Shortage Areas (HPSAs)* e as populações rurais apresentam os maiores índices de vulnerabilidade assistencial. Essa carência crônica ameaça a viabilidade financeira de programas de seguridade social, como o *Medicare* e o *Medicaid*.

Para mensurar a gravidade desse contexto, torna-se essencial estabelecer uma análise comparativa com as nações integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em países onde o sistema de saúde apresenta elevados graus de resolutividade, como o Reino Unido, o Canadá e a Holanda, a proporção de médicos generalistas oscila sistematicamente entre 30% e 50% do total da força médica nacional. Esta configuração piramidal otimizada, alicerçada por clínicos que atuam eficientemente como ordenadores do cuidado (*gatekeepers*), explica o sucesso

dessas nações em manter indicadores de excelência em saúde pública empregando uma fração do Produto Interno Bruto (PIB) que os sistemas fragmentados costumam gastar.

A análise dessa crise demográfica transnacional evidencia que a sustentabilidade das redes de atenção primária depende da capacidade institucional de formar preceptores qualificados. Sem lideranças clínicas habilitadas a educar novas gerações de especialistas por meio da docência em serviço, as propostas de reforma sanitária perdem a viabilidade. A implementação urgente de modelos educacionais baseados na lógica de *train-the-trainer* (capacitação de multiplicadores de conhecimento), amparados em rigor metodológico, representa a principal solução logística viável para ampliar a capacidade instalada dos países duramente afetados pela má distribuição de talentos profissionais.

#### 4. PRECEPTORIA TERRITORIAL VERSUS ENSINO HOSPITALOCÊNTRICO: DESAFIOS E SOLUÇÕES

A análise crítica do currículo médico hegemônico revela uma inadequação metodológica cujas raízes remontam às orientações do Relatório Flexner, de 1910. Embora a maioria absoluta das condições agudas e crônicas que afetam a população seja diagnosticada e tratada no âmbito comunitário, a instrução acadêmica permanece majoritariamente confinada às enfermarias de hospitais de nível terciário. O discente submetido a um treinamento associado a esse ecossistema artificial desenvolve vieses de raciocínio incompatíveis com a prática generalista. Ele habitua-se à disponibilidade irrestrita de exames de imagem de alto custo e interage quase exclusivamente com a patologia em estágio de complicação orgânica grave, perdendo a oportunidade de acompanhar a história natural das doenças. O desdobramento sistêmico deste modelo formativo é a geração de iatrogenias diagnósticas e a fragmentação prejudicial do cuidado prestado ao indivíduo. Ao ser inserido na atenção primária, em um ambiente frequentemente desprovido de suporte tecnológico imediato, o profissional enfrenta dificuldades analíticas diante de queixas inespecíficas ou de quadros clínicos em fase prodrômica. A reação defensiva natural resulta no encaminhamento precipitado do paciente para diversas subespecialidades, sobrecarregando as centrais de regulação de vagas e gerando filas de espera enormes. Concomitantemente, essa imperícia expõe o paciente a procedimentos invasivos não justificados, violando o preceito básico de não maleficência e encarecendo desproporcionalmente a jornada de tratamento.

A preceptoria territorial, vigorosamente exercida nas unidades de saúde periféricas, desponta como o antídoto metodológico necessário para corrigir essa disfunção cognitiva. A supervisão em serviço, orquestrada por especialistas em MFC, converte a Unidade de Saúde da Família em um verdadeiro laboratório de raciocínio dedutivo. Durante a condução das consultas, o aluno é orientado a utilizar a epidemiologia clínica prevalente na região como principal ferramenta de exclusão diagnóstica, aliada à semiologia minuciosa. Dessa forma, o aprendiz compreende que a ausência de recursos tecnológicos de ponta não inviabiliza a elaboração de hipóteses clínicas assertivas nem o estabelecimento de condutas terapêuticas resolutivas (BICKLEY, 2020).

A disparidade estrutural entre os dois modelos formativos ganha evidência incontestável durante a visita domiciliar. Enquanto o leito hospitalar padroniza artificialmente o entorno e subtrai a autonomia do doente, a entrevista realizada no domicílio lança o acadêmico no habitat inalterado do sujeito assistido. A avaliação presencial de barreiras arquitetônicas, a inspeção da adequação da polifarmácia na residência e a constatação do nível de exaustão dos cuidadores familiares fornecem variáveis imprescindíveis para a precisão do prognóstico. Tais informações moldam o projeto terapêutico de maneira incisiva, demonstrando aos futuros profissionais a influência dos Determinantes Sociais da Saúde na estabilização das doenças crônicas.

## 5. DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA CLÍNICA

A competência clínica de um médico experiente não confere automaticamente a habilidade didática para transmitir seu conhecimento de forma sistematizada. Além do certificado em Docência no Ensino Superior, o profissional pode atuar se formado em alguma especialização ou curso de preceptoria. A capacitação pedagógica rigorosa assegura que a transferência de habilidades transcenda o empirismo baseado na intuição do professor, adotando os preceitos andragógicos formulados pela ciência da educação. A pedagogia problematizadora defendida por Paulo Freire (1996) afasta o aluno da postura passiva, instigando-o a questionar criticamente os protocolos vigentes, o que fomenta a autonomia intelectual indispensável ao trabalho nos ambulatórios.

No ambiente altamente dinâmico da educação médica em serviço, as teorias construtivistas de Lev Vygotsky (1998) revelam aplicabilidade ímpar. O conceito de "zona de desenvolvimento proximal" descreve com exatidão a distância entre o nível de competência real do acadêmico e o desenvolvimento potencial que ele pode alcançar mediante tutoria adequada. O preceptor provido de repertório pedagógico atua cirurgicamente nessa lacuna formativa. O docente fornece o suporte estrutural ajustado às necessidades do residente, reduzindo gradativamente as intervenções diretas à medida que a sagacidade investigativa do aprendiz atinge a maturidade clínica requerida para a prática médica independente e segura.

A perenidade e a qualidade dessa estrutura educacional dependem de uma sólida governança institucional, orquestrada nos bastidores da administração pública. A inserção formal de médicos especialistas nos Grupos de Trabalho (GT) da Coordenação Pedagógica converte a iniciativa didática individual em uma política de formação perene. Nesses comitês estratégicos, os coordenadores assumem a responsabilidade de auditar as matrizes curriculares em tempo real, garantindo o cumprimento das diretrizes do Ministério da Educação e das *EPAs (Entrustable Professional Activities)*. As *EPAs* são unidades de prática profissional que representam as atividades essenciais realizadas rotineiramente por especialistas em suas áreas de especialização. Simultaneamente, eles adaptam as normas federais às peculiaridades da vigilância epidemiológica local, alinhando o ensino às necessidades de saúde reais da população do município.

A atuação diligente desses núcleos decisórios colegiados é indispensável para a aplicação de metodologias de avaliação formativa justas e fundamentadas em evidências. A adoção irrestrita de instrumentos métricos padronizados, como o *Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)*, aliada ao escrutínio de portfólios reflexivos documentados, garante que a progressão de competências do residente seja mapeada de forma objetiva. Ao transformar a educação médica em um processo quantificável e passível de auditoria, a coordenação do programa previne a aprovação de profissionais com limitações técnicas graves, assegurando que o sistema de saúde receba médicos capacitados para exercer a profissão com alta resolutividade e responsabilidade ética.

## 6. A RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O IMPACTO NO CUIDADO BASEADO EM VALOR

O financiamento da saúde global encontra-se em um processo acelerado de reestruturação, distanciando-se do modelo de remuneração focado no volume de procedimentos faturados (*fee-for-service*) em prol da implementação do cuidado baseado em valor (*value-based healthcare*, proposto por Michael Porter). Nesse novo ecossistema financeiro, a viabilidade de hospitais e de organizações que oferecem planos de saúde condiciona-se à entrega de desfechos clínicos positivos, aliada à otimização alocativa de recursos. A Atenção Primária figura como o alicerce fundamental para o fechamento desta equação econômica, convertendo o médico de família em um gestor estratégico de populações, cuja atuação, estritamente preventiva e resolutiva, tem a capacidade de evitar a ruptura dos orçamentos institucionais (PORTER; TEISBERG, 2006).

A taxa de resolutividade inerente à prática do clínico pode ser mensurada objetivamente por meio de indicadores estatísticos consolidados. Um profissional adequadamente submetido a um programa de residência rigoroso possui o cabedal técnico necessário para manejar agudizações moderadas de asma, descompensações leves de insuficiência cardíaca e processos infecciosos localizados no território adscrito. Ao conter os agravos no nível primário, o médico reduz drasticamente o afluxo de ambulâncias aos Departamentos de Emergência (EDs) e, conseqüentemente, o congestionamento dos leitos hospitalares. A execução protocolada de rastreios oncológicos e o controle sistemático das desordens metabólicas alteram significativamente a evolução natural das moléstias crônicas, poupando à previdência social de arcar com os custos de invalidez precoce.

O impacto direto da preceptoria de excelência na economia da saúde manifesta-se por meio do treinamento voltado à racionalização do uso da propeidética tecnológica avançada. A incorporação dos princípios da prevenção quaternária no currículo dos residentes orienta o futuro médico a discernir quando uma intervenção diagnóstica acarreta mais riscos do que benefícios comprovados. Sob a atenta tutela de um orientador, o aprendiz aprende a calibrar seu limiar para solicitar exames de imagem e pareceres especializados. A capacidade de tolerar e observar queixas álgicas inespecíficas, acompanhando-as de forma sistemática, é a competência que evita o congestionamento desnecessário das raras agendas dos especialistas focais na rede secundária.

No escopo específico da vivência acadêmica descrita nesta pesquisa, a integração profícua entre acadêmicos oriundos da UFMS e residentes vinculados à SESAU atesta a viabilidade deste modelo de instrução unificada. O acompanhamento de indivíduos nas fases da infância, adolescência, adultidade e senescência, inseridos em uma mesma matriz longitudinal de atendimento, incute nos discentes a compreensão de que a proximidade rotineira constrói um vínculo terapêutico valioso. Essa confiança cultivada organicamente entre o profissional e a comunidade é o elemento aglutinante que garante a adesão massiva a propostas de mudança no estilo de vida, proporcionando a resolutividade terapêutica que as métricas modernas de saúde pública exigem.

## CONCLUSÃO

O exame criterioso das estruturas organizacionais detalhadas nas seções anteriores ratifica a tese de que a superação da crise demográfica e financeira dos macrosistemas sanitários depende, visceralmente, da elevação qualitativa da educação médica basal. A transição do paradigma biomédico patologizante para a compreensão biopsicossocial do adoecimento não ocorre de forma passiva durante as aulas teóricas tradicionais. Essa adaptação cognitiva exige a implementação de uma preceptoria territorial orquestrada estrategicamente, conduzida por tutores habilitados a moldar o raciocínio dedutivo de modo a absorver a complexidade e a incerteza intrínsecas ao primeiro nível de atenção à saúde da população.

Reafirma-se, com respaldo na literatura sanitária contemporânea, que o Método Clínico Centrado na Pessoa desempenha a função de vetor organizador dessa reformulação assistencial. Ao integrar os dados epidemiológicos objetivos às narrativas subjetivas do paciente, o preceptor instila nos residentes a compreensão de que as moléstias orgânicas têm raízes entrelaçadas aos determinantes sociais em que o indivíduo está inserido. O domínio pragmático desse método consolida a aliança terapêutica necessária ao manejo crônico, funcionando simultaneamente como um anteparo contra condutas intervencionistas excessivas, movidas pela medicina estritamente comercial (STEWART *et al.*, 2017).

A análise dos dados populacionais apresentados evidenciou a escassez crítica de especialistas em MFC no panorama brasileiro, um fenômeno preocupante que se reproduz com a mesma gravidade na infraestrutura dos Estados Unidos. A discrepância latente entre os números observados nesses territórios e as métricas recomendadas pelos países da OCDE evidencia que a vulnerabilidade dos sistemas decorre da insuficiência de médicos orientadores do cuidado. Diante deste cenário, o fomento estratégico a programas de residência, conduzidos por lógicas de capacitação de

multiplicadores de saber, representa a única rota plausível para reequilibrar a força de trabalho e expandir a cobertura assistencial com qualidade atestada.

Verificou-se que o desmantelamento das iatrogenias sistêmicas e da fragmentação perniciosa do cuidado requer o deslocamento físico do núcleo de aprendizado prático (STARFIELD, 2002). A imersão do acadêmico nas unidades de saúde e a obrigatoriedade da continuidade das visitas domiciliares inserem o futuro profissional na dimensão inalterada do seu paciente. O mapeamento presencial de riscos e da rede de suporte familiar comprova aos discentes que o raciocínio médico de excelência frequentemente prescinde de um arsenal tecnológico oneroso quando embasado em semiologia acurada e em investigação social apurada (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Para assegurar a perenidade destas inovações formativas e impedir que dependam exclusivamente do voluntarismo de poucos orientadores, a governança institucional sobre as matrizes curriculares mostra-se imprescindível. A exigência de certificação formal em Docência no Ensino Superior e em cursos de Preceptoria Médica garante que as técnicas andragógicas aplicadas sejam ancoradas em evidências educacionais sólidas, alinhando a prática tutelar aos conceitos de emancipação reflexiva (FREIRE, 1996). Adicionalmente, a atribuição de autonomia aos Grupos de Trabalho Pedagógico para a execução de avaliações formativas sistemáticas blinda as instituições públicas contra a certificação de profissionais desprovidos da competência essencial para atuar na medicina de família. Por fim, infere-se que o fomento ininterrupto às lideranças responsáveis pela coordenação acadêmica determinará a viabilidade dos modelos de saúde das próximas décadas. O paradigma de cuidado orientado por valor, que remunera desfechos clínicos favoráveis em detrimento do mero volume de atendimentos faturados, prosperará unicamente sob a gerência de médicos treinados para visualizar a doença e a pessoa de maneira indissociável (GUSSO; LOPES, 2019). O investimento massivo na capacitação preceptorial não apenas garante a continuidade da inovação técnica na esfera pública, como também assegura que o avanço contínuo das biotecnologias se traduza em ganhos civilizatórios justos e acessíveis a todas as camadas da sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB); UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: AMB/USP, 2023.
- BICKLEY, Lynn S. **Bates' Guide to Physical Examination and History Taking**. 13. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.
- DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- MCWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results**. Boston: Harvard Business Review Press, 2006.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre as necessidades de saúde, os serviços e a tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STEWART, Moira et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.