

Impacto das novas competências do médico de família: coordenação de cuidados no hospital e gerenciamento de pacientes crônicos no domicílio

Impact of the new abilities of the family doctor: coordination of cares at the hospital
and management of chronic patients at home

Impacto de las nuevas capacidades del médico de cabecera: coordinación de cuidados en el
hospital y gerencia de pacientes crónicos en el hogar

*Adriana Roncoletta**

*Marcelo Levites***

*Caue Monaco****

RESUMO: Quem trata o doente no hospital é o mesmo que o trata no consultório ou em casa? Faz diferença para o paciente ter o mesmo médico cuidando dele em diferentes situações? Quais as características que um médico deve ter para melhor tratar o doente no hospital ou em casa? Apresentar as características do médico em lidar com pacientes no hospital e no domicílio é a tarefa primordial deste artigo. Para demonstrar estas características iremos descrever a experiência do Médico de Família da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) no cenário domiciliar e hospitalar. No contexto hospitalar a coordenação dos cuidados e uma maior qualidade no atendimento são: auxílio na comunicação entre médicos especialistas, adaptação a diferentes contextos, negociação para alta, e estar habituado a prestar cuidados longitudinais. No contexto domiciliar além de atributos específicos ao médico de família e metodologia própria na realização de visitas, contribuem para melhorar a resolutividade trabalhar em equipe, gerenciamento da família e sistematização e estruturação do programa. As habilidades de comunicação e adaptação a diferentes cenários de cuidado, juntamente com a capacidade de lidar com problemas multidimensionais, próprias de um bom generalista, são cada vez mais necessárias na assistência à saúde. Por possuí-las e estar comprometido com o paciente, o médico de família acaba por tornar-se a peça-chave não só no contexto ambulatorial também organizando os cuidados prestados no hospital e na casa do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Médicos de família. Assistência ao paciente. Relações médico-paciente.

ABSTRACT: The one who treats sick persons in the hospital is the same that treats them in the doctor's office or the patients' house? Is there a difference for the patient to have the same doctor taking care of them in different situations? Which characteristics must a doctor has to better treat sick persons in the hospital or the house? To present doctors characteristics in dealing with patients in the hospital and the house is the primordial aim of this article. To demonstrate these characteristics, we will describe the experience of the Family Doctor of SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Brazilian Society of Family Medicine) in patients' house and the hospital settings. In the hospital context the coordination of cares and a better quality in assistance is: helping the communication among medical specialists, adapting to different contexts, negotiation for discharge and familiarity to longitudinal care giving. In the house context, besides specific attributes to the family doctor and an adequate methodology for doing visits, factors that contribute to improve the capacity to solve problems are ability to work in teams, management of the family and systematization and organization of the program. The abilities of communication and adaptation to the different settings of care, together with the capacity to deal with multidimensional problems, required from a good generalist, are ever more necessary in health assistance. Due to possessing them and being engaged with patients, the family doctor not only becomes a vital participant in the ambulatory context but also in the task of organizing cares given in the hospital and the house.

KEYWORDS: Physicians, family. Patient care. Physician-patient relations.

RESUMEN: ¿La persona quién trata a personas enfermas en el hospital es igual a la que las trata en el gabinete del doctor o en la casa de los pacientes? ¿Hay una diferencia cuando el paciente tiene el mismo doctor ayudándolo en diversas situaciones? ¿Qué características debe tener un doctor como para mejor ayudar a las personas enfermas en el hospital o la casa? Presentar las características de los doctores al tratar a pacientes en el hospital y la casa es el objetivo primordial de este artículo. Para demostrar esas características, describiremos la experiencia del médico de cabecera de SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família (sociedad brasileña de la medicina de familia) en la casa de los pacientes y en el hospital. En el contexto del hospital la coordinación de los cuidados y una mejor calidad en ayuda incluyen: ayuda a la comunicación entre los especialistas médicos, adaptación a diversos contextos, la negociación para salir del hospital ya la familiaridad con la ayuda longitudinal. En el contexto de la casa, además de las cualidades específicas al médico de cabecera y de una metodología adecuada para hacer visitas, los factores que contribuyen para mejorar la capacidad de solucionar los problemas son la capacidad de trabajar en equipos, la gerencia de la familia y la sistematización y la organización del programa. Las capacidades de comunicación y de adaptación a los diversos ambientes del cuidado, junto con la capacidad de ocuparse de problemas multidimensionales, requeridos de un buen internista, son siempre más necesarias en los cuidados de la salud. Debido a poseerlas y a la proximidad a los pacientes, el médico de cabecera es un participante vital en el contexto del ambulatorio pero también en la tarea de organización de los cuidados ofrecidos en el hospital y la casa.

PALABRAS LLAVE: Médicos de familia. Atención al paciente. Relaciones médico-paciente.

* Médica. Docente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário da São Camilo.
Diretora de Graduação da SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família. E-mail: dri.roncoletta@uol.com.br
** Médico. Diretor de Publicações e do Programa de Residência Fitness da SOBRAMFA.
*** Residente do 3º ano da SOBRAMFA.

Quem trata o doente no hospital é o mesmo que o trata no consultório ou em casa? Faz diferença para o paciente ter o mesmo médico cuidando dele em diferentes situações? Quais as características que um médico deve ter para melhor tratar o doente no hospital, no consultório ou em casa? Estas qualidades são percebidas pelos envolvidos? A formação deste médico depende de carisma ou existe uma maneira de formá-lo?¹

O problema vivenciado por muitos doentes é a dificuldade de saber quem é o seu médico. No hospital e nos consultórios, muitos especialistas ajudam a tratar, mas é cada vez mais rara a figura de um médico responsável pelo paciente. As situações clínicas que envolvem mais de um órgão e mais de um problema médico tendem a crescer com o envelhecimento da população². A complexidade clínica é a regra do dia-a-dia do hospital e não a exceção^{3,4}. Muitas vezes os pacientes têm mais de 4 médicos. Temos os médicos do coração, do pulmão, do rim, mas quem é o médico que responde pelo doente?^{5,6,7}

Em casa, as vistas médicas se fazem cada vez menos frequentes⁸. Cada vez mais outros profissionais da saúde não-médicos⁹, como fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, enfermeiras estão presentes na casa dos pacientes. Esse cenário obriga o médico a lidar com um novo contexto e saber conjugar esforços de todos os envolvidos de maneira a proporcionar uma melhor saúde para as pessoas e suas famílias¹⁰. Um novo enfoque na necessidade de cuidados tanto no hospital quanto em casa torna-se necessário¹¹.

Os esforços brasileiros governamentais de proporcionar visitas médicas domiciliares estão entrelaçados a questões epidemiológicas e não ligadas ao manejo clínico do paciente^{12,13}. O enfoque de um

diagnóstico social é a prioridade. Formar médicos para fazer cuidados clínicos diretos em casa é uma necessidade reconhecida por entidades mundiais ligadas à saúde e poderia ser um avanço na melhoria da saúde da população brasileira¹⁴.

Apresentar as características do médico em lidar com pacientes em casa e no domicílio é a tarefa primordial deste artigo.

Para demonstrar essas características, iremos descrever a experiência do Médico de Família da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família)¹⁵ no cenário domiciliar e hospitalar.

O Médico de Família no Hospital

A abordagem da Medicina de Família ao paciente internado busca resultados satisfatórios para a empresa que contrata, para a família e, principalmente, para o paciente.

As habilidades do médico de família que lhe permitem responsabilizar-se pelo paciente no contexto hospitalar e contribuem para a coordenação dos cuidados e uma maior qualidade no atendimento são:

- Auxílio na comunicação entre médicos especialistas, outros profissionais envolvidos no cuidado e familiares (entre eles e entre si).

“Os médicos não se conversam...”

“A diferença desta equipe é que vocês sorriem”

- Adaptação a diferentes contextos e cenários de prática: facilita e se responsabiliza pela continuidade do cuidado e integração das condutas nas transições entre ambientes. Exemplos disso são a manutenção da continuidade da prescrição entre a UTI e a enfermaria, facilitação da alta hospitalar para casa de

cuidados e contatos telefônicos com os colegas do pronto-socorro para melhor elucidação do histórico clínico na entrada do paciente.

“Faz toda a diferença na UTI quando o médico do doente vem passar o caso com todo o histórico... vocês sempre fazem isto.”

- Negociação para alta: identificação dos motivos de dificuldades não-clínicas para a alta hospitalar (insegurança psicológica dos pacientes ou familiares, problemas sociais e financeiros etc.) e auxílio das famílias na adaptação à nova condição do paciente crônico.

“Vamos ajudá-la a levar seu pai para casa. A alimentação será por esta sonda durante algum tempo. Vamos treinar aqui no hospital como se faz? E disponibilizaremos um telefone celular para a senhora falar com o médico caso tenha dúvidas.”

A facilidade de comunicação com todos os profissionais envolvidos no cuidado e a habilidade de negociação da alta hospitalar resultou, por solicitação da diretoria técnica de um dos hospitais, em um programa de gerenciamento de pacientes de internação prolongada, no qual os médicos de família coordenam os especialistas na discussão dos casos dos pacientes com mais de 20 dias de internação, auxiliando na identificação de motivos e possíveis soluções para as altas hospitalares^{15,16,17}

O médico de família é habituado a prestar cuidados longitudinais, com enfoque na pessoa em vez de verticais, sobre órgãos, sistemas ou doenças¹⁸. Assim adapta a linguagem técnica de maneira a torná-la acessível ao paciente e familiar, melhorando seu nível de informação e reduzindo a ansiedade causada pelo episódio da internação. Ele acompanha os pacientes mesmo que não

tenha um diagnóstico fisiopatológico definido e comunica-se com eles muitas vezes sem mencionar nomes de doenças, mas mesmo assim transmitindo as informações que eles desejam⁶.

“Ainda não sabemos exatamente o que o seu filho tem. Mas pode ficar tranquila. Posso garantir que, apesar de incômoda, essa dor de cabeça não é grave.”

Essas habilidades acabam por colaborar para a prevenção, para o gerenciamento e (muitas vezes) para a resolução de conflitos de relacionamento que podem ser altamente deletérios para o cuidado.

Elas também contribuem para um ambiente onde se tem mais tranquilidade para a ponderação do uso de recursos diagnósticos e terapêuticos desnecessários ou ineficazes. Isso fica bastante evidente, por exemplo, na prestação de Cuidados Paliativos¹⁹, em que é necessária uma mudança de prioridades: deixa-se de buscar a sobrevida a todo custo e prioriza-se a qualidade de vida proporcionada pelos recursos tecnológicos utilizados. Isso evita ações tais como intubações orotraqueais ou administração de antibióticos quando já não há mais possibilidades terapêuticas.

Outra oportunidade de se oferecer conforto ao doente enquanto internado é o cuidado na aplicação de intervenções muito distantes de sua realidade doméstica: glicemias capilares em excesso, uso de medicações endovenosas quando há a possibilidade por sonda nasointestinal ou cuidados rotineiros de enfermagem sem indicação clínica.

Muitos pacientes internados para investigação diagnóstica podem ter esse processo realizado ambulatorialmente se tiverem segurança da continuidade no acompanhamento¹⁶.

Resultados esperados com a medicina de família no hospital: di-

minuição do tempo de internação pela agilidade diagnóstica e habilidade em negociar altas hospitalares; diminuição de custo durante internação; criação de condições para a presença da família durante a maior parte do tempo com o doente e encaminhamento para UTI em condições clínicas bem estabelecidas; condições de trabalho em harmonia com outros profissionais e especialistas médicas; atuação na prevenção de re-internações; satisfação do doente e da família com medicina humanizada e integral.

Gerenciamento Crônico no Domicílio: a experiência em casa

As visitas domiciliares há 50 anos eram a maior parte do trabalho de todos os médicos. Com o passar dos anos, alguns fatores contribuíram para esse declínio. O aumento da facilidade das pessoas irem ao consultório médico, as imunizações e a antibioticoterapia reduzindo a incidência e a duração das infecções e o desenvolvimento tecnológico concentraram o atendimento médico nos hospitais²⁰.

Outro motivo da redução das visitas médicas está nas dificuldades geográficas e na falta de tempo e estrutura do profissional médico para poder realizá-las.

McWhinney²⁰ discorda de que a qualidade do cuidado nos hospitais e no consultório é melhor do que no domicílio, relatando que em nenhum momento foi observado evidência científica nesse sentido. Um paciente em cuidados paliativos que necessita de analgesia é muito melhor tratado em casa do que quando solicitado uma ambulância para levá-lo ao hospital para acertar suas doses de medicações.

Há uma evidente demanda pela retomada das visitas domiciliares, uma necessidade de estruturação

de um sistema organizado para oferecer atendimento aos pacientes e qualidade de serviço para o médico poder retomar o cuidado domiciliar²¹.

Um dos grandes impulsores dessa demanda está no aumento da população idosa e na dificuldade destes pacientes buscarem auxílio médico em hospitais e ambulatórios.

O idoso, admitido no hospital, muitas vezes tem a descompensação de suas doenças crônicas, sendo submetido a riscos relacionados à assistência (por exemplo, o infeccioso). E, para os hospitais de alta complexidade a internação prolongada de doentes crônicos, restritos ao leito e portadores de sequelas representa um problema de gestão¹⁵.

Outra necessidade clara está no atendimento a pacientes sob cuidados paliativos, situação na qual paciente e família podem optar por passar seus últimos dias em casa, mas necessitam de apoio e cuidados para viabilizar isso. A falta dessa estrutura leva muitas vezes a encaminhamentos inadequados a Unidades de Terapia Intensiva, causando transtornos ao paciente, à família, e ao sistema de saúde.

As razões clínicas para realizar uma visita médica são inúmeras. As mais comuns estão relacionadas no Quadro 1.

Todas essas demandas nos levantam a preocupação de estruturar e integrar um programa de atendimento domiciliar que possa responder às necessidades dos pacientes²². Abaixo numeramos alguns pontos importantes:

1. Atributos do Médico para realizar atendimento domiciliar

A postura e os valores centrais da Medicina de Família qualificam o médico de família para exercer a visita domiciliar. Essa postura necessária ao profissional é carac-

Quadro 1. Levantamento de critérios para escolha da família e/ou paciente à realização de tratamento no domicílio

Doenças crônicas instáveis ou exacerbações	ICC descompensada, Alzheimer com crises de agitação psicomotora, DPOC, ASMA, exacerbações de esquizofrenia
Episódios agudos	Gripe, Pneumonias, pacientes imobilizados com dor aguda, episódios psiquiátricos
Pacientes recentemente hospitalizados que necessitam medicações endovenosas com supervisão	Tratamento de infecções, término de antibioticoterapia endovenoso e intramuscular, aplicação de heparina de baixo peso molecular
Pacientes que utilizam O₂	DPOC, fibrose pulmonar, Hipersecreção brônquica
Pacientes que foram hospitalizados e necessitam de reabilitação	Sequelados de AVCs
Fraturas e imobilizações	
Pacientes em cuidados paliativos	Performance status abaixo de 40
Crianças	Neuropatas, pneumopatas dependentes de oxigênio, síndromes genéticas, múltiplos especialistas

terística marcante para qualquer programa de atendimento domiciliar obter sucesso e resolutividade.

Os atributos necessários estão, entre outros, no atendimento humanizado, na criatividade ao resolver os problemas com os recursos disponíveis no domicílio, na competência científica (muitas vezes mediante uma menor possibilidade de técnicas diagnósticas), no desenvolvimento do trabalho em equipe e na interação benéfica com a família.

Estar preparado para realização das visitas, como cita Maranon em analogia ao capacho que colocamos na frente da porta para a limpeza dos sapatos, não apenas para limpar os sapatos, mas também para dispor o espírito de quem adentra o lar alheio. Isso demonstra que é necessário limpar o ânimo de outras distrações, para mergulhar na função que nos é atribuída.

"Como médico tive de pisar pela primeira vez em centenas de lares desconhecidos e nunca, posso afirmar com certeza, bati a uma porta sem emoção. Cada

*casa é um mundo, diferente do mundo externo; e em qualquer delas pode nossa alma encontrar uma faceta nova para sua vida e talvez, para seu destino. Sempre pensei nisto enquanto deslizava os meus pés com unção, tivesse ou não barro, no capacho do umbral que nos prepara para a intimidade"*²³.

Além do preparo prévio do próprio médico para a visita, é necessário preparar as necessidades materiais a serem utilizadas no domicílio, fato importante para potencializar a resolutividade da visita: se a queixa é otalgia, não pode faltar na maleta médica um otoscópio. Outro exemplo seria levar uma sonda vesical ao domicílio de um paciente com queixa de bexigoma por uso de opióides. Parece óbvio, porém muitas vezes isso não ocorre. O médico deve considerar as visitas domiciliares como muito mais terapêuticas do que diagnósticas. Pesquisadores abordam como um grande benefício da realização das visitas domiciliares a capacidade

diagnóstica para levantar problemas como falta de alimentação adequada, ou identificar umidade na casa de pacientes asmáticos¹². Esse diagnóstico, porém, somente serve ao médico para entendimento da situação, pois não entramos no domicílio para a "fiscalização" do ambiente. O grande benefício encontra-se muito mais na intervenção terapêutica quando o médico e sua equipe estão naquele domicílio para oferecer ajuda diante de qualquer das situações que lhe são apresentadas²³.

O Médico ideal: o segundo prisma

No entanto, não é somente a parte clínica que torna o cenário ideal para a prática da Medicina de Família, mas as histórias de vida dos pacientes e seus contextos familiares complexos. Não é raro que o médico se depare com situações de manejo difícil, em que a família tem que decidir pelo paciente que está mentalmente incapacitado. Nem sempre é possível fazer o ideal, mas isso não pode inibir a criatividade para se fazer o possível. Nesse processo de união das forças de todos – família, enfermagem, profissionais de saúde, instituição –, o médico de família tem um compromisso de liderança para fazer convergir a boa vontade e o empenho profissional em benefício do paciente.

Houve quem comentou, em feliz metáfora, que as doenças provocam no paciente uma verdadeira divisão, como a que o prisma exerce sobre a luz branca: abre o espectro do arco-íris e, no paciente, as co-morbidades aparecem. Requerem-se, então, profissionais variados – nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro – que atuem nos diversos espectros de limitação causados pela enfermidade; tarefa essa fundamental. Mas também se necessita o profissional que, a modo de um segundo prisma, faça

convergir o arco-íris dos cuidados em luz branca sobre o paciente, recuperando a unidade. O médico de família é, por natureza e por vocação, um segundo prisma, um coordenador nos esforços para cuidar.

O atendimento domiciliar significa muito mais do que simplesmente ir até a casa do doente. Significa estar preparado a se tornar membro de um time. Significa muitas vezes ir até a casa do doente, quando aparentemente “não há nada a ser feito” e oferecer suporte ao paciente, à família, e até mesmo aos outros membros do time, cuidar da equipe para que ela consiga cuidar do paciente.

2. Gerenciamento da Família

A visita domiciliar proporciona um entendimento profundo da dinâmica familiar. Isso é uma característica muito subjetiva, porém facilmente perceptível aos profissionais que realizam essa prática.

A família abre a porta da sua casa aos profissionais e com isto ela também se torna parte da equipe no cuidado do doente. As decisões em equipe são sempre negociadas e partilhadas. Necessariamente, todos devem estar muito envolvidos com os cuidados.

A valorização das atitudes da família é, também, uma forma de não lhes eximir da responsabilidade do

cuidado ao doente. É comum que familiares física e emocionalmente esgotados pelos cuidados diários tentem transferir essa responsabilidade para a fonte pagadora ou para o enfermeiro, por exemplo.

3. Estruturação e Sistematização do Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos

Sistematizar facilita o trabalho do médico e potencializa a resolutividade das visitas domiciliares, principalmente em cidades grandes, onde o trânsito e o deslocamento são empecilhos para a gestão do tempo. Somente é possível realizar o cronograma de visitas com o apoio de logística para agrupar os pacientes do mesmo bairro, região e zona da cidade, o que proporciona a realização de um número otimizado de visitas em menor tempo.

Softwares de gestão integram as informações da equipe, facilitando a comunicação entre os profissionais e disponibilizando simultaneamente informações clínicas e de agendamentos.

Resultados esperados com o atendimento domiciliar

Evitar a procura de atendimentos de urgência e emergência que poderiam ser resolvidos com a presença e/ou orientação de um médico no domicílio do paciente; evitar

que pacientes tenham desconpensões de seus quadros clínicos, buscando adesão ao tratamento e gerenciamento de múltiplas comorbidades; minimizar internações e re-internações aos pacientes descompensados que apresentem condições clínicas de serem acompanhados em domicílio; evitar que pacientes de alto risco (múltiplas co-morbidades/doenças crônicas descompensadas) se tornem pacientes de alto custo.

Conclusão

A gestão moderna preconiza que, para lidar com situações complexas, é necessário mais do que uma reunião de especialistas. As habilidades de comunicação e adaptação a diferentes cenários de cuidado, aliadas à capacidade de lidar com problemas multidimensionais, próprias de um bom generalista, são cada vez mais necessárias na assistência à saúde. Por possuí-las e estar comprometido com o paciente, o médico de família acaba por tornar-se a peça-chave não só no contexto ambulatorial mas também organizando os cuidados prestados no hospital e na casa do paciente. É crescente a percepção do valor que esse profissional agrega ao tornar mais harmoniosa a relação do cliente com os prestadores de serviços, as fontes pagadoras e sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

1. Valente RR, Junior APN, Levites MR, Blasco PG. Medicina de Família: um corpo próprio de conhecimentos. *Diagnóstico & Tratamento*. 2004;9(2):61-3.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. The aging process in the brazilian population: a demographic approach. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):725-33.
3. Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The limits of reductionism in medicine: Could systems biology offer an alternative? *PLoS Med*. 2006;3(6):709-13. e208. Disponível em: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030208>
4. Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The clinical applications of a systems approach. *PLoS Med*. 2006;3(7):956-60. e209.

5. Blasco PG. Promoviendo liderazgos en medicina de familia: una reflexión vital. Pan Am Fam Med Clin. 2005;1(1):7-15.
 6. Stephens G. The intellectual basis of family practice. Kansas: Winter; 1988
 7. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. Am J Med. 2004;116:179-185.
 8. Meyer GM, Ibbons RVG. House calls to the elderly – a vanishing practice among physicians. N Engl J Med. 1997;337:1815-20.
 9. Alpher E, Sverha SK, Taler G. Handbook of nursing physical assessment. Rockville, Maryland: Aspen; 1988.
 10. Levites MR, Moreto G, Leoto RF, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Blasco PG. Cuidando do diabético na perspectiva da medicina de família: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente. Arch Med Fam. 2006;8(1):19-26.
 11. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Marcelo R. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Atencion Primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria, Barcelona. 2006;38(4):225-9.
 12. Capistrano FD, O Programa de Saúde da Família em São Paulo. Estudos Avançados. 1999;13(35):89-100.
 13. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MAC, Pinheiro TR. Acad Med. 2008;83:684-90.
 14. Blasco PG, Levites MR, Freeman J, Haq C. Educating physicians for the health of brazil: the role of family medicine. Wonca News. 2004;30(3):13-5.
 15. Levites MR, Mônaco CF, Lomelino S, Miyagi MM. Long stay patients in a tertiary hospital in São Paulo, Brazil. Is this trend reversible? The Network: TUFH Conference, Bogotá, 2008.
 16. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. Health Serv Res. 1987;22:709-69.
 17. Lang T, Liberti A, Tampieri A. A European version of the appropriateness evaluation. Internacional Journal of technology Asses Health Care. 1999;15(1):185-97.
 18. Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Albuquerque I, Blasco PG. Procurando a excelência na formação dos médicos de família: o programa fitness, uma experiência inovadora. Arch Med Fam. 2006;8:83-96.
 19. Moreto G, Blasco PG, Benedetto MAC, Levites MR. A collaborative learning experience in palliative care. In: 13th Wonca Europe Conference. Re-Thinking Primary Care in the European Context, 2007, Paris. Available em: <http://www.woncaeurope2007.org/IMG/pdf/programmegb.pdf>
 20. McWhinney I. A textbook of Family Medicine. New York: Oxford University; 1997.
 21. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de família. São Paulo, Brasil: SOBRAMFA; 2003.
 22. Starfield B, Klaus WL, Berhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in “case” management. Ann Fam Med. 2003;1:8-14.
 23. Blasco PG. O médico de família, hoje. São Paulo, Brasil: SOBRAMFA; 1997.
-

Recebido em 24 de setembro de 2008
Versão atualizada em 30 de outubro de 2008
Aprovado em 9 de dezembro de 2008