



# Agenda de Investigação em Medicina Geral e Familiar e Cuidados de Saúde Primários na Europa

REDE EUROPEIA DE INVESTIGAÇÃO

**EGPRN**

EM CLÍNICA GERAL

*A EGPRN é uma organização no seio da  
WONCA Europa – ESGP/FM*

Eva Hummers-Pradier, Martin Beyer, Patrick Chevallier, Sophia Eilat-Tsanani,  
Christos Lionis, Lieve Peremans, Davorina Petek, Imre Rurik, Jean Karl Soler, Henri E.J.H. Stoffers,  
Pinar Topsever, Mehmet Ungan, Paul van Royen

## Referência bibliográfica

Hummers-Pradier E, et al., *Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe*, European General Practice Research Network EGPRN, Maastricht 2009

## Financiamento

Este trabalho teve o apoio exclusivo da EGPRN e foi financiado pela WONCA Europa

## Agenda de Investigação para a Europa

Apesar de ser uma das regiões mais ricas do mundo, o continente europeu encerra também grandes diversidades. Isto aplica-se a todas as áreas da actividade humana, incluindo a medicina. Se olharmos para este continente na perspectiva académica da medicina familiar, a situação é igualmente diversificada: há países com excelentes departamentos académicos de medicina familiar, com uma infraestrutura de investigação já criada e um financiamento consolidado, a par com outros que só agora começam a desenvolver a sua capacidade de investigação. A importância da investigação nesta área da medicina é muitas vezes reconhecida, sobretudo nestes últimos tempos, em que a importância da medicina familiar e dos cuidados primários é cada vez maior. Também já se disse muitas vezes que a capacidade de investigação da medicina familiar é grande, mas nem sempre a temos conseguido alcançar. Um dos principais problemas na investigação em medicina familiar é desenvolver protocolos de investigação e realizar projectos de investigação que possam reflectir a natureza e os problemas desta área da medicina.

As organizações internacionais na área da medicina familiar têm de estar conscientes destas diferenças e tentar estabelecer uma ligação entre o que está feito e o que há a fazer. A WONCA Europa promove, internacionalmente, os aspectos científicos da medicina familiar. No passado, a WONCA Europa fê-lo com a publicação de uma série de documentos sobre os princípios da medicina familiar, em parceria com as suas redes. O primeiro princípio era a definição europeia, a que se seguia a estratégia educacional. O último documento desta série é precisamente a "Agenda de Investigação em Medicina Geral e Familiar e Cuidados de Saúde Primários na Europa", que visa promover a investigação em medicina familiar e incentivar os médicos de família a apresentar propostas de investigação na senda dos problemas dos médicos licenciados e respectivos pacientes. Pode ser encarada também como um instrumento destinado a decisores e outros agentes que tenham interesse em financiar novas investigações, uma vez que identifica algumas áreas carecidas de investigação. Nesse sentido, a agenda pode servir de guia de decisões em matéria de prioridades de investigação científica, nacional e internacional. Tenho a certeza de que este documento também irá servir outros propósitos.

Congratulo-me com o facto de o documento ter sido criado e felicito a EGPRN – Rede Europeia de Investigação em Clínica Geral por isso.

Professor Igor Švab, MD, PhD, Hon FRCGP  
Presidente da WONCA Europa

## Índice de matérias

|   |    |
|---|----|
| <b>Introdução</b>   | 7  |
| <b>Metodologia</b>  | 10 |
| Para uma Agenda de Investigação Europeia – perspectiva histórica      | 10 |
| Revisão da literatura   | 11 |
| Estratégia de pesquisa  | 11 |
| Seleção crítica   | 11 |
| Síntese bibliográfica   | 12 |
| Compilação dos resultados   | 12 |
| <b>Resultados</b>   | 13 |
| <b>Gestão dos Cuidados de Saúde Primários</b>                         | 13 |
| Definição do domínio de investigação                                  | 13 |
| Síntese das descobertas   | 13 |
| Áreas de investigação futura  | 15 |
| Metodologia de investigação apropriada                                | 15 |
| <b>Cuidados centrados na pessoa</b>                                   | 16 |
| Definição do domínio de investigação                                  | 16 |
| Síntese das descobertas   | 16 |
| Áreas de investigação futura  | 17 |
| Metodologia de investigação apropriada                                | 17 |
| <b>Competências de resolução de problemas específicos</b>             | 18 |
| Definição do domínio de investigação                                  | 18 |
| Diagnóstico   | 18 |
| Terapêutica   | 18 |
| Abordagens específicas à resolução de problemas                       | 18 |
| Investigação educacional  | 19 |
| Síntese das descobertas   | 19 |
| Pesquisa e análise bibliográfica                                      | 19 |
| Investigação 2003 – 2008: temas predominantes                         | 19 |
| Investigação em interpretação de diagnósticos e testes de diagnóstico | 20 |
| Investigação em terapêutica   | 20 |
| Investigação em gestão de doenças / cuidados crónicos                 | 21 |
| Investigação em tomada de decisões (partilhada)                       | 21 |
| Investigação em qualidade dos cuidados prestados                      | 21 |
| Investigação em genética/genómica em MGF                              | 22 |
| Investigação educacional  | 22 |
| Áreas de investigação futura e metodologia de investigação apropriada | 23 |
| <b>Abordagem total</b>  | 24 |
| Definição do domínio de investigação                                  | 24 |
| Síntese das descobertas   | 24 |
| Pesquisa e análise bibliográfica                                      | 24 |
| Resultados da revisão da literatura                                   | 24 |
| Áreas de investigação futura  | 25 |
| Metodologia de investigação apropriada                                | 26 |
| <b>Orientação para a comunidade</b>                                   | 27 |
| Definição do domínio de investigação                                  | 27 |
| Síntese das descobertas   | 27 |
| Áreas de investigação futura  | 28 |

|  |    |
|--|----|
| Metodologia de investigação apropriada   | 28 |
| <b>Abordagem holística</b>   | 29 |
| Definição do domínio de investigação   | 29 |
| Síntese das descobertas  | 29 |
| Áreas de investigação futura   | 30 |
| Metodologia de investigação apropriada   | 30 |
| <b>Iniciar investigação em clínica geral num país com pouca capacidade e fracos recursos</b> | 31 |
| Identificar áreas de investigação futura no país e estabelecer prioridades                   | 31 |
| Escolher a área de investigação  | 31 |
| Elaborar um bom projecto de investigação   | 32 |
| Criar uma equipa de investigação   | 33 |
| Desenvolver competências e frequentar cursos de investigação                                 | 34 |
| Reflectir sobre as condições existentes  | 34 |
| <b>Conclusão e debate</b>  | 35 |
| Conclusão  | 35 |
| <b>Agenda de investigação futura</b>   | 35 |
| <b>Metodologia de investigação apropriada</b>  | 36 |
| Discussão de metodologias  | 37 |
| Discussão baseada em bibliografia de investigação em MGF                                     | 38 |
| <b>Implicações</b>   | 40 |
| Organismos de investigação   | 40 |
| Pacientes  | 40 |
| Investigação   | 41 |
| Implicações editoriais   | 41 |
| Implicações políticas  | 42 |
| <b>Agradecimentos</b>  | 43 |
| <b>Anexos</b>  | 44 |
| <b>Perspectiva das estratégias de pesquisa</b>   | 44 |
| Gestão dos cuidados primários  | 44 |
| Centralidade do paciente   | 44 |
| Competências de resolução de problemas específicos   | 44 |
| Abordagem total  | 45 |
| Orientação para a comunidade   | 46 |
| Abordagem holística  | 46 |
| <b>Referências bibliográficas por capítulo</b>   | 47 |
| Referências: Introdução  | 47 |
| Referências: Metodologia   | 48 |
| Referências: Gestão dos cuidados primários   | 48 |
| Referências: Cuidados centrados na pessoa  | 51 |
| Referências: Competências de resolução de problemas específicos                              | 53 |
| Referências: Abordagem total   | 59 |
| Referências: Orientação para a comunidade  | 60 |
| Referências: Abordagem holística   | 63 |
| Referências: Investigação em MGF   | 66 |
| Referências: Debate e conclusão  | 66 |
| Referências: Implicações   | 68 |
| <b>Autores</b>   | 69 |

## Introdução

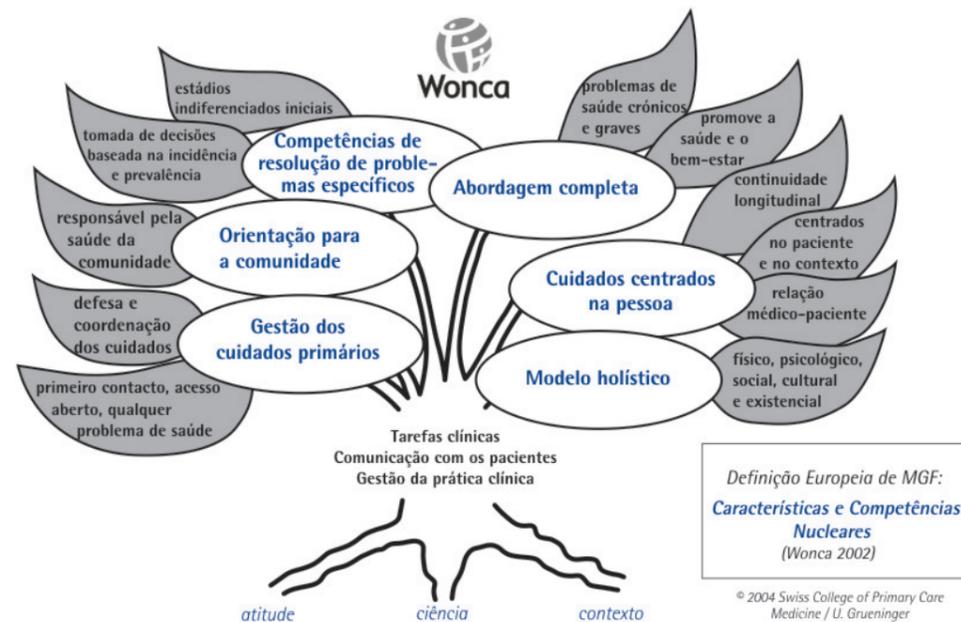
A medicina geral e familiar (MGF) é a área nuclear dos cuidados clínicos primários e o pilar de muitos sistemas de saúde na Europa. São muitas as suas potencialidades. A maioria dos cidadãos europeus tem um médico de família (clínico geral, CG) com quem mantém contacto regular. Nos sistemas de saúde onde o CG é o médico de primeiro contacto (gatekeeper), entre 90 a 95% das queixas dos pacientes prendem-se com os cuidados primários ao longo do tempo (mesmo com o envolvimento pontual de médicos especialistas). De todas as razões de consulta, 80% podem ser imediatamente solucionadas nos cuidados primários (1, 2).

Em 2002, foi publicada a Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, revista em 2005. Este documento informativo, que visa decisores, organizações de financiamento e outros agentes externos, contempla "o papel fundamental da medicina familiar no sistema de saúde nacional e pan-europeu": "O clínico geral/médico de família é especialista nesta área da medicina. É o médico pessoal, responsável sobretudo pela prestação de cuidados totais e continuados a qualquer indivíduo que precise de cuidados médicos, independentemente da faixa etária, sexo e doença. Este médico presta assistência aos indivíduos no seu próprio contexto familiar, comunitário e cultural, respeitando sempre a autonomia do paciente. É um médico que reconhece a sua responsabilidade profissional perante a comunidade. Ao negociar planos de gestão com os pacientes, o médico de família contempla factores de ordem física, psicológica, social, cultural e existencial com base no conhecimento e confiança que os repetidos contactos lhe proporcionaram. Os clínicos gerais/médicos de família exercem o seu papel promovendo a saúde, prevenindo doenças e prestando tratamento, cura ou cuidados paliativos. Isto é feito directa ou indirectamente, através de serviços terceiros, de acordo com as necessidades e recursos de saúde da comunidade, ajudando os pacientes a ter acesso a estes serviços sempre que seja necessário. São responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção das suas competências, equilíbrio pessoal e valores que servem de base à prestação de cuidados médicos eficazes e seguros." (3)

A definição contempla onze características essenciais que se traduzem em seis competências nucleares. A inter-relação entre estas competências nucleares, áreas de intervenção e características essenciais é o que caracteriza a disciplina e realça a complexidade da especialidade médica e devia orientar e influenciar as estratégias de ensino, investigação científica e garantia de qualidade em MGF na Europa (4):

### Competências nucleares (e características essenciais) da Definição Europeia de MGF (4)

1. **Gestão dos cuidados primários** (primeiro ponto de contacto médico; acesso aberto e ilimitado; prestação de cuidados para todos os problemas de saúde; utilização eficiente de recursos pelos cuidados coordenados; colaboração com outros profissionais no contexto dos cuidados primários; gestão da interface entre cuidados generalistas e especializados; papel de defensor do paciente, sempre que necessário, i.e., proteger os pacientes dos eventuais malefícios provocados por rastreios, exames ou análises e tratamentos desnecessários).
2. **Cuidados centrados na pessoa** (orientados para o indivíduo, e seu agregado familiar, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, uma comunicação eficaz e uma continuidade longitudinal dos cuidados).
3. **Competência de resolução de problemas específicos** (tomada de decisões específicas determinadas pela incidência e prevalência, necessidade de gerir simultaneamente, em pacientes individuais, problemas de saúde agudos e crónicos, em todos os estádios, um vasto leque de queixas e doenças, comorbilidade e multimorbilidade).
4. **Abordagem total** (gerir doença apresentada de forma indiferenciada; gerir risco e incerteza, promoção da saúde e prevenção e cura, tratamento e cuidados paliativos).
5. **Orientação para a comunidade** (responsabilidade pela saúde da comunidade).
6. **Abordagem holística** (problemas de saúde na sua dimensão biomédica, psicológica, social, cultural e existencial).



A medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar) e os cuidados de saúde primários desempenham um papel fulcral no funcionamento de todo o sistema de saúde, que só recentemente recebeu o apoio da OMS (5) e Rawaf et al. (6). O conceito de cuidados de saúde primários (CSP) foi originalmente desenvolvido no Reino Unido, nos anos de 1920, e foi definido pela OMS na Declaração de Alma-Ata, de 1978 (7-9). Vários estudos recentes (10, 11) apresentam fortes indícios do papel dos cuidados primários. Starfield (12-14) demonstrou que a força do sistema de cuidados primários de um país é proporcionalmente inversa à mortalidade por causas variadas, à mortalidade prematura por causas variadas e à mortalidade prematura por causas específicas (por exemplo, asma e bronquite, enfisema e pneumonia, doença cardiovascular e doença do coração). Sistemas de cuidados primários sólidos e características clínicas como, por exemplo, regulação geográfica, continuidade dos cuidados ao longo do tempo, coordenação e orientação para a comunidade estão associados a uma saúde pública melhor (15). As evidências demonstram igualmente que os cuidados primários (ao contrário dos cuidados especializados) estão associados a uma distribuição mais equitativa da saúde pelas populações (16), uma descoberta revelada por estudos nacionais e internacionais. O papel de "porta de entrada" (gatekeeper) do clínico geral é visto como uma medida importante de controlo de custos e evita o sofrimento causado por uma hospitalização desnecessária e um número excessivo de exames (17). Estes estudos referem os cuidados de saúde primários (CSP) como os cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar cooperante. Num contexto europeu (e na maior parte de outros países com fortes recursos), o conceito de CSP é aplicado e tem sido estudado relativamente à especialidade médica da clínica geral / medicina familiar. Nestes países, a maior parte das equipas de CSP são coordenadas por CG, que prestam os cuidados clínicos primários. Este conceito de trabalho em equipa, porém, ainda não é aplicado na íntegra em todos os países europeus e as formas de organização dos CSP e da clínica geral variam muito. Em alguns países, os clínicos gerais têm pacientes inscritos nos seus consultórios e desempenham uma função de primeiro contacto (gatekeeping) no acesso ao sistema de saúde, garantindo, desse modo, o acesso exclusivo aos cuidados clínicos primários. Há outros países onde os cuidados primários são um domínio disputado por clínicos gerais e especialistas, sediados em múltiplas comunidades, a quem os pacientes podem recorrer a título particular. A enfermagem é uma profissão importante nos CSP em quase todo o lado. Nos diversos sistemas de saúde europeus, os enfermeiros integram uma equipa de CSP (i.e., como enfermeiros clínicos), são independentes, ou trabalham na comunidade. A investigação na área dos cuidados de saúde primários, consequentemente, tem sido feita em contextos de clínica geral, de enfermagem e, por vezes, em contextos de especialidades comunitárias, ou noutras profissões ligadas à saúde. Esta Agenda de Investigação, contudo, centra-se nos cuidados primários prestados por clínicos gerais e respectivas equipas clínicas multidisciplinares.

A **investigação em clínica geral** tem de reflectir o contexto, i.e., as complexas relações entre CSP e equipas de CSP, e as circunstâncias dos pacientes. O domínio da investigação em clínica geral implica, assim, estudos no contexto dos cuidados de saúde primários e a utilização intencional de uma grande variedade de métodos de investigação. São necessários estudos num contexto pragmático e realista; as estratégias terapêuticas e de diagnóstico em cuidados primários têm de ser avaliadas numa população não seleccionada e as necessidades, as percepções e as preferências de pacientes e de prestadores de cuidados de saúde deviam ser exploradas. A investigação em clínica geral alcançou diferentes patamares de profissionalização e de capacidade em diferentes países europeus. Começou por ser desenvolvida nos países europeus (sobretudo do noroeste da Europa) cujos sistemas de cuidados de saúde assentam no acesso controlado pelo generalista a níveis mais especializados de cuidados de saúde (médico de primeiro contacto/gatekeeper, referência/referral). Nos países onde os CG trabalham em parceria com outros especialistas sediados na comunidade, foi mais difícil iniciar e desenvolver o contexto académico e, por isso, a capacidade de fazer investigação em contextos de clínica geral. O padrão geral é a realização, pelo indivíduo pioneiro, de uma investigação prática e a obtenção de um grau académico (etapa 1), depois, gradualmente, instalam-se regências académicas centradas no ensino clínico (etapa 2) e, por último, fazem-se projectos de investigação mais profundos através dos quais se constrói uma maior capacidade de investigação (etapa 3). Actualmente, os países europeus possuem várias etapas de desenvolvimento da capacidade de investigação em clínica geral: países onde a medicina familiar académica é praticamente inexistente (etapa 1), países onde os departamentos universitários de medicina familiar se dedicam quase exclusivamente ao ensino clínico (etapa 2) e países onde se está a desenvolver investigação em serviços de saúde ou clínicos (etapa 2-3) (18, 19). A investigação em clínica geral também é necessária para atrair para a clínica geral estudantes de Medicina e licenciados em Medicina.

A investigação em clínica geral tem sido alvo de uma animada discussão nos últimos anos (20-22). Há autores que até questionam a existência futura da investigação em MGF. A necessidade de investigação em cuidados primários foi descrita desta forma: "A investigação em cuidados primários é essencial porque: (a) os cuidados clínicos e preventivos têm de estar fundamentados em provas científicas; (b) o grosso destes cuidados, em quase todos os países, sobretudo nos mais pobres, é prestado nos cuidados primários; e (c) as provas que fundamentam estes cuidados não podem ser apenas de natureza laboratorial e hospitalar. A ausência de investigação científica em cuidados primários levará a um número excessivo de exames, tratamentos inadequado e atraso nos diagnósticos por referências erradas." (23) Para além disso, "através da investigação científica em medicina familiar, a eficácia e eficiência dos cuidados de saúde podem melhorar. Reforçar a investigação em medicina familiar é essencial para realçar o papel dos médicos de família nos sistemas de cuidados de saúde, para melhorar o funcionamento optimizado dos sistemas de cuidados de saúde e a saúde das populações" (24).

A pedido da sucursal europeia da organização Médicos de Família do Mundo (WONCA Europa), a Investigação Europeia em Clínica Geral (EGPRN) fundou um grupo de especialistas para trabalhar na Agenda de Investigação Europeia em Clínica Geral / Medicina Familiar em 2006. Os principais objectivos deste projecto foram dar orientações para a investigação futura e para as respectivas políticas de investigação. A Agenda de Investigação tem ainda em linha de conta os desafios, a visão e os desenvolvimentos futuros da disciplina. A Agenda de Investigação é um documento de fundo e um manual de referência para CG, investigadores e decisores, que defende a MGF na Europa. Pode servir de documento de referência em todo o mundo, uma vez que ainda não existem documentos desta natureza para outras regiões da WONCA. A Agenda de Investigação pretende ser um complemento à Agenda de Ensino e Educação da EURACT, que contempla a formação profissional e académica (25).

A Agenda de Investigação será um documento de referência que:

- sintetiza as evidências existentes sobre aspectos da definição de MGF e funções afins dos CG e respectivo significado para investigadores e decisores;
- realça necessidades de investigação e falta de evidências, i.e., destinada à planificação e financiamento da investigação ou a decisões de financiamento;
- constitui uma base de acção positiva e proactiva, influenciando assim a política de investigação e saúde, i.e., que marca influência/candidatura a fundos de investigação;
- indica temas de importância iminente para países com uma reduzida capacidade de investigação com vista a um plano de desenvolvimento da investigação científica em MGF num contexto inicial.

## Metodologia

### Para uma Agenda de Investigação Europeia – perspectiva histórica

Na base da Agenda de Investigação Europeia estiveram os pre-requisitos, necessidades e prioridades da investigação europeia em CG, como se verificou pelos inquéritos de opinião e pelas análises SWOT entre os representantes nacionais da EGPRN. Após a publicação da definição da WONCA de MGF, o primeiro *workshop* foi realizado em 2002 (Bled, Eslovénia) para levantar as necessidades de investigação e obstáculos à investigação em MGF, nos países representados, e estabelecer prioridades nos resultados. A primeira amostra foi publicada em 2004 (1).

Uma segunda abordagem às necessidades e requisitos da investigação em MGF, nos vários países europeus, passou pela distribuição de relatórios anuais (semi-)estruturados pelos representantes nacionais da EGPRN durante uma série de anos. Os dados dos relatórios de 2003, enviados pelos representantes nacionais da EGPRN, eram analisados quantitativa e qualitativamente em matéria de organização, política e infraestrutura de investigação. Vários ciclos de análises SWOT em sucessivas reuniões da EGPRN ajudaram a uma maior focalização e a dar mais prioridade a requisitos e tópicos de investigação (2).

Numa terceira abordagem, fez-se a revisão e classificação de todos os resumos (*abstracts*) apresentados nas conferências da EGPRN, desde 2001, por tema e metodologia, o que proporcionou uma perspectiva da actividade de investigação dos CG europeus que participaram na EGPRN (3). Os resumos da WONCA Europa não podiam ser classificados da mesma maneira, porque não foram publicados numa revista científica, nem arquivados de uma forma sistemática.

O **Grupo de Trabalho da Agenda de Investigação da EGPRN** foi então constituído, em 2006, dele fazendo parte o Comité de Estratégia de Investigação da EGPRN e outros voluntários. Com base nos documentos referidos (supra), este grupo assumiu a responsabilidade de compilar uma revisão total da investigação em MGF de modo a poder criar-se uma Agenda de Investigação.

O **ponto de partida** para a criação de uma Agenda de Investigação foi o domínio da clínica geral na Europa, como se descreve nas seis competências nucleares (e respectivas onze sub-categorias) da definição da WONCA (4). Um segundo enquadramento foi dado pelos domínios nucleares da investigação em MGF, assim resume-se:

- Investigação clínica
- Investigação em serviços de saúde
- Investigação em ensino e formação em clínica geral (1, 5).

Ao tentarmos definir investigação clínica, em contraponto com investigação em serviços de saúde, descobrimos uma considerável sobreposição das duas áreas, mas com uma diferença em relação aos resultados de cada estudo ou domínio de investigação. Os resultados da investigação clínica são ao nível do paciente e medem questões clínicas do paciente (incluindo função ou qualidade de vida), ao passo que a investigação em serviços de saúde centra-se em questões e resultados relativos ao médico ou ao sistema. Estes três domínios (e uma quarta coluna para metodologia de investigação adequada) sobrepujaram-se então às competências nucleares da definição de MGF, formando essencialmente uma grelha virtual que, dessa forma, ligou estas áreas de investigação. Esta grelha ajudou a estruturar a posterior revisão da literatura em domínios temáticos de investigação, mas não foi utilizada em sentido restrito. Realizaram-se mais sessões de *brainstorming* e discussões prolongadas no seio do grupo de autores sobre a formulação e teor dos domínios de investigação individual, até se chegar a um consenso. O *feedback* de vários *workshops* públicos e a discussão de opiniões (ver infra) contribuíram igualmente para o debate. Desafios para os cuidados primários, não mencionados no documento original da definição da WONCA, mas de importância crucial para a futura MGF, foram acrescentados aos domínios de investigação e aos tópicos de investigação futura. Neles se incluem, por exemplo, a aplicação do conhecimento em genómica, em contínuo desenvolvimento, na área dos cuidados de saúde preventivos (por exemplo, gestão do risco de cancro ou cardiovascular) e cuidados de saúde terapêuticos (com recurso à farmacogenómica), com as respectivas implicações legais e éticas, e a utilização e o potencial dos registos médicos electrónicos ou da tecnologia da informação.

## Revisão da literatura

A partir daqui, realizámos uma revisão total da literatura, em busca de informação relevante sobre as evidências que estão na base das competências nucleares da WONCA, e das características da CG, e sobre os respectivos estudos de investigação. A revisão da literatura, para cada competência nuclear, foi feita por um subgrupo de autores.

### Estratégia de pesquisa

A pesquisa em PubMed foi feita com termos MeSH relacionados com competências nucleares ou subcampos específicos (para mais informação, consultar anexos) e cruzada com "medicina familiar", "clínica geral" e "cuidados de saúde primários".

Utilizaram-se várias estratégias para alargar as pesquisas, sempre que as descobertas se revelaram escassas, ou um domínio se mostrou muito pouco explorado:

- pesquisaram-se palavras-chave de estudos relevantes, para cada competência nuclear, juntamente com termos MeSH, que se incluíram nas pesquisas;
- foram identificados e incluídos na estratégia de pesquisa todos os termos MeSH relacionados para cada entrada (ou palavra-chave);
- foram utilizados termos MeSH de artigos relevantes em posteriores pesquisas e em pesquisas "explorativas" de artigos afins em estudos relevantes;
- por vezes, as pesquisas não se limitaram a artigos identificados com "medicina familiar", "clínica geral" ou "cuidados de saúde primários" para se poder alargar a cobertura deste domínio.

Isto aplica-se sobretudo aos domínios de investigação em gestão dos cuidados primários, abordagem total, orientação para a comunidade, abordagem holística e alguns subcapítulos da resolução de problemas específicos (programas de gestão de doenças, cuidados crónicos, genética).

Em domínios com um vasto volume de referências, utilizaram-se filtros adicionais e as revisões limitaram-se a meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos ou ensaios por controlo aleatório (ECA), excluindo assim editoriais, revisões não sistemáticas ou estudos de opinião. Excluíram-se igualmente artigos exclusivamente dedicados à enfermagem (e não à clínica geral). Isto aplicou-se sobretudo aos domínios de investigação sobre cuidados centrados na pessoa e, em parte, à resolução de problemas específicos, nomeadamente em áreas de investigação afins, i.e., diagnóstico, terapia e qualidade dos cuidados. As pesquisas bibliográficas restringiram-se a documentação em inglês e, até certo ponto, em francês, alemão e neerlandês.

Para além disso, tentou-se uma perspectiva semi-quantitativa, muito superficial, dos temas de investigação, para se identificarem tópicos amplamente contemplados e outros inexistentes. Isto foi conseguido pela pesquisa PubMed de ECA ou ensaios clínicos identificados pelo termo MeSH "medicina familiar" ou "clínica geral" e publicados desde 2003.

### Seleção crítica

Todos os artigos identificados nas pesquisas foram inicialmente filtrados por título e resumo (*abstract*) e seleccionados com base nos seguintes critérios:

- formulação clara da questão de investigação;
- descrição clara da metodologia, incluindo o contexto, apropriada para responder à questão de investigação;
- apresentação clara dos resultados, de acordo com as questões de investigação e a metodologia;
- conclusões com base em resultados;
- relevância do estudo (sobre um tópico clínico e/ou resultados relevantes para MGF ou cuidados primários, num contexto europeu/ocidental ou adaptáveis a esse contexto).

## Síntese bibliográfica

Compararam-se os resumos (*abstracts*) seleccionados com as descrições dos domínios e as metodologias utilizadas. Fez-se uma revisão dos resumos (*abstracts*) e dos artigos na íntegra, da metodologia, dos resultados e das conclusões dos textos compilados. Identificaram-se artigos de referência. Os resultados foram então discutidos no grupo de autores.

## Compilação dos resultados

Cada subgrupo fez a síntese dos resultados relativamente aos conceitos e domínios de investigação. Identificaram-se e sintetizaram-se as evidências existentes de competências e respectivas questões de investigação, tipo de estudo e métodos/instrumentos utilizados. Retiraram-se conclusões após reflexão e debate aturado em pequenos grupos, até se chegar a um consenso. Posteriormente, identificaram-se evidências inexistentes e falhas de pesquisa, pela comparação dos resultados da pesquisa com uma determinada descrição de domínio, em debate em pequeno grupo e em plenário, com o grupo de autores. Compilaram-se resultados e conclusões em capítulos separados, por domínio de investigação e de competências nucleares, de acordo com o seguinte esquema:

- definição do domínio;
- resumo dos resultados destas pesquisas, com indicação dos tópicos contemplados e uma eventual perspectiva geral, se possível, dos resultados da investigação;
- necessidades e objectivos de investigação, centrados na actual falta de evidências e com indicação de temas de investigação a explorar;
- metodologias apropriadas aos temas propostos.

O capítulo "Iniciar investigação em clínica geral num país com pouca capacidade e fracos recursos" é um documento que reúne o consenso e reflecte a vasta experiência dos membros da EGPRN, mais do que os resultados de uma revisão sistemática da literatura.

Eva Hummers-Pradier e Paul van Royen publicaram os documentos de síntese. Inicialmente, este trabalho consistiu numa amálgama de todas as referências e estratégias de pesquisa e dos textos provisórios com a súmula dos resultados (Primavera de 2008), que deu origem a um documento mais completo e conciso, com as conclusões para cada uma das seis competências nucleares (Outono de 2008).

Os resultados preliminares e finais do processo, no seu conjunto, foram apresentados e discutidos em vários *workshops*, em comités executivos e em reuniões do conselho nas conferências da WONCA Europa em Paris (2007) e Istambul (2008) e nas reuniões da EGPRN em Antalya, Turquia (Maio de 2008) e Budapeste (Outubro de 2008). Foi pedido *feedback* aos membros da EGPRN. Para além disso, o Conselho Executivo da WONCA Europa, o presidente da WONCA – Médicos de Família do Mundo, os representantes da EQUIP e da EURACT, os editores de diversas revistas europeias de clínica geral, estabelecimentos nacionais de ensino de MGF, o Fórum Europeu de Cuidados Primários e outros líderes europeus de opinião receberam o documento com o pedido de que enviassem *feedback*. Foi publicada uma versão provisória nas páginas web da EGPRN e da WONCA Europa, em Outubro de 2008, a solicitar mais *feedback* de pessoas e organizações interessadas.

Numa reunião de autores (Janeiro de 2009), discutiu-se o *feedback* recebido que foi, depois, inserido no documento provisório. As estratégias de pesquisa bibliográfica e as referências mais relevantes foram compiladas em anexo aos capítulos. Fez-se uma revisão geral da introdução, metodologia e discussão. Redigiu-se um capítulo em conclusão, com implicações para investigação e política. Esta versão foi, depois, debatida no grupo de autores. Eva Hummers-Pradier e Paul van Royen publicaram o documento final na Primavera de 2009.

## Resultados

### Gestão dos cuidados primários

#### Definição do domínio de investigação

A gestão dos cuidados primários, de acordo com a definição da WONCA Europa de MGF, inclui as seguintes capacidades:

- gerir o primeiro contacto com os pacientes, ao lidar com problemas não seleccionados;
- cobrir toda a gama de condições de saúde;
- coordenar os cuidados com outros profissionais de cuidados primários e outros especialistas;
- dominar a prestação de cuidados apropriados e eficazes e a utilização dos serviços de saúde;
- disponibilizar, no sistema de saúde, os serviços adequados ao paciente;
- agir como defensor do paciente.

Starfield (1) definiu quatro elementos centrais para os cuidados primários, que podiam ser igualmente utilizados como indicadores ou medidas de resultados na investigação em serviços de saúde:

**O primeiro contacto** é um elemento central que inclui avaliação da facilidade ou acessibilidade de um prestador e o ponto a que a população realmente utiliza os serviços quando precisa deles pela primeira vez (2).

**Longitudinalidade ou continuidade** são os cuidados centrados na pessoa ao longo do tempo. (Nesta Agenda de Investigação, este elemento é contemplado no domínio de investigação "cuidados centrados na pessoa").

A **totalidade** exige que o prestador de cuidados primários ofereça uma gama de serviços suficientemente ampla para satisfazer as necessidades normais da população – e a avaliação inclui o ponto a que o prestador realmente reconhece estas necessidades à medida que vão surgindo (o conceito de abordagem total de Starfield é ligeiramente diferente da definição da WONCA Europa, sendo em si um domínio de investigação no âmbito da Agenda de Investigação).

A **coordenação** é o grau a que o prestador de cuidados primários gere todos os cuidados clínicos dos pacientes, incluindo os que lhes são prestados a um nível secundário e terciário. Isto exige igualmente um sistema de manutenção de registos ou informação que contenha toda a informação relacionada com a saúde (i.e., um registo electrónico de pacientes) e uma avaliação que inclua o ponto e a velocidade a que a informação é reconhecida e aplicada nos cuidados ao paciente (1, 3).

O domínio de investigação inclui igualmente a eficácia clínica, e os efeitos dos sistemas de saúde, dos modelos de gestão de determinados problemas de saúde nos cuidados primários, i.e., programas de gestão de doenças específicas e a forma de organizar os cuidados em clínica ou em equipa de CSP. A investigação educacional neste campo inclui competências de gestão, ao nível do sistema de saúde e clínico, e formação de médicos colaboradores com diversas formações e especialidades. Existe uma sobreposição com outras competências como, por exemplo, orientação para a comunidade, cuidados centrados no paciente e resolução de problemas específicos.

#### Síntese das descobertas

O campo de investigação em gestão dos cuidados primários, no seu todo, é muito vasto. A literatura pesquisada forneceu resultados muito dispersos, em vez de uma meta-perspectiva. Embora tenha havido um reduzido número de comparações sistemáticas, parece haver poucas evidências a favor de um determinado modelo específico organizacional, de financiamento, ou de efectivos, mas parece óbvio que a organização e os efectivos de clínica geral carecem de maiores desenvolvimentos para se conseguirem satisfazer melhor actuais e futuros requisitos de gestão dos cuidados primários. As evidências revelam vantagens para os serviços de saúde, que dependem relativamente mais dos cuidados de saúde primários e da clínica geral, comparativamente aos sistemas que tendem para cuidados especializados em termos de melhores resultados clínicos da população, maior equidade, acesso e continuidade e custos inferiores (4, 5).

Muitos dos estudos pesquisados estão relacionados com a gestão dos cuidados primários de pacientes com uma doença específica (sobretudo depressão, saúde mental e diabetes) ou de um determinado universo de pacientes, i.e., gestão dos cuidados geriátricos (6-10).

O efeito de várias **intervenções ou modelos de gestão dos cuidados primários** como, por exemplo, consultas preventivas fora do contexto clínico, ou cuidados prestados por enfermeiros clínicos, foi estudado em diferentes populações de pacientes. Vários estudos sugerem que, em determinadas condições bem definidas, a qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros devidamente formados é tão alta quanto a dos cuidados prestados por médicos e os resultados clínicos para os pacientes são comparáveis. Contudo, o preço dos cuidados primários prestados por enfermeiros clínicos é idêntico ao dos cuidados prestados por CG (assalariados), de acordo com os dados actualmente existentes. As intervenções na organização clínica parecem influenciar a maneira como os serviços são entendidos, mas raramente se estudou o efeito nos resultados clínicos (11, 12).

O impacto da **duração da consulta** tem sido objecto de análise nos estudos observacionais, mas com descobertas inconclusivas. São necessários mais ensaios sobre resultados clínicos e eficácia de custos.

A organização do **acesso a cuidados primários** varia de país para país, dentro e fora da Europa. Muitos documentos pesquisados eram estudos relacionados com doenças ou investigação em enfermagem. Melhorar o acesso é uma questão política central para a melhoria da qualidade dos cuidados (primários) e para garantir equidade nos cuidados de saúde, mas este assunto tem sido, até à data, quase sempre estudado de um ponto de vista local, e não como uma característica geral, ou de um modo comparativo (13-18).

Os **cuidados colaborativos e o interface entre cuidados primários e secundários** são um importante foco de investigação. A organização deste interface, no entanto, difere em vários países europeus, facto que implica que os estudos tenham de ser interpretados no seu contexto local e realmente não possam ser generalizados a outro contexto. Há muita investigação feita relativamente a taxas de referência que demonstra uma grande variação entre os clínicos gerais. Intervenções educacionais locais, que envolvam activamente CG e especialistas em cuidados secundários, e totais de referência estruturados são a única intervenção que mostra ter impacto nas taxas de referência baseadas nas actuais evidências. Os efeitos de uma segunda opinião "interna" e de outras alternativas assentes em cuidados primários intermédios para referência não clínica revelam-se promissoras em contextos de outro modo estritamente de primeiro contacto (gatekeeping) assegurados pelos CG. Os especialistas em cuidados secundários deviam ser incorporados em actividades educacionais activas e os totais de referência estruturados são eficientes (19-30). A cooperação com farmacêuticos (i.e., no controlo ou coordenação de receitas) pode fazer diminuir situações adversas relacionadas com a medicação; são necessários mais ensaios por controlo aleatório de intervenções farmacêutizadas assentes em cuidados primários para se decidir sobre a eficácia desta estratégia (31).

Há imensa investigação feita sobre o papel e potenciais efeitos dos **registos médicos electrónicos (RME)** nos cuidados primários. O **ICPC** (32) e a codificação da actividade clínica diária dos CG assente nas razões de consulta dos pacientes é um conceito central em muitos estudos. Estes estudos provam a utilidade, potencialidade e possibilidades de futuros desenvolvimentos da epidemiologia em cuidados primários e MGF com base em registos médicos electrónicos codificados (ICPC) e estruturados de acordo com episódios cuidados (33-36). No entanto, em muitos países europeus, a utilização e a qualidade dos registos médicos são inferiores ao ideal na perspectiva da epidemiologia em cuidados primários ou recolha de bases de dados de investigação, nacional e internacional, devido à falta de classificações padronizadas e legislação nacional que imponha a utilização de uma codificação ICD. O resultado, muitas vezes, é um registo incompleto. Por uma questão de investigação, é preciso adoptar uma abordagem pragmática aos RME de "todos os dias", ou dados de rotina secundários (37, 38). Existe um corpo bibliográfico, em rápido crescimento, sobre questões metodológicas e de qualidade da investigação em EMR / dados de rotina, e sobre projectos de investigação que utilizam esses registos como fonte de dados, por exemplo, eHID, QRESEARCH e outras bases de dados RME/morbilidade no Reino Unido, Bélgica e Holanda (39-43). Há um volume substancial de documentos de pesquisa que abordam a potencialidade que estas bases de dados têm de gerar dados para a gestão da qualidade (incluindo auditorias) e que os RME têm de representar uma plataforma de aplicação de orientações ou recomendações, de identificar pacientes elegíveis para tratamento ou serviços preventivos, ou dar alertas de medicamentos. Os resultados obtidos são maioritariamente positivos, mas não muito, facto que poderá depender do sistema de RME utilizado. Raramente se estudou a eficácia dos resultados clínicos.

**Medidas de resultados** comuns na investigação de aspectos da gestão dos cuidados primários incluíram eficácia de custos, ou aspectos/indicadores de qualidade, muitas vezes numa perspectiva padronizada (44-53), ou eficiência de custos. Raramente se utilizaram resultados que reflectissem fidedignamente o bem-estar ou a saúde dos pacientes.

Regista-se um número limitado de investigação educacional em aspectos de gestão dos cuidados primários. Dos estudos realizados, a grande maioria centra-se em **intervenções educacionais destinadas a médicos** para aplicar abordagens a serviços específicos, por exemplo, actividades de prevenção, colaboração interdisciplinar, ou estratégias cuidativas para doenças específicas, detecção de doença e prescrição. A maior parte dos estudos revela efeitos reduzidos ou insignificantes; a sustentabilidade destes efeitos não foi estudada (54-58).

## Áreas de investigação futura

A investigação futura devia, assim, focar-se em:

- desenvolver instrumentos para descrever e medir os vários aspectos da gestão dos cuidados primários;
- preferências, perspectivas e percepções de médico e paciente sobre aspectos de gestão clínica (por exemplo, acesso aberto, consultas telefónicas, telemedicina);
- comparar diferentes modelos cuidativos e avaliar eficácia de diferentes intervenções ou estratégias de gestão dos cuidados primários, não apenas ao nível da satisfação do paciente e/ou da maneira de entender os serviços, mas também ao nível dos resultados clínicos;
- validade e utilidade de registos electrónicos de pacientes em clínica geral;
- recolha sistemática e exequibilidade/validade de dados dos registos médicos electrónicos dos CG, sua utilização em estudos de morbilidade e cuidados de CG (incluindo denominadores apropriados) e como meio de recrutamento e recolha/gestão de dados na investigação;
- métodos eficazes de competências de gestão de ensino e formação interdisciplinar dos (futuros) CG.

## Metodologia de investigação apropriada

- Investigação instrumental para desenvolver e validar medidas de questões de gestão clínica
- Epidemiologia da MGF, incluindo aspectos específicos e resultados cuidativos, numa perspectiva longitudinal
- Investigação intervencional (ensaios controlados – comparar diferentes estratégias de gestão dos cuidados primários, ou estratégias inovadoras, com "cuidados habituais")
- Estudos de aplicação de estratégias eficazes (observacional)
- Concepção de estudos mistos

Áreas de investigação futura

Metodologia apropriada

## Cuidados centrados na pessoa

### Definição do domínio de investigação

De acordo com a definição da WONCA, a centralidade da pessoa inclui:

- adopção de uma abordagem centrada na pessoa, ao lidar com pacientes e problemas;
- estabelecimento de uma relação eficaz médico-paciente que respeite a autonomia do paciente;
- comunicação, definição de prioridades e actuação em parceria;
- prestação de uma continuidade cuidativa longitudinal.

A centralidade do paciente tem sido reconhecida como um valor importante e central nos cuidados clínicos e, hoje em dia, é universalmente defendida no ensino clínico. Na literatura médica, utiliza-se normalmente a expressão "centralidade do paciente" em vez de "centralidade da pessoa". Embora o significado não seja o mesmo, visto que "centralidade da pessoa" implica o reconhecimento da existência de uma pessoa por trás do seu papel específico de paciente. A centralidade da pessoa é um dos elementos nucleares dos cuidados de MGF e, por isso, um elemento crucial na nova definição da disciplina. O conceito de "centralidade do paciente" foi desenvolvido, sobretudo, em clínica geral, nos idos da década de 1950, com a obra de Balint e da equipa Tavistock, na transposição de observações e métodos psicoterapêuticos para o contexto dos cuidados primários (1, 2). Há outras disciplinas que revelam um interesse crescente pela medicina centrada no paciente. O conceito foi descrito por vários autores e foram distinguidos diferentes elementos básicos (3-5) como, por exemplo, comunicação, parceria e promoção da saúde. De acordo com Starfield (6), longitudinalidade ou continuidade, no sentido dos cuidados centrados na pessoa ao longo do tempo, é um dos elementos nucleares dos cuidados primários. A autora sugere que este elemento seja avaliado pelo nível de acordo a que prestador e clientes chegam no seu compromisso mútuo.

O domínio de investigação em "centralidade da pessoa" inclui igualmente estudos sobre preferências e perspectivas dos pacientes, eficácia da abordagem centrada no paciente ou na pessoa, como se definiu anteriormente, e aspectos do envolvimento do paciente e tomada de decisões partilhada, embora haja uma sobreposição com aspectos da resolução de problemas específicos.

### Síntese das descobertas

Muitos dos artigos pesquisados, que abordam o conceito de centralidade do paciente, são estudos de opinião. Vários estudos analisaram experiências de médico e paciente, crenças e preferências de uma abordagem/comunicação biomédica vs uma abordagem/comunicação centrada no paciente, utilizando, sobretudo, uma metodologia de investigação qualitativa (entrevistas, grupos em foco, vídeos) (7). Ficou a ideia de que nem em todas as situações, ou grupos de pacientes, em clínica geral se aprecia um estilo diferente de comunicação centrado no paciente, ou uma tomada de decisões partilhada. O volume de pesquisa nesta área manteve-se restrito e revelou limitações significativas. Uma melhor compreensão da diversidade das preferências de médico e paciente, em diferentes situações, podia levar a cuidados mais eficazes e individualizados.

Vários artigos exploraram ainda as preferências e experiências dos pacientes em continuidade (interpessoal) dos cuidados. Pacientes e doentes valorizaram o facto de a continuidade abordar questões sérias e psicossociais e também exames de rotina em doença crónica. Contudo, a continuidade é considerada menos importante do que uma boa comunicação médico-paciente. Conseguir ter acesso rápido aos cuidados em distúrbios agudos é mais importante do que a continuidade interpessoal para muitos pacientes saudáveis, noutras circunstâncias. A prestação de cuidados continuados pelos mesmos médicos revelou ser benéfica, relativamente a exames regulares de seguimento em distúrbios crónicos, e de acordo com as orientações, i.e., para a diabetes. Os efeitos de uma comunicação ou abordagem centrada no paciente foram estudados relativamente à satisfação do paciente, adesão ao tratamento, resultados clínicos melhorados e diminuição de queixas de negligência. A maior parte dos ECA revelaram efeitos, sobretudo, na satisfação do paciente, ou resultados estatisticamente irrelevantes. Recentemente, tem sido feita investigação em auto-gestão educativa de pacientes com várias condições crónicas. Nota-se que estes programas são mais eficazes do que uma educação exclusivamente informativa do paciente; registaram-se pequenos efeitos no curto-prazo em relação à satisfação, que aumentou, ao menor número de sintomas do comportamento de saúde e à utilização dos cuidados de saúde (8, 9, 10). Apesar desta

evidência, relativamente pequena, acredita-se que o conceito de auto-activação ou auto-motivação do paciente (11) e o estabelecimento de uma relação pro-activa paciente-equipa em MGF irá revestir-se de maior importância no futuro, especialmente nas doenças crónicas (12).

Existe pouca investigação sobre o efeito dos programas de formação para clínicos, em cuidados centrados na pessoa, sobre resultados clínicos e não clínicos.

Em conclusão, o conceito de centralidade da pessoa continua a estar mal definido. Continua a faltar uma definição clara em termos práticos e de instrumentos para medir este complexo conceito, no seu todo. Contudo, existe investigação em aspectos específicos, i.e., instrumentos para medir a participação, capacidade, ou satisfação do paciente (em termos genéricos e específicos da doença). A maior parte da investigação analisou experiências e preferências de médico e paciente. Até à data, há pouca investigação sobre as suas implicações ou resultados.

### Áreas de investigação futura

A investigação futura deveria, assim, focar-se em:

- compreender melhor e definir claramente (elementos da) centralidade da pessoa;
- desenvolver instrumentos adicionais para descrever e medir resultados e aspectos complexos;
- preferências, perspectivas e percepções de médicos e pacientes sobre centralidade da pessoa, comunicação, envolvimento e tomada de decisões partilhada (incluindo circunstâncias sociais, culturais e ambientais que determinam estas preferências);
- avaliar eficácia de uma abordagem centrada na pessoa relativamente a resultados clínicos relevantes e medidas de resultados como, por exemplo, satisfação, conhecimento e qualidade de vida;
- métodos eficazes de formação (futura) de CG numa abordagem centrada na pessoa e sustentabilidade dos efeitos de formação/ensino.

### Metodologia de investigação apropriada

- A investigação qualitativa proporciona uma abordagem aos conceitos e expectativas de médicos e pacientes
- A investigação instrumental é essencial para desenvolver medidas claras de centralidade da pessoa
- Estudos intervencionais a partir de simples intervenções centradas no paciente – para avaliar efeitos
- Os estudos observacionais serão necessários para se seguir a centralidade da pessoa numa perspectiva longitudinal, especialmente estudos epidemiológicos longitudinais de recolha de dados sobre razões de consulta e sensibilidade/resposta do médico a solicitações do paciente

## Competências de resolução de problemas específicos

### Definição do domínio de investigação

As competências de resolução de problemas específicos, de acordo com a definição da WONCA Europa, incluem a capacidade de:

- relacionar processos de tomada de decisões com prevalência e incidência da doença na comunidade;
- recolher, interpretar e aplicar, criteriosamente, informação do historial, exame físico e outros exames, em colaboração com o paciente;
- adoptar exames adicionais, usando o tempo como instrumento e enfrentar a incerteza;
- gerir condições que se manifestam inicialmente, ou de forma indiferenciada;
- utilizar, eficaz e eficientemente, diagnóstico e exames terapêuticos, em situações de urgência ou crónicas.

Este campo é vasto e abrange a maioria da investigação clínica de diagnóstico, ou relacionada com a doença. A investigação epidemiológica sobre morbilidade em cuidados primários e prestação de cuidados fornece os antecedentes necessários para desenvolver e aplicar competências na resolução de problemas. A eficaz resolução de problemas pelos CG é muitas vezes o segredo de uma gestão adequada dos cuidados primários e de uma utilização adequada de recursos nos cuidados clínicos. Assim, o domínio de investigação científica, que engloba a resolução de problemas específicos, apresenta uma substancial investigação clínica comum (com resultados relativos ao paciente) e uma investigação em serviços de saúde (com resultados ao nível de médico ou do sistema). A investigação sobre doenças específicas, na sua maioria, não se restringe a investigadores na área dos cuidados primários, sendo igualmente realizada noutras especialidades clínicas. No entanto, as evidências têm de ser úteis para que as necessidades de cuidados primários satisfaçam os requisitos específicos no contexto (selecção de pacientes), nas questões de investigação e na metodologia. Este domínio de investigação inclui o seguinte:

### Diagnóstico

- Estudos sobre interpretação de diagnósticos, em contexto de cuidados primários não seleccionados, a partir de queixas
- Valores preditivos/diagnósticos do historial, exame clínico simples, ou teste de diagnóstico sofisticado
- Abordagem de diagnóstico, gradual ou adicional, incluindo questões delicadas
- Valores de gravidade e respectivas consequências médicas e clínicas

### Terapêutica

- Continuidade entre saúde e doença – quando começar ou parar tratamento
- ECA em populações de cuidados primários típicos, em eficácia e eficiência
- Questões de segurança, avaliações risco-benefício em populações não seleccionadas
- Tratamento não farmacológico (i.e., aconselhamento, fisioterapia, medicina complementar)
- Questões de adesão/consentimento, aceitação, prioridades do paciente (sobreposição com centralidade do paciente, cuidados totais)

### Abordagens específicas à resolução de problemas

(sobreposição com gestão dos cuidados primários)

- Tomada de decisões de CG, tomada de decisões partilhada, prioridades
- Gestão da qualidade, orientações
- Gestão de doenças crónicas, multimorbilidade, cuidados no longo prazo
- Competências clínicas (comunicação, exame, aconselhamento, orientação familiar)
- Domicílios
- Abordar complexidade e incerteza, espera vigilante, tratamento provisório sem diagnóstico confirmado

- Problemas de género ou grupo específico de pacientes
- Interesses especiais ou locais em MGF
- Genética/genómica

### Investigação educacional

- Ensino universitário e formação
- Desenvolvimento profissional/ensino clínico continuado
- Avaliação de métodos de ensino de competências de resolução de problemas clínicos em cuidados primários em termos de eficácia e sustentabilidade
- Investigação instrumental de métodos de medição de competências clínicas e de resolução de problemas

Devido à vastidão deste campo, a Agenda de Investigação não pode contemplar todas as evidências em particular, nem sequer traçar uma perspectiva do estado do conhecimento em questões clínicas específicas. Este é um domínio que pertence à Cochrane Collaboration e a muitas organizações e associações científicas que estudam as orientações em cuidados primários. Esta Agenda de Investigação pretende realçar características gerais e sistemáticas, ou pontos fracos, dos estudos nesta matéria. Seleccionámos, assim, condições exemplificativas, especificamente, anginas (doença aguda) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC, doença crónica), para pesquisar e avaliar a evidência relevante (em cuidados primários) e calcular o contributo da investigação em clínica geral. As infecções do trato urinário/disúria e a diabetes foram utilizadas como exemplos secundários. Para definirmos problemas clínicos relevantes em cuidados primários, identificámos os problemas nucleares e as recomendações a partir das orientações de alta qualidade com base em evidências. Para além disso, tentou-se uma perspectiva semi-quantitativa, muito superficial, dos temas de investigação, para se identificarem tópicos amplamente contemplados e outros inexistentes.

### Síntese das descobertas

#### Pesquisa e análise bibliográfica

Em MeSH, termos de sintomas são muitas vezes associados imediatamente a uma doença ou diagnóstico. Muitos estudos de CG, ou relevantes para cuidados primários, não estão identificados com os termos MeSH "medicina familiar" ou "cuidados de saúde primários". Frequentemente, em ensaios clínicos, o grau e o contexto exacto da amostragem não são bem descritos e, por isso, não se consegue verificar facilmente a relevância ou validade externa para a CG. Isto pode ser problemático nas meta-análises ou revisões sistemáticas. Não existe consenso sobre o julgamento da qualidade e relevância de um ECA em CG. Os autores das revisões sistemáticas chegam a conclusões contraditórias com base nos mesmos ECA, dependendo da avaliação que fazem de qualidade, validade externa e relevância. Um exemplo é a controvérsia à volta do valor dos medicamentos no tratamento da demência (1, 2). Há várias tentativas para se estabelecer um sistema para classificar a qualidade dos artigos de investigação, i.e., rede SIGN, ou GRADE Collaboration (3).

#### Investigação 2003 – 2008: temas predominantes

Os cerca de 500, número surpreendentemente baixo, ensaios ou ECA clínicos consultados através da pesquisa MeSH, de 2003–2008, ficou a dever-se possivelmente ao facto de uma série de estudos relevantes não se encontrar catalogada sob o termo MeSH "medicina familiar". 70% dos artigos pesquisados apresentaram resultados relacionados com o paciente e os restantes focaram-se em resultados relacionados com o sistema ou com os médicos. O grosso da investigação (23%) contemplou questões relativas ao sistema de saúde ou à saúde pública. Outros temas frequentes foram distúrbios respiratórios agudos e crónicos (9%), saúde mental (8%), diabetes (6%), insuficiência cardíaca (5%), hipertensão (3%), pediatria (3%) ou distúrbios urogenitais (3%).

Epidemiologia clínica ou baseada na comunidade, registo de morbilidade, estudos de prevalência ou descrição de cuidados são temas muito comuns, a maior parte numa abordagem transversal. São muito raros os estudos representativos ou os modelos longitudinais (tópico abordado anteriormente, no capítulo Gestão dos Cuidados Primários).

## Investigação em interpretação de diagnósticos e testes de diagnóstico

Pesquisas MeSH de sintomas deram resultados, sobretudo, de diagnósticos/doenças: termos de sintomas, na sua maioria, não são termos MeSH, mas ligados a doenças. Os poucos estudos sobre avaliação de sintomas são sobre temas muito específicos ou síndromas (não específicos). Nos distúrbios agudos, há alguma investigação sobre utilidade ou scores de sintomas e valores preditivos dos testes de diagnóstico local (Near Patient Testing). Contudo, a sua vantagem (aumento da probabilidade positiva ou negativa de uma doença) raramente é avaliada para a história, sinais e sintomas, ou analisada num contexto de uma abordagem gradual. No geral, as abordagens de diagnóstico com base nas razões de consulta ou nos sintomas de CG raramente de reflectem na literatura. Por exemplo, quase não há evidências que ajudem os CG a avaliar a manifestação primária de dores no peito, na medida em que a percentagem de manifestações de doença grave (por exemplo, síndrome coronária aguda ou embolia pulmonar) é relativamente baixa (< 15%, em comparação com 50% no Serviço de Urgência) (4). No geral, existe pouca investigação em estratégias de diagnóstico: a maior parte dos estudos sobre diagnóstico centra-se em testes laboratoriais ou técnicos, específicos e normalmente sofisticados, em contextos seleccionados. Não há estudos sobre interpretação gradual de diagnósticos ou testes de diagnóstico relevantes para a tomada de decisões do CG e sua posterior gestão. São ínfimas as evidências em valores preditivos de todo o tipo de descobertas ou testes em contextos de cuidados primários. Muitos testes não foram formalmente avaliados nos cuidados primários; os contextos de baixa prevalência são assim utilizados para filtrar populações mais ou menos não seleccionadas e os resultados apontam, muitas vezes, para estimativas de prevalência irrealisticamente altas na doença crónica. Isto é problemático na medida em que estes resultados são utilizados para concluir que os CG não sabem detectar a doença e há muitos artigos que, por isso, recomendam testes de rastreio preventivo em populações não seleccionadas ou testes de identificação de pacientes para tratamento. Esta abordagem tende a confundir prevalência pontual dos resultados de rastreio ou sintomas individuais (sem queixas) com indicação para tratamento.

## Investigação em terapêutica

Há imensa investigação clínica e em serviços de saúde sobre terapêutica. É possível encontrar informação sobre quase todas as questões relativas ao tratamento de doenças específicas. Contudo, parece haver muito poucos ECA clínicos realizados em contextos de cuidados primários; em contrapartida, há imensa investigação descritiva, muitas vezes sob a forma de inquéritos transversais, que pode revelar-se tendenciosa e com uma validade externa limitada. No geral, muitos ECA clínicos são relativamente pequenos; por vezes, são quase irrelevantes para o resultado principal e, mais frequentemente, para os efeitos secundários e, muitas vezes, revelam problemas de aleatorização. No entanto, os últimos estudos mostram estar mais bem concebidos. A maioria dos ECA apresenta medicamentos novos ou dispendiosos e estuda a sua eficiência em pequenas amostras de pacientes seleccionados. Normalmente, os comparadores são inferiores ao ideal: por vezes, o tratamento de controlo é deliberadamente suboptimizado, ao ser subdoseado ou de segunda escolha. Alguns ensaios farmacológicos, promovidos e patrocinados pela indústria do ramo, são fracos relativamente a recrutamento, aleatorização e/ou seguimento. Os resultados, muitas vezes, são marcadores de substituição de valor questionável. É óbvia a falta de ensaios promovidos pelo investigador sobre medicamentos estabelecidos e frequentemente recitados, sem grande potencial comercial e para os quais não se encontram patrocinadores. Muitos estudos padecem de validade externa limitada, particularmente os que contemplam doenças crónicas (5). Muitas vezes, há uma selecção tendenciosa no recrutamento (i.e., pacientes recrutados em "Walk in Clinics" ou nos cuidados secundários, ou privilegiados ou prejudicados no acesso aos cuidados). A maioria dos pacientes recrutada para ensaios é mais nova e mais saudável do que a média de pacientes de CG, com múltiplas doenças crónicas, e as mulheres estão deficitariamente representadas. Não há ensaios amplos e pragmáticos sobre terapias relevantes em CG e sobre a eficácia dos tratamentos em contextos diários e populações típicas (6).

Há poucos estudos comparativos sobre tratamentos padronizados, tratamento padronizado vs placebo, doses diferentes do mesmo medicamento, duração otimizada do tratamento, ou questões de segurança. Little (7) e Hippisley-Cox (8), por exemplo, realizaram influentes estudos observacionais e intervencionais. Embora haja investigação em terapia alternativa/complementar, a qualidade é geralmente baixa. O tratamento não farma-

cológico raramente é objecto de investigação. Raramente se faz investigação em comorbilidade ou multimorbilidade (9-12), ou que contribua para essa matéria.

## Investigação em gestão de doenças / cuidados crónicos

A prevalência de doenças crónicas regista um crescimento contínuo, consequência, em parte, do envelhecimento da população. Estima-se que, nos países industrializados, a maior parte do horário de trabalho de um CG (> 80%) seja consagrada aos cuidados crónicos (13). Uma grande parte da investigação sobre resolução de problemas em doenças crónicas está centrada em diagnóstico individual ou estratégias terapêuticas, resultados individuais (ou marcadores intermédios), faltando assim a complexidade dos cuidados primários em doentes crónicos. Contudo, é cada vez mais consensual que os cuidados crónicos em clínica geral carecem de modelos integrados, completos e estruturados (14, 15). Esta perspectiva não se restringe aos clínicos gerais. Nessa medida, inúmeros estudos descrevem modelos de cuidados crónicos, ou programas estruturados de gestão de doenças, que ignoram o clínico geral, ou consideram os "cuidados habituais" um comparador eventualmente fraco. Muitos estudos de intervenção são concebidos por especialistas, ou a intervenção é habitualmente administrada por enfermeiros. Na sua maior parte, não são eficazes, nem revelam efeitos marginais, e o seguimento é geralmente curto (máx. 1 ano). Isto constitui um desafio acrescido para a investigação em clínica geral provar que a maior parte destes modelos de cuidados sob gestão constituem uma nova fragmentação no sistema de cuidados se o papel da MGF for negligenciado nos cuidados primários. Uma série de revisões fornece evidências sobre o valor dos cuidados primários liderados pelo CG nas doenças crónicas (16-18); este campo de investigação assemelha-se a Gestão dos Cuidados Primários e a Cuidados Totais.

## Investigação em tomada de decisões (partilhada)

Uma série de estudos relaciona decisões de CG em determinadas situações clínicas (infecções do aparelho respiratório, depressão, etc.) com previsores sobre nível de paciente ou médico/clínico, habitualmente com um modelo transversal. A investigação qualitativa explora preferências ou processos de tomada de decisões dos médicos. Métodos qualitativos, ou instrumentos de medição específicos (19) de satisfação, preferências, consentimento e envolvimento do paciente são utilizados para explorar a experiência dos pacientes nas consultas, em geral, ou na tomada de decisões partilhada, em particular. Os resultados destes estudos variam bastante. Uma parte substancial dos pacientes mostrou-se menos satisfeita com a tomada de decisões partilhada do que com um estilo clássico (mais paternalista) de consulta. Os pacientes que preferem a tomada de decisões partilhada são habitualmente mais novos e mais escolarizados, ou portadores de distúrbios crónicos. Alguns estudos revelam que pacientes mais envolvidos nos cuidados recuperam melhor. Existem múltiplos estudos sobre ajudas, ou instrumentos de tomada de decisões, sobretudo para situações específicas relacionadas com a doença, para médicos (i.e., evidências sintetizadas, apoio electrónico à decisão) ou pacientes (i.e., materiais informativos). Alguns destes estudos são observacionais (segundo um modelo de desenvolvimento ou execução), ao passo que outros aplicam um instrumento específico, por exemplo, de intervenção, e comparam-no com grupos de controlo (cf. capítulo sobre Investigação Educacional).

## Investigação em qualidade dos cuidados prestados

Os investigadores em clínica geral adoptaram, desde cedo, a investigação da qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento da qualidade clínica (20-24). Os principais contributos (em parte, ensaios controlados, ou revisões sistemáticas e estudos conceptuais) foram inicialmente da Europa, de grupos de trabalho em Maastricht e Nijmegen (NL), Manchester e Leicester (RU) e, posteriormente, no âmbito da EQuIP, organização europeia em rede (25). Os principais campos de investigação e métodos de melhoria da qualidade, relativamente à capacidade de resolução de problemas específicos, foram análise inter pares / círculo de qualidade (26), auditorias médicas (27-29), desenvolvimento e disseminação de orientações (30, 31), investigação de estratégias de aplicação (32, 33), participação do paciente (34, 35) e indicadores/estruturas de qualidade (i.e., Normas de Qualidade e de Resultados, QOF, no Reino Unido) (36). Um vasto corpo bibliográfico contempla resolução de problemas específicos de qualidade, por exemplo, melhorar adesão às orientações, melhorar utilização dos resultados dos testes laboratoriais (37), ou otimizar prescrição através de métodos variados como, por exemplo, ensino clínico contínuo, referência, relatórios académicos, feedback estruturado, etc. (38). Frequentemente,

contudo, e particularmente quando realizada em contextos de cuidados sob gestão, a eficácia de custos surge como resultado primário em estudos sobre referência, tratamento/prescrição, ou rastreio.

A investigação da qualidade dos cuidados do médico inclui estudos sobre conhecimento, competência e desempenho clínico. As orientações ou recomendações são, muitas vezes, utilizadas como padrão de referência, em estudos com uma abordagem de referência, apesar de originalmente destinadas a ser um apoio às decisões. Muitos artigos sobre doenças apresentam diabetes, depressão, ou ataque. Uma série de relatórios visa os pacientes, na tentativa de os encorajar a enveredar por um estilo de vida mais saudável. Os cuidados colaborativos ou multidisciplinares são estudados com muita frequência e o mesmo acontece à questão dos assistentes frequentes. A maioria dos estudos sobre "qualidade dos cuidados" tenta provar a superioridade de uma intervenção específica em comparação com os "cuidados habituais", implícitos. Esta abordagem tende a denegrir a clínica geral. Contudo, a maioria dos estudos empíricos revela efeitos menores (ou quase nenhuns) que, frequentemente, parecem decorrer de conceitos insuficientes de melhoria (por exemplo, intervenções exclusivamente educacionais). Apesar de algumas revisões importantes (23, 30), continua a não haver uma estrutura teórica consistente sobre fundamento e efeitos das estratégias na melhoria da qualidade.

## Genética/genómica

### Investigação em genética/genómica em MGF

Os estudos de investigação em genética/genómica em MGF, ou cuidados de saúde primários, contemplam, geralmente, as opiniões de CG e, por vezes, de pacientes sobre testes genéticos, serviços de aconselhamento, ou intervenções efectuadas para potenciar a sua aplicação. CG e pacientes revelaram, quase sempre, sentimentos ambivalentes a propósito da importância e das possibilidades da medicina genética, embora, paralelamente, se mostrassem preocupados sobre as complexas implicações na gestão de pacientes e impacto nas famílias. Os estudos de intervenção analisaram a maneira como os serviços são entendidos, ou as atitudes, mas ignoraram os resultados clínicos dos pacientes. Os resultados foram inconclusivos (39, 40).

## Investigação educacional

### Investigação educacional

Estas pesquisas, ao analisarem um enorme corpo bibliográfico, incluindo inúmeras meta-análises e ECA, dão-nos apenas uma perspectiva incompleta. Embora não tenha sido realizada no contexto da medicina familiar / cuidados primários, a maior parte dos estudos é relevante ao contemplar métodos de ensino e intervenções educacionais que realçam a competência clínica. Uma experiência inicial em cuidados primários ajuda os **estudantes de medicina** a adquirir atitudes e competências profissionais e pode influenciar a escolha de carreira.

As intervenções educacionais em contexto de **desenvolvimento profissional contínuo** revelam um efeito aparente, entre o reduzido e o médio, no conhecimento dos médicos. Contudo, o efeito é geralmente reduzido na alteração comportamental (um verdadeiro obstáculo à melhoria da qualidade) (41, 42), no desempenho e (raramente estudado) nos resultados dos pacientes, em muitos métodos educacionais específicos. Disseminação de material, conferências didáticas e feedback sem comentários são altamente ineficazes (43, 44).

As **intervenções** são ligeiramente mais bem sucedidas quando são interactivas, recorrem a múltiplos métodos e são concebidas para um pequeno grupo de médicos de uma determinada especialidade. As intervenções multifacetadas, simultaneamente destinadas a médicos, pacientes e outros intervenientes, são igualmente eficazes. É essencial, no entanto, que as intervenções sejam feitas de acordo com factores locais como, por exemplo, desempenho dos médicos e obstáculos à mudança (45). Até intervenções cuidadosamente concebidas podem revelar-se um fracasso. A imparcialidade pode ficar comprometida pelo facto de, em muitos sistemas de saúde, a qualidade dos estudos sobre cuidados depender de participantes voluntários. Estas práticas auto-seleccionadas podem atingir um desempenho melhor na base e tendem a aplicar estratégias experimentais melhores do que a média.

Há pouquíssima investigação em sustentabilidade dos efeitos do ensino/aprendizagem, em particular nas intervenções que visam médicos no exercício das suas funções. Há necessidade de investigação instrumental sobre métodos de avaliação em estudos educacionais.

## Áreas de investigação futura e metodologia de investigação apropriada

Inquéritos transversais descritivos e estudos de atitudes pouco contribuem para um maior conhecimento na maior parte dos países/contextos. Mesmo assim, uma grande quantidade de registos em cuidados primários numa base de dados sólida (por exemplo, QRESEARCH (46)) será cada vez mais utilizada em modelos não experimentais (por exemplo, epidemiologia, investigação em cuidados de saúde, acontecimentos raros, etc).

A investigação futura devia focar-se em:

- Estudos de alta qualidade sobre epidemiologia em cuidados primários, razões de consulta, numa perspectiva longitudinal, e recolha de dados de episódios de cuidados.
- Estudos clínicos sobre doenças e queixas diárias comuns.
- ECA pragmáticos sobre tratamentos e pacientes de clínica geral não seleccionados, relevantes em cuidados primários, incluindo comparação de dosagens, tratamentos estabelecidos e estudos sobre o momento de parar o tratamento.
- Investigação observacional e intervencional sobre interpretação de diagnósticos em contextos de cuidados primários (de baixa prevalência). Devia começar pelas queixas e sintomas e abordar incerteza e complexidade através de estratégias graduais, incluindo espera vigilante, tratamento sintomático assumido e centrar-se em estratégias de baixa tecnologia.
- Investigação sobre pacientes de cuidados primários com multimorbilidade e doenças agudas e crónicas. Inclui investigação sobre reacções de pacientes e médicos ao modo de estabelecer, classificar e aceitar prioridades, ou desejos específicos, e de rever esta classificação ao longo do tempo.
- Estudos observacionais e intervencionais aturados, que foquem resultados clínicos relevantes, problemas de saúde menos comuns, ou questões de segurança, i.e., efeitos indesejáveis do tratamento.
- Investigação longitudinal, observacional e intervencional, com períodos alargados de seguimento.
- Investigação instrumental sobre resultados e instrumentos específicos dos CG.
- Estudos de métodos mistos, que meçam preferências e perspectivas dos pacientes e alterações na saúde ao longo do tempo.
- Investigação observacional e intervencional sobre impacto e sustentabilidade das intervenções educacionais.

## Abordagem total

### Definição do domínio de investigação

De acordo com a definição da WONCA Europa, uma abordagem total engloba as seguintes capacidades:

- Gerir múltiplas queixas e patologias, em simultâneo
- Promover saúde e bem-estar com a utilização apropriada de estratégias de prevenção de doenças
- Gerir e coordenar promoção da saúde, prevenção, cura, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação

A competência nuclear e o domínio de investigação "abordagem total" centram-se, assim, em dois aspectos: por um lado, na gestão da doença (gerir múltiplas queixas e patologias, em simultâneo, que englobem problemas de saúde crónicos e agudos) e, por outro, no bem-estar e promoção da saúde, segundo o modelo biopsicossocial. Os clínicos gerais têm de gerir e coordenar estes aspectos numa relação específica paciente-clínico geral no longo prazo.

Starfield (1) chama a um dos seus elementos nucleares "totalidade", descrevendo-o como o ponto a que o prestador dos cuidados de saúde reconhece todas as necessidades do paciente, à medida que vão surgindo, e oferece uma variedade de serviços, suficientemente ampla para satisfazer todos os requisitos comuns.

Isto significa que o domínio de investigação "abordagem total" inclui estudos sobre promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento de todas as doenças e cuidados paliativos. Este domínio necessita que sejam simultaneamente considerados (todos) estes aspectos dos cuidados e carece de uma investigação alheia a doenças específicas, mas relacionada com grupos de pacientes, ou temas de saúde em toda a sua aceção.

### Síntese das descobertas

#### Pesquisa e análise bibliográfica

O termo MeSH "cuidados de saúde totais" significa prestar toda a gama de serviços de saúde de diagnóstico, tratamento, seguimento e reabilitação dos pacientes. É um termo muito abrangente, com os subtítulos, "cuidados de saúde primários" e "cuidados centrados no paciente". Estamos perante um problema de especificidade da pesquisa: muitos artigos consultados não apresentam uma definição de "cuidados de saúde totais" idêntica à do termo MeSH, ou compreendida na definição do domínio de investigação. Uma pesquisa por "investigação em serviços de saúde" e "cuidados de saúde totais" dá inúmeros artigos relacionados com "cuidados orientados para a comunidade". É manifesta a sobreposição das diferentes pesquisas. Há uma série de artigos consultados sobre enfermagem, irrelevantes para a medicina familiar, que foram então excluídos pela ocorrência "NÃO enfermagem".

#### Resultados da revisão da literatura

A maior parte da investigação em cuidados médicos totais é relativa a cuidados ou prevenção de uma doença específica, muitas vezes depressão/saúde mental, abuso do álcool (2, 3), doença cardiovascular, ou então a actividades específicas como, por exemplo, rastreio de doenças, intervenções complexas (aconselhamento (4-6), aplicação de modelo de cuidados crónicos (7), alteração do estilo de vida (8)). Relativamente a cuidados totais e prevenção, não parece haver investigação capaz em medicina familiar, até à data. Frequentemente, não se explicita contexto de estudos e relevância em clínica geral. Isto oferece uma perspectiva muito dispersa, com conhecimento muito fragmentado, a realçar situações muito específicas (frequentemente sem definir bem o contexto de cuidados), mas que não oferece uma boa noção da totalidade, tal como é definida pela WONCA.

Há um volume considerável de investigação em intervenções no estilo de vida dos pacientes dos cuidados primários frequentemente identificada com o termo "total". Só alguns destes estudos se baseiam realmente em cuidados primários. O mais frequente é terem sido realizados por especialistas, com amostras mais ou menos seleccionadas. As meta-análises concluíram que a evidência não sustenta um efeito de intervenções com base em escalões de mudança sobre níveis de actividade física. No que diz respeito ao deixar de fumar, existe apenas uma tendência positiva a sugerir que esta abordagem pode afectar o comportamento (9). Há alguma evidência positiva relativamente à ingestão de gorduras, num seguimento no curto e longo prazo. Estudos individuais sobre intervenções no estilo de vida revelam, frequentemente, efeitos positivos que, normalmente, são reduzidos e que, muitas vezes, são descritos com medidas de resultados intermédios, ou específicos de doenças, e abrangem apenas aspectos clínicos muito específicos. Em conclusão, a evidência científica não sustenta significativamente intervenções no estilo de vida que modifiquem o comportamento de saúde.

Intervenções que ultrapassam os cuidados primários preventivos e que visam os mais velhos estão associadas a redução da mortalidade e aumento da probabilidade de continuar a viver na comunidade (10, 11).

Os cuidados paliativos são uma questão igualmente importante nos cuidados totais. Grande parte dos estudos de investigação centra-se em gestão e é feita por enfermeiros. A boa comunicação, que visa as necessidades do paciente e da família, é um elemento importante nos cuidados em fim de vida, que visam melhorar a qualidade de vida (12-14).

Muitos estudos relacionados com organização e gestão clínica foram encontrados sob o título "cuidados primários e totais" (15-19). Porém, a maioria estava no domínio da gestão dos cuidados primários e passou para essa secção.

Há pouco material em **ensino clínico** para uma abordagem total (20-23). Numa revisão das intervenções educacionais em cuidados primários, os autores chegaram à conclusão de que havia apenas dois artigos que satisfaziam os critérios de boa investigação na matéria. Um desses estudos foi realizado na Zâmbia. Quase toda a investigação existente sobre abordagem total é transversal ou prospectiva, com seguimentos relativamente curtos. Sustentabilidade e impacto no longo prazo do resultado clínico relevante raramente são estudados. É notória a inexistência de metodologias, medidas de resultados e estudos longitudinais.

Até hoje, quase não há evidências que sustentem esta competência, tal como é definida pela WONCA. O conceito de abordagem total em clínica geral não está bem definido em termos que se apliquem à investigação de modelos, excepto o indicador Starfield que, no entanto, raramente é utilizado. Desconhecemos até que ponto o conceito é compreendido pelos médicos dos cuidados primários e não sabemos se os pacientes partilham esta opinião e se, para eles, as actividades são cuidados totais. Quase não há investigação sobre uma abordagem total, na generalidade, em relação ao paciente, independentemente de problemas médicos específicos. Cuidados de clínica geral (definidos como) "habituais" e "bons" não se encontram bem descritos em termos práticos.

### Áreas de investigação futura

O conceito de "totalidade" é um conceito abrangente que deve englobar as restantes cinco competências. É questionável que a "totalidade", no seu todo, possa ser objecto de investigação. Para efeitos de investigação, o conceito tem de ser dividido em abordagens específicas e aspectos da totalidade que, em si próprios, já podem ser objecto de investigação.

Os estudos podem contemplar aspectos dos cuidados de clínica geral e agregar, simultaneamente, nos mesmos pacientes, actividades curativas (gestão da doença, reabilitação) e preventivas (promoção da saúde e prevenção da doença). Não há estudos nesta área e, por isso, não há evidências sobre eficácia e eficiência dos modelos totais de cuidados. Precisamos de uma boa apreciação do trabalho geral, de "toda a gama", dos CG e um modo de reflectir nos registos médicos electrónicos e nas bases de dados de investigação. Contudo, continuamos a não possuir instrumentos específicos de investigação e medidas de resultados, ou indicadores de totalidade.

É necessário realizar mais estudos que reflectam sobre contextos específicos dos cuidados de saúde primários, que estudem eficácia e eficiência de custos dos cuidados gerais, (coordenados ou) baseados na clínica geral, em situações ou grupos-alvo específicos:

- Programas de prevenção da doença e promoção da saúde
- Cuidados e seguimento activo em situações de emergência
- Cuidados e seguimento activo de pacientes crónicos e agudos
- Cuidados e seguimento activo de grupos de alto risco
- Cuidados paliativos

## Metodologia de investigação apropriada

- A investigação sobre aspectos específicos de uma abordagem total devia começar com uma definição do aspecto e da questão de investigação.
- Os estudos observacionais (não inquéritos por questionário) deviam incluir experiências, atitudes e necessidades de pacientes e médicos, pois são elas que permitem clarificar aspectos específicos de uma abordagem total.
- A metodologia qualitativa é apropriada para clarificar este complexo campo de investigação, ainda pouco definido. É preciso criar e validar instrumentos.
- É necessário arranjar concepção mista de investigação e estudos de intervenção para se avaliar eficácia de aspectos mais específicos dos cuidados totais.
- Os estudos longitudinais, numa concepção retrospectiva ou prospectiva, são particularmente importantes para se avaliar eficácia e sustentabilidade.
- Caso se prevejam estudos adicionais sobre intervenções no estilo de vida, devem estudar-se cuidadosamente evidências existentes para se avaliar originalidade e validade externa do estudo previsto. Deve ser tida em conta a esperada mais-valia para os "habituais" cuidados totais em clínica geral e a validade de comparador – atenção aos efeitos Hawthorne ou genéricos.

## Orientação para a comunidade

### Definição do domínio de investigação

De acordo com a definição da WONCA Europa, orientação para a comunidade inclui capacidade de conciliar necessidades de saúde dos pacientes e da comunidade e conjugá-las com recursos existentes. O paradigma da medicina orientada para a comunidade surgiu com o trabalho de Kark, na década de 1950 e 1960 (1) e recebeu uma definição mais estruturada nos anos de 1980.

De acordo com esta definição, os tópicos que a seguir se enumeram podem ser incluídos no domínio de investigação: necessidades de saúde, que reflectam necessidades individuais de saúde no contexto de vida da pessoa, e necessidades comunitárias de saúde e possíveis conflitos entre ambas. Inclui igualmente processo de tomada de decisões em contexto específico e cooperação com outros profissionais e agentes em matéria de necessidades de saúde. Estes domínios sobrepõem-se a outras competências como, por exemplo, gestão dos cuidados primários e abordagem total.

### Síntese das descobertas

Orientação para a comunidade é uma competência relativamente nova. Muitos artigos, nestas últimas décadas, são estudos opinativos, descritivos e expositivos. Tentam definir o conceito de cuidados primários orientados para a comunidade e descrever o seu desenvolvimento (1-7). O conceito de "comunidade", em língua inglesa, porém, inclui pequenas entidades (por exemplo, a família) e grandes comunidades (por exemplo, a escola, a cidade, ou o país). Isto torna difícil o estudo do conceito e causa uma considerável sobreposição da investigação em saúde pública e cuidados primários. Como seria de esperar, pesquisaram-se muitos relatórios descritivos e narrativos, pseudo-investigação sem resultados concretos. Alguns ensaios sobre necessidades de saúde combinaram métodos de investigação qualitativa e quantitativa, mas, no geral, a investigação qualitativa é reduzida. Há poucos ensaios sobre cuidados primários orientados para a comunidade (CPOC) e a maior parte dos estudos carece de grupos de controlo ou comparadores. Até à data, os estudos centraram-se em serviços preventivos, rastreios, doenças e assuntos específicos, frequentemente demasiado específicos ou demasiado genéricos, e quase nunca com resultados relevantes na CG. Assim, a maior parte da investigação actual, que contempla estudos baseados na comunidade, não chega a aplicar uma abordagem orientada para a comunidade (8-10).

Inúmeros estudos, sobre questões clínicas e cuidados preventivos, são baseados na comunidade/população, mas não são orientados para a comunidade do ponto de vista dos cuidados primários (11). Condições ou problemas específicos não são contemplados num modelo de cuidados centrados no paciente, nem num modelo de cuidados orientados para a comunidade. Alguns artigos avaliam a aplicação do modelo CPOC em comunidades locais e específicas (12-13).

A abordagem CPOC é especificamente estudada nas seguintes áreas: cuidados geriátricos, cuidados maternos e neonatais, cuidados psiquiátricos, ou condições comuns (por exemplo, diabetes, artrite). O foco centra-se geralmente em grupos minoritários e desprotegidos, ou em factores de risco e medicina preventiva (imunização, deixar de fumar, odontologia) e (14-25). Alguns artigos descreveram igualmente métodos de gestão da doença, em CPOC, com a cooperação entre MGF e instituições comunitárias, cuidados colaborativos, ou referência de CG a diversos programas comunitários (26-32). Há muita investigação em enfermagem.

Descobriram-se vários editoriais e ensaios sobre necessidades de saúde, em contexto de cuidados primários e para grupos minoritários ou desprotegidos, alguns combinando métodos de investigação qualitativa e quantitativa (33-43).

Relativamente a investigação educacional, há inúmeros estudos descritivos sobre ensino universitário, com descrição do conteúdo dos programas educativos e da experiência pedagógica, mas poucos avaliaram o ensino. A maioria dos estudos não foi controlada (44-51).

## Áreas de investigação futura

A investigação futura devia, assim, focar-se em:

- desenvolver instrumentos de investigação e medidas de resultados, que reflectam diferentes aspectos da orientação para a comunidade e respectiva convergência;
- comparar modelos/abordagens de cuidados de saúde primários na comunidade, com análise dos resultados à luz das necessidades de saúde individuais e da comunidade;
- modelos de cuidados baseados na comunidade em áreas clínicas específicas como, por exemplo, programas de toxicodependência, cuidados paliativos;
- tecnologias da informação em CPOC;
- ensino de CPOC – avaliação de programas, instrumentos validados – com metodologia clara e análise estatística adequada.

## Metodologia apropriada

- Investigação instrumental
- Estudos observacionais longitudinais
- Estudos de coorte observacional, com comparação de modelos/abordagens – também na educação
- Estudos de concepção mista

## Abordagem holística

### Definição do domínio de investigação

De acordo com a definição da WONCA Europa, uma abordagem holística inclui capacidade de utilização de um modelo biopsicossocial que tenha em linha de conta dimensões culturais e existenciais.

A abordagem holística pode, assim, definir-se como "cuidar da pessoa, no seu todo, e no seu contexto de valores, do sistema e das crenças familiares, cultura e situação socio-ambiental na comunidade mais alargada e tendo em conta uma gama de terapias baseada na evidência dos respectivos benefícios e custos". Uma abordagem holística reconhece que o ser humano é completo e está integrado e não é um conjunto de órgãos separados, e que todas as doenças têm uma série de elementos dinâmicos (1-3).

Um outro aspecto da abordagem holística é a questão da complexidade. Os indivíduos, as organizações, os grupos sociais e a sociedade revelam características próprias de sistemas adaptativos complexos (4). Este fenómeno é evidente em investigação em clínica geral e clínica. Quanto mais directamente envolvido na intervenção estiver o paciente ou o prestador de cuidados de saúde, mais sofisticada terá de ser a concepção do ensaio para conseguir registar a influência do indivíduo no resultado (5). Desta forma, uma melhor compreensão de sistemas complexos também pode, por exemplo, facilitar a interpretação de resultados de ensaios clínicos e a investigação de diagnóstico. As questões éticas são uma parte importante de uma abordagem holística à saúde e aos cuidados de saúde.

O domínio de investigação devia incluir estudos sobre eficácia do modelo biopsicossocial aplicado aos cuidados, complexidade, competência cultural e ética.

### Síntese das descobertas

Quase todos os documentos pesquisados são estudos de opinião ou revisões não sistemáticas (6-10). Praticamente não existe investigação científica de verificação. A maioria dos estudos diz respeito à enfermagem, um número considerável, à medicina complementar, tema aparentemente associado à abordagem holística. São poucos os artigos que analisam "cuidados holísticos" em várias condições, mas normalmente a definição não respeita o conceito da WONCA Europa. Contudo, muitos estudos de opinião e revisões são unânimes quando afirmam que a abordagem holística é importante e valiosa e que prestadores de cuidados e pacientes partilham a mesma opinião sobre o assunto. Em muitos países, prestadores de cuidados e pacientes parecem partilhar a mesma opinião sobre cuidados holísticos, circunstância que não se traduziu em medidas de resultados. Contudo, o ICPC oferece a possibilidade de codificar problemas sociais e também psicológicos, apresentados ou tratados, que podem aproximar-se do conceito holístico. Mesmo assim, clínica geral e cuidados primários diários afirmam frequentemente adoptar uma abordagem holística. De um ponto de vista teórico ou consensual, a abordagem holística, incluindo o conceito de complexidade, é cada vez mais importante à medida que as populações apresentam um maior número de doenças crónicas. Para aspirar a um conceito mais amplo de saúde e bem-estar, os cuidados requerem uma perspectiva holística do paciente, total e centrada na pessoa. Diz-se que uma abordagem holística aumenta a satisfação e a capacidade de *coping* dos pacientes, e talvez a própria saúde, mas não há evidências científicas que comprovem estas afirmações.

No entanto, há aspectos da abordagem holística que foram objecto de investigação: número limitado de estudos sobre o conceito de competência cultural em profundidade, factores de influência, obstáculos na prática clínica, instrumentos de medição e modelos de aplicação (i.e., programas centrados em competência cultural) (11-18).

Há alguns estudos que se centram na complexidade, considerando fenómenos complexos os obstáculos e os facilitadores de mudança nos cuidados de saúde. Esta investigação revela igualmente que a metáfora "remoção de obstáculos à mudança" tem pouca utilidade num contexto "complexo" de não aplicação de uma determinada política ou programa (19)

Em conclusão, o conceito de abordagem holística continua pouco definido e raramente se constitui objecto de investigação. Continua a não haver uma definição clara em termos práticos e instrumentos validados para a medir. A investigação sobre implicações ou resultados é quase inexistente.

## Áreas de investigação futura

Uma eventual investigação futura em abordagem holística devia, assim, focar o seguinte:

- Definição clara de abordagem holística, ou exploração aprofundada para descobrir se a abordagem holística de CG é um mito, ou a realidade descritível e mensurável.
- Exploração do tipo de necessidades expresso na aprovação de cuidados holísticos e na procura de medicina complementar.
- Possível identificação de elementos/aspectos a estudar e desenvolvimento de resultados e instrumentos de medição.
- Compreensão de circunstâncias sociais, culturais e ambientais que afectam diferentes aspectos da saúde.
- Avaliação da eficácia da abordagem holística, mais especificamente, competência cultural e modelo de cuidados biopsicossociais sobre satisfação e resultados clínicos relevantes.
- Métodos eficazes de formação de CG para uma abordagem holística, especificamente, competência cultural, e que abordem problemas sociais de valor comprovado.

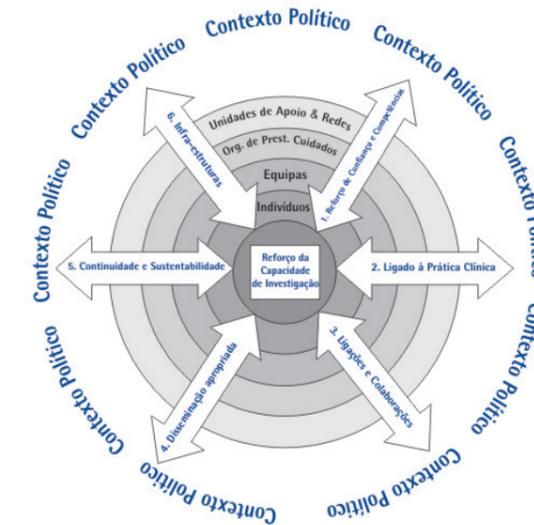
## Metodologia de investigação apropriada

- A investigação qualitativa parece apropriada para abordar este campo complexo e mal definido
- Investigação instrumental
- Estudos observacionais e, mais tarde, comparativos podem ser necessários para avaliar eficácia
- Investigação longitudinal, de métodos mistos, pode criar oportunidades de análise de complexidade e interação em clínica geral e cuidados primários.

## Iniciar investigação em clínica geral num país com pouca capacidade e fracos recursos

O objectivo deste manual é aconselhar os países em processo de construção de clínica geral e/ou com pouca ou nenhuma experiência ou competências de investigação em CG (e talvez com poucas infraestruturas):

- Iniciar – Não iniciar
- Erros clássicos a evitar
- Compreender implicações da escolha



Os seis princípios da capacitação (Fig. 1 reprodução de (1)) são fundamentais para este aspecto da Agenda de Investigação, incluindo o nível da rede de investigação: individual, local / institucional, nacional ou internacional. É preciso aplicar os mesmos princípios básicos a todos os níveis de investigação de acordo com as circunstâncias do país.

## Identificar áreas de investigação futura no país e estabelecer prioridades

Quando se começa a criar capacidade de investigação, é necessário ter-se uma noção sobre a situação do país. Esta perspectiva oferece o panorama das oportunidades e projectos em curso para se encontrarem temas inovadores e estratégias de investigação apropriadas ao sistema de cuidados de saúde.

Para concluir, é necessário que se faça uma descrição do seguinte:

- Organização do sistema de saúde
- Estado da investigação em cuidados primários no país
- Dados existentes sobre morbilidade, universo de pacientes, necessidades de saúde

## Escolher a área de investigação

Ao escolher um tema de investigação, tente responder ao seguinte: o que constitui problema na prática diária e o que é relevante para os cuidados primários. Outros factores são temas de interesse na sua rede. Conceba um plano ao longo de um período de tempo alargado, com objectivos de investigação claros para a unidade de investigação (rede local, departamento académico). Isto significa sustentabilidade e continuidade. O terceiro

factor engloba recursos, incluindo mão-de-obra necessária ao projecto, e possibilidades de financiamento. Em termos gerais, é aconselhável que a investigação em necessidades de cuidados primários se centre em competências nucleares da clínica geral e não em temas muito genéricos ou altamente especializados. A investigação em MGF deve ser relevante, original e exequível.

### Projecto de investigação que pretende realizar

#### É relevante para os CG, pacientes, contexto, país?

- São cuidados primários ou clínica geral?
- É contextualmente específico para o país?
- Qual o aspecto que vai poder melhorar mais?
- Os resultados do estudo são úteis e aplicáveis na prática, no ensino, na política, ou nos serviços de saúde?

#### É original e não repetitivo?

- Avaliar o actual estado da investigação, através da pesquisa bibliográfica.
- Repetir estudos em contexto local, ou com uma questão investigativa contextualmente específica, mas evitar estudos muito gerais ou vastos sobre doenças.

#### É exequível num determinado contexto e com os recursos existentes?

- É possível organizar uma equipa de investigação?
- Existem os recursos financeiros necessários?
- É possível criar uma rede de unidades de investigação (consultórios, centros de saúde)?
- O plano de investigação seria aceite por uma comissão de Ética?
- A metodologia e o objecto de investigação são exequíveis num determinado contexto, atendendo a aspectos de natureza religiosa, social e cultural?
- O investigador consegue obter uma amostra de tamanho e resultados adequados à prevalência da doença?

## Elaborar um bom projecto de investigação

Para se iniciar um projecto de investigação é preciso formular um bom protocolo de investigação, respeitando as seguintes etapas:

Formular um **objectivo** claro e uma **questão de investigação** exacta que possam traduzir-se em metodologia de investigação apropriada

- Definir parâmetros de medição
- Estabelecer rede de investigação (práticas, pacientes, apoio)
- Seleccionar competências necessárias
- Escolher materiais
- Calendarização (realista)
- Financiamento
- Estratégias de execução

#### Erros comuns na escolha de um tema e na elaboração de um plano de investigação

- Seleccionar tema clínico ou relacionado com uma doença, demasiado amplo ou complexo – e/ou não possuir experiência na matéria
- Subestimar importância de um objecto de estudo específico e bem identificado
- Haver demasiada ambição na escolha de projectos de intervenção que "vão mudar o mundo", em vez de pequenos projectos na prática clínica, ou ao nível local
- Sobrestimar o potencial dos dados que é possível obter

Seleccionar uma **metodologia de investigação** apropriada, optando primeiro por **métodos quantitativos ou qualitativos**. Empregar instrumentos validados e, se possível, evitar construir questionários próprios. Se não houver instrumentos adequados, ou questionários disponíveis, empregar certos instrumentos ou alguma investigação anterior e realizar estudo-piloto ou procedimento de validação. Os ECA e os ensaios clínicos clássicos são difíceis e dispendiosos; a originalidade, aqui, pode ser um factor importante. Ter em atenção que, se o objectivo do projecto de investigação for a melhoria da qualidade clínica, exige-se uma concepção deveras complexa e o objectivo é geralmente difícil de alcançar. Pequenas iniciativas de qualidade (auditorias) podem melhorar a qualidade dos cuidados localmente, mas raramente são um projecto de investigação original. Os requisitos de uma investigação qualitativa são a necessidade de uma boa questão de investigação, a escolha de uma técnica apropriada e um plano de análise realista. Ter em atenção que os conceitos e as hipóteses resultantes da investigação qualitativa não podem ser generalizados a toda a população.

#### Erros comuns na investigação quantitativa

- Resultados errados/irrelevantes/intermédios (i.e., satisfação, atitudes em vez de comportamento real, medidas biomédicas aproximadas, de importância limitada)
- Instrumentos errados/inválidos, questionários "caseiros"
- Cálculo/estimativa falhada do volume da amostra
- Estudos de intervenção: comparação falhada dos diferentes subgrupos na base (idade e sexo nem sempre são suficientes)
- Negligência dos efeitos da escolha, generalização sobrestimada
- Negligência de outras fontes de desvios
- Estatística/análise inapropriada
- Dados sobrestimados

#### Erros comuns na investigação qualitativa

- Questão de investigação desadequada
- Técnica errada (fixar contexto local)
- Amostragem inadequada
- Excessiva superficialidade
- Inexistência de um método de análise definido
- Conclusões quantitativas a partir de dados qualitativos
- Inexistência de abstracção, colagem às citações
- Defesa de uma elevada generalização

## Criar uma equipa de investigação

Quem faz parte da equipa de investigação e do grupo de pilotagem? Tentar arranjar pessoas experientes para apoiar e dar feedback. De quanto tempo dispõe(m) para a investigação?

O **trabalho em rede** é necessário para se construir uma boa **equipa de investigação**. Se for o/a único/a investigador/a no seu consultório ou centro de saúde, tente encontrar colegas na sua área, ou pedir o apoio de um colega ou departamento universitário. Se não conseguir, ponha em prática um projecto de melhoria da qualidade no seu próprio consultório, embora isso não seja um "projecto de investigação". Para criar uma capacidade investigativa mais ampla, estabelecer de preferência uma rede com outros serviços ou departamentos da universidade (Estatística, Ciências Sociais, Enfermagem, Farmácia). Cria assim a oportunidade de investigar diferentes aspectos dos cuidados primários.

Conseguir apoio nacional e internacional e tentar encontrar e consultar especialistas. Localizar pessoas, por exemplo, na Internet, à escala (inter) nacional, interessadas em objectos de investigação e metodologias semelhantes (existem redes de investigação qualitativa em alguns países e, de certeza, também com outros objectos de investigação e outras metodologias). Redes/organizações internacionais (por exemplo, a EGPRN) são uma boa forma de estabelecer contacto com esses investigadores.

**Questões práticas para organizar uma rede de investigação (CG, consultórios, centros de saúde)**

- Como recrutar participantes? Arranjar uma rede sustentável de consultórios. Dedicar-lhe algum tempo.
- Deixar colega CG participar na equipa de investigação. Essa pessoa pode motivar a participação de outros CG.
- Proporcionar formação adequada aos participantes no projecto de investigação.
- Motivar participantes: partilhar resultados, valorizar contributos, proporcionar grupo de apoio/rede e, muito importante, mostrar eventuais benefícios para qualidade do trabalho e pacientes.
- Com os profissionais locais, que participam (localmente) em conferências, por serem eles, eventualmente, os mais interessados em investigação.
- Procurar uma base de dados, ou contactar a lista dos CG que tenham participado em projectos anteriores (se possível, com mais informação, por exemplo, sobre experiência, actividades).
- Determinar um volume de trabalho sempre exequível.

Por último, são precisas estratégias de levantamento de temas de investigação (pacientes, CG, ou outros prestadores de cuidados).

**Desenvolver competências e frequentar cursos de investigação**

Fazer levantamento geral de competências de investigação necessárias para o projecto, talvez com a ajuda de um especialista, e um plano de financiamento, caso seja necessária formação complementar. A longo prazo, fazer esforço para garantir que competências de investigação integrem ensino clínico, quer ao nível da licenciatura, quer ao nível do desenvolvimento profissional contínuo.

**Possibilidades de melhorar competências de investigação**

- Cooperar com departamentos académicos (i.e., Estatística, Sociologia e demais departamentos de MGF)
- Organizar curso de metodologia de investigação e convidar participantes estrangeiros
- Participar em cursos de investigação existentes (por exemplo, da EGPRN)
- Tirar ilações do feedback das conferências

**Reflectir sobre as condições existentes**

Estes factores (infra) são facilitadores da investigação em clínica geral. Verificar se existem e se os pode integrar na estratégia de investigação.

**Condições para uma boa investigação em MGF**

- Sistema de registo, bons registos electrónicos de pacientes
- Intervenção rigorosa da comissão de Ética
- Acesso a (textos integrais de) bibliografia científica
- Centro de informação e recursos, perspectivas de financiamento

**Factores facilitadores de disseminação e aplicação de resultados de investigação**

- Revistas, eventual publicação, disseminação, contacto
- Conferências para apresentar investigação própria
- Institutos/associações científicas
- Representação académica, departamentos universitários

**Conclusão e debate****Conclusão**

A estrutura da nossa estratégia de investigação assenta nas competências formuladas pela Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (1). As competências nucleares da definição de MGF da WONCA Europa parecem não coincidir com a base de evidências. Há domínios e aspectos com um imenso volume de investigação, ao passo que outros são quase menosprezados, carecendo de uma grande investigação. No âmbito dos seis domínios, traçaram-se objectivos e metodologias de investigação apropriadas. Esses objectivos estão enumerados na Caixa 1 (infra) e representam os assuntos que, até à data, não têm sido grande objecto de investigação proporcionando, assim, uma agenda de investigação futura em MGF.

**Agenda de investigação futura****Agenda de investigação futura**

- Compreender melhor e definir claramente cada competência ou domínio (ou respectivos elementos).
- Desenvolver e validar instrumentos e medidas de resultados para cada competência ou domínio (ou respectivos elementos), tendo em conta complexidade e interações.
- Desenvolver métodos de formação/ensino nas várias competências de MGF e avaliar eficácia, incluindo impacto nos cuidados de saúde e resultados clínicos, no curto e longo prazo (sustentabilidade).
- Estudar percepções, perspectivas e preferências de médicos e pacientes sobre aspectos ou elementos específicos de cada domínio de investigação (por exemplo, questões de gestão clínica, comunicação, escolha e envolvimento do paciente).
- Avaliar eficácia e eficiência de abordagem centrada no paciente, de abordagem geral, de modelo de cuidados biopsicossociais e de cuidados de saúde orientados para a comunidade (em comparação com abordagem biomédica e especializada), incluindo diferentes modelos ou estratégias de gestão. As abordagens devem ser estudadas em populações inseridas em diversos contextos culturais, sociais, ou geográficos.
- Desenvolver bases de dados de cuidados primários como infra-estrutura dos cuidados de saúde e da investigação, incluindo estudar e melhorar a utilidade e validade dos dados dos registos electrónicos de pacientes de MGF.
- Realizar estudos longitudinais de alta qualidade sobre epidemiologia em cuidados primários, e desenvolvimento de doença ao longo do tempo, e considerar medidas de resultados clínicos, funcionais e de qualidade de vida. Estes estudos devem basear-se em dados dos cuidados primários, apresentar razões de consulta, diagnósticos e mapear episódios cuidados, e incluir dados sobre razões de consulta/episódios cuidados, diagnósticos, medidas de resultados funcionais e de qualidade de vida.
- Para além disso, tentar compreender de que modo as circunstâncias sociais, culturais e ambientais influenciam os diferentes estados de saúde das populações.
- Realizar estudos clínicos de cuidados primários sobre doenças e queixas diárias comuns em pacientes de MGF não seleccionados. Estes estudos deviam contemplar também interpretação de diagnósticos (queixas e sintomas como ponto de partida, sobre incerteza e complexidade, com estratégias graduais, incluindo espera vigilante e tratamento assumido de sintomas e centrados em métodos de diagnóstico simples ou portáteis e de ponto-de-cuidados) e ensaios terapêuticos (incluindo comparações de tratamentos estabelecidos, ensaios de paragem, estudos de segurança e intervenções não farmacêuticas).
- Explorar implicações de multimorbilidade ou aspectos curativos e preventivos dos cuidados nos mesmos pacientes.

Os artigos pesquisados na revisão da literatura, na sua maioria, eram estudos descritivos, análises de intervenções do curto prazo e investigação iniciada em hospital, ou por especialistas, e não estudos em contexto comunitário (mais ou menos bem definido). Um volume considerável de estudos era constituído por revisões não sistemáticas, ou estudos de opinião. Nessa medida, ao sintetizarmos resultados das diferentes competências ou domínios, enumerámos uma lista de recomendações sobre metodologias apropriadas para investigação futura em MGF.

## Metodologia de investigação apropriada

### Metodologia de investigação apropriada

- Os estudos deviam medir resultados clínicos relevantes, ou avaliar qualidade de vida em vez de focar, simplesmente, satisfação do paciente, maneira como os serviços são entendidos, ou (bio)marcadores intermédios.
- Inquéritos por questionário (estudos de atitudes) transversais e descritivos, ou análises de gráficos, pouco contribuem para o conhecimento na maior parte dos países e contextos. Contudo, estudos observacionais podem ser muito úteis para se abordar um novo contexto ou objecto de investigação.
- Os estudos qualitativos são importantes para avaliar preferências e perspectivas de médicos ou pacientes, abordar complexidade, explorar significado de resultados clínicos relevantes e, como primeiro passo, desenvolver instrumentos de medição.
- Os ensaios por controlo aleatório (ECA) fornecem evidências de alto nível sobre terapia, ou outras intervenções, se forem originais e externamente válidos (imparcialidade e efeitos de selecção).
- Em estudos interventivos, a esperada vantagem para "habituais" cuidados de clínica geral (e validade de comparador) devia ser atentamente analisada. Em particular, ao planejar-se estudos sobre intervenções no estilo de vida, ou sobre qualidade das melhorias dos cuidados, as evidências existentes deviam ser muito bem analisadas para apurar originalidade e validade externa.
- Estudos de coorte prospectivos, ou estudos de caso de controlo, podem ser boas soluções para avaliar riscos ou efeitos, aplicação de modelos de cuidados, ou programas educacionais.
- Os estudos longitudinais são importantes para avaliar cuidados totais continuados, efeitos de intervenção e sustentabilidade.
- Os métodos mistos são frequentemente úteis para se estudar um tema sob diferentes ângulos ou perspectivas: medir/observar o que (e quanto) acontece e encontrar razões.

Em alguns domínios ou competências nucleares, a falta de investigação é particularmente evidente. Há pouquíssima evidência sobre benefícios da abordagem holística e total em MGF (em comparação com uma abordagem biomédica e especializada). Relativamente à abordagem holística, existe uma dicotomia entre inexistência óbvia de investigação e evidência e consenso quase implícito sobre a importância deste elemento essencial da MGF. Assim, a WONCA Europa devia reflectir e reconsiderar conceito e estatuto de competência nuclear.

Embora "abordagem total" esteja ligeiramente mais bem definida, nota-se igualmente notória falta de investigação e evidência. De facto, o conceito parece mais amplo e com classificação mais alta do que as restantes competências. Realmente, o termo MeSH "cuidados de saúde totais", que significa prestar toda a gama de serviços de saúde de diagnóstico, tratamento, seguimento e reabilitação de pacientes, mostra, em subtítulo, "cuidados de saúde primários" e "cuidados centrados no paciente". Talvez "abordagem total" devesse deixar de ser uma competência nuclear separada. Numa versão mais recente da definição de MGF, da WONCA, e da Agenda de Ensino e Educação da EURACT, a WONCA Europa talvez possa reflectir na multidimensionalidade dos elementos nucleares da MGF e considerar um modelo, cuja abordagem geral e possível centralidade da pessoa sejam aspectos transversais ou em posição superior.

## Discussão de metodologias

As competências nucleares da definição europeia foram utilizadas para estruturar a revisão da literatura e o texto da Agenda de Investigação. Ao definir os respectivos domínios de investigação, as 11 características da disciplina mereceram tratamento igual; surgem no documento, embora não em capítulos individuais. Mesmo assim, esta estrutura não é a única possibilidade de se criar uma agenda e pode ser considerada uma forma invulgar de abordar evidências. Há uma grande diferença entre a abordagem da Agenda, baseada na definição europeia, e o modo como, normalmente, se faz investigação. Na planificação de projectos de investigação, os tópicos são escolhidos localmente, segundo interesses locais, questões específicas e incentivos. Muita da investigação pesquisada existe para dar resposta a questões específicas, muitas vezes locais, sobre problemas clínicos, aspectos organizativos, ou melhoria dos cuidados. Consequentemente, a bibliografia científica fornece uma imagem algo dispersa e fragmentada, em contraste com a meta-perspectiva inerente às características e competências da definição da WONCA Europa e, em muitos aspectos, é incompleta. Uma estrutura alternativa, que implicasse diferentes estratégias de pesquisa bibliográfica (com base em determinadas questões de investigação, por exemplo, gestão de uma doença, eficácia de determinada intervenção preventiva, comparação de sistemas de saúde nacionais) teria fornecido resultados mais pormenorizados, ou aprofundados, sobre essa mesma questão. No entanto, teria sido impossível cobrir toda a área de MGF. Para além disso, cada abordagem teria implicado uma determinada visão da matéria, que provavelmente não seria igualmente aceitável ou relevante em toda a Europa. A definição europeia de MGF é geralmente aceite, sintetiza o essencial da disciplina e proporciona, assim, um enquadramento exequível e relevante para a Agenda de Investigação. Como previsto, a Agenda de Investigação dá informação sobre a base de evidências da definição europeia e associações com a agenda de ensino da EURACT.

Esta Agenda de Investigação baseia-se sobretudo em pesquisa bibliográfica total e numa revisão de actividades de investigação da EGPRN, e conta com o apoio de workshops e inquéritos de opinião internacionais. Na pesquisa bibliográfica, usou-se a PubMed como motor de busca básico; não se fez uma pesquisa sistemática de outras bases de dados bibliográficas (por exemplo, Embase e ERIC). Esta abordagem excluiu muitas revistas nacionais de MGF. Contudo, a equipa de autores, multinacional, possuía conhecimento especializado e noções gerais de literatura local e cinzenta. Para seleccionar e escolher literatura para todos os domínios, os autores não utilizaram lista de controlo sistemático de escolha de qualidade, ou procedimentos idênticos, por não ser exequível nem apropriado fazê-lo. No entanto, aplicaram critérios geralmente reconhecidos para seleccionar e apreciar estudos de investigação (como se refere no processo de selecção de resumos da EGPRN e demais conferências), procedimentos de análise interpares de revistas científicas, e escolha crítica da literatura. A maior parte das pesquisas, escolhas e sínteses da literatura foram revistas e debatidas várias vezes por vários elementos da equipa de autores até se chegar a um consenso.

Os termos MeSH revelaram-se muito mal adaptados aos artigos de literatura de CG quanto a taxonomia e níveis de indexação. Nem todos os estudos considerados ECA, ou meta-análise, o eram. Termos de sintomas estavam, normal e imediatamente, ligados a doença ou diagnóstico. Muitos estudos de MGF, ou relevantes para cuidados primários, não estavam identificados com termos MeSH "medicina familiar" ou "cuidados de saúde primários". Contudo, muitos estudos iniciados por especialistas consideravam-se relevantes para CG, e era assim que estavam catalogados quando, na realidade, não o eram. Em contrapartida, alguns estudos aparentemente da especialidade, publicados em revistas da especialidade, revelaram-se altamente importantes para MGF, mas nem sempre foram facilmente identificados. Qualquer pesquisa MeSH é uma solução de compromisso entre abordagem sensível, susceptível de inúmeras leituras não específicas, e estratégias de pesquisa muito sofisticadas, ainda não completamente refinadas, mas que excluem uma série de títulos eventualmente relevantes. Isto é particularmente preocupante numa área de investigação em que abordagens especializadas e de CG se sobrepõem muito significativamente, i.e., em investigação clínica. Em determinados domínios de investigação, os termos MeSH são muito abrangentes e não mostram uma boa correlação com a definição da WONCA Europa.

## Discussão baseada noutra bibliografia de investigação em MGF

A definição europeia de MGF tem desempenhado um papel importante na configuração da disciplina, definindo conteúdos, domínios de investigação e estratégias para o século XXI. Contudo, até à data, essa definição revela disparidades sistemáticas em relação às evidências da investigação (2). Esta Agenda de Investigação utilizou a definição para dar informação sobre o actual estado das evidências e respectivas necessidades de investigação. Os resultados, i.e., as prioridades de investigação propostas, juntamente com respectivas e apropriadas metodologias de estudo, deviam ser aplicáveis na maior parte dos países europeus, e até em países não europeus, se a capacidade de investigação fosse tida em consideração.

Em 1966, Mc Whinney descreveu, pela primeira vez, o domínio de investigação em medicina familiar. Apresentava a epidemiologia da doença nos cuidados primários e aspectos clínicos como, por exemplo, avaliação de sintomas, testes ou sinais de diagnóstico e aspectos psicossociais (3). Nas décadas seguintes, juntaram-se estratégias clínicas e um foco na família e investigação sobre métodos educacionais, serviços de saúde e estudos das respectivas políticas (4-8). No início da década de 1990, realçou-se a importância de investigar a perspectiva do paciente, como complemento à opinião do médico, bem como a relação entre médico de família e paciente e respectiva família. A responsabilidade dos médicos de família para com a comunidade também foi destacada (9, 10).

Desde 2000, vários artigos de opinião e alguns estudos de investigação têm contribuído para o debate. Muitos especialistas sugeriram uma agenda de investigação que clarificasse e desse prioridade às necessidades de investigação em MGF (11, 12) e que fosse um contributo específico da MGF para a ciência da Medicina (2) e para a política e serviços de saúde (13-15).

Vários artigos avaliaram situações específicas ou locais. Investigadores norte-americanos estudaram a posição dos investigadores de MGF, comparando-os com outros especialistas, na candidatura a bolsas de investigação (16, 17), na capacidade de investigação dos formandos ou dos departamentos norte-americanos de medicina familiar (18, 19). A produtividade dos programas do RU na promoção da investigação em MGF foi avaliada por Carter e Kernick (20, 21). Reviu-se política e condições sociais nos países em vias de desenvolvimento (22, 23), e necessidades de investigação em contextos rurais (24).

Os objectivos, teor e resultados expectáveis da investigação em MGF foram tidos em conta, numa perspectiva mais geral, por especialistas internacionais na matéria, i.e., na WONCA Research Conference, em Kingston, Ontário, Canadá, em 2003, o mesmo acontecendo aos relatórios publicados (2, 11, 14, 15, 23, 25-30) e a alguns artigos posteriores (14, 31, 32). O desenvolvimento da investigação foi revisto, numa perspectiva diacrónica, e as agendas de investigação (10, 30) também. Estes estudos definem os requisitos infra-estruturais e realçam a importância da MGF e respectiva investigação para serviços e política de saúde. Referem que o contributo de uma MGF de alta qualidade – os cuidados primários – é essencial a um sistema de saúde eficaz e os intervenientes cada vez mais reconhecem este facto. Os resultados da investigação em MGF dão aos decisores elementos sobre a forma sustentável, eficaz e equitativa de prestar cuidados de saúde, com base em evidências, que contribuem, assim, para corroborar a tomada de decisões éticas e sociais para melhorar globalmente a saúde. Esta tomada de decisões, por um lado, permite a aproximação entre investigação clínica ou biomédica fundamental e prestação de cuidados a uma população em geral e, por outro, constitui um elo de ligação entre investigação médica e ciências humanísticas. Para se conseguir tudo isto, o financiamento devia ser adequado e direccionado para projectos de investigação que satisfaçam necessidades dos pacientes, analisem condições que contribuem significativamente para a carga de doença das populações e que tenham em conta factores que influenciam a aplicação de resultados. Organizações profissionais internacionais, ou associações científicas, desempenham o papel de centros de orientação para a informação, fornecendo bases de dados e acesso a instrumentos de investigação, facilitando formação e trabalho em rede aos investigadores. É por todos reconhecido que a MGF carece de maior capacidade de investigação, e vários estudos centram-se na estratégia para o conseguir, sobretudo ao nível do sistema (15, 27, 29, 31), ou atendendo ao desenvolvimento de redes de práticas de investigação (11, 20, 23, 28, 33). A nossa Agenda de Investigação complementa estes estudos com uma estrutura que abrange investigadores individuais que exercem a actividade em ambientes com baixa capacidade.

Os requisitos infra-estruturais incluem ainda o reconhecimento da MGF no mundo científico, aspecto essencial numa candidatura a financiamento. Deve melhorar-se a representatividade dos temas e revistas científicas de MGF: como é salientado pela nossa Agenda de Investigação, a terminologia MeSH não reflecte bem o teor da MGF. O facto de o Index Medicus resumir a classificação MGF à categoria "medicina", em vez de a reconhecer como especialidade, é uma desvantagem (2, 11, 15, 27). Mesmo assim, a produção de investigação em MGF aumentou nestes últimos anos (34). Foi referida a extrema utilidade de se criar um método de medição do impacto dos resultados da investigação na sociedade e na política de saúde (35).

Vários artigos tentaram elaborar agendas de investigação sugerindo temas, reconhecida e particularmente, importantes. De facto, algumas agendas autodenominadas agendas de investigação estão realmente limitadas a assuntos, ou áreas de investigação, muito específicos como, por exemplo, sintomas inexplicáveis (36), serviços de saúde em áreas rurais (24), informática dos cuidados primários (37), saúde mental (38), escolha da carreira de MGF (39).

Há outros artigos com uma perspectiva mais ampla e geral nas revisões que apresentam; muitos, incluindo os de Kingston, são da autoria de reconhecidos especialistas internacionais. Contudo, nenhum apresenta abordagem sistemática, ou estrutura temática, predefinida. Muitos estudos afirmam que a utilização de uma ampla gama de metodologias, com abordagens inicialmente desenvolvidas em áreas distintas da medicina, é essencial para a investigação em MGF e um dos seus pontos fortes (2). No entanto, nenhum deles liga metodologias e temas de investigação. As áreas e os temas de investigação considerados importantes podem resumir-se às seguintes categorias (11- 15, 26-28):

- Investigação clínica de diagnóstico, terapia e prevenção de doenças comuns, com abordagem pragmática, centrada na eficácia, e não na eficiência, que reflecte multidimensionalidade e diversidade dos cuidados primários e inclui estratégias específicas como, por exemplo, espera vigilante, ou continuidade dos cuidados.
- Investigação em epidemiologia em cuidados primários, incluindo avaliação da carga de doença, causas de saúde e doença (incluindo factores ambientais, culturais, comportamentais e psicossociais), monitorização no longo prazo da história natural de sintomas e desenvolvimento de resultados clínicos.
- Investigação da influência de factores contextuais (política, cultura, condições sociais, ambientes locais) na saúde, participação dos pacientes, papel da relação e comunicação, equilíbrio provas vs opiniões dos pacientes, desenvolvimento de resultados orientados para os pacientes.
- Investigação em serviços de saúde, incluindo economia da saúde, eficácia e equidade da prestação de cuidados de saúde, modelos cuidados, competências de gestão clínica e do sistema de saúde, melhoria da qualidade, integração de serviços, cooperação interdisciplinar.
- Investigação em estruturas de orientação para a comunidade e interesses comunitários equilibrados vs interesses individuais.
- Ética: genómica, racionamento dos cuidados, populações vulneráveis, comunidade vs necessidades individuais, consenso internacional.
- Ensino, desenvolvimento profissional, aplicar evidências nos cuidados.

Muitas destas áreas também figuram nesta Agenda de Investigação (embora investigação em serviços de saúde, prevenção e ética seja menos proeminente). Para além disso, realça tópicos já devidamente contemplados e sugere temas mais específicos (por exemplo, multimorbilidade, estudos de coorte longitudinais, investigação em epidemiologia com base em razões de consulta e episódios de doença) e infra-estruturas e metodologias apropriadas (por exemplo, necessidade de bases de dados apropriadas em cuidados primários e de melhoria da qualidade dos registos electrónicos de pacientes para a investigação).

Em suma, esta Agenda de Investigação oferece uma perspectiva inovadora e complementa o actual debate sobre investigação em MGF. É única pela abordagem sistemática que faz, pela vasta gama de tópicos que apresenta e por contemplar metodologias e temas de investigação.

## Implicações

A Agenda de Investigação é um documento de fundo e um manual de referência para CG/médicos de família, investigadores e decisores, que defende a MGF na Europa. Pode servir ainda de estudo de referência em todo o mundo, uma vez que não existem documentos destes para outras regiões da WONCA. A Agenda de Investigação sintetiza evidências das características e competências nucleares da definição da WONCA Europa de MGF e do seu significado para investigadores e decisores. Um plano de desenvolvimento da MGF para investigar um "novo" contexto indica aquilo que tem importância imediata em países com pouca capacidade de investigação. As necessidades de investigação e a falta de evidências são assinaladas para servirem de base a um eventual plano de investigação e de acção que possa influenciar a política de investigação e saúde, i.e., exercício de influências/candidatura a fundos de investigação. Este documento reconhece e inclui *feedback* enviado por muitas partes, organizações e especialistas internacionais. No entanto, os pacientes e as organizações de pacientes não participaram formalmente na preparação deste estudo. Os autores agradecem um debate mais aprofundado e o documento está aberto a alterações.

### Implicações para a WONCA Europa, EGPRN e outros organismos de investigação

A Agenda de Investigação pode ajudar a WONCA Europa a aperfeiçoar definição e alvos europeus e a debater a sua política e estratégia futura. A WONCA Europa e as suas redes devem olhar para a base de evidências da definição de MGF e rever posições e afirmações, se necessário. O conceito de seis competências nucleares devia ser posto de parte e substituído por um modelo com quatro dimensões:

- Aspectos clínicos ou relativos a problemas
- Aspectos relativos à pessoa, incluindo abordagem holística total centrada na pessoa
- Aspectos orientados para a comunidade (incluindo equidade e diversidade)
- Aspectos de gestão (nível clínico ou do sistema)

A WONCA Europa e a EGPRN deviam ter em conta as prioridades da Agenda de Investigação ao planear projectos, cursos, ou conferências futuras e em questões de financiamento. Os organismos de investigação também deviam fornecer ou disseminar instrumentos de investigação úteis, i.e., *thesaurus*, sistemas de classificação apropriados e instrumentos de investigação validados. A WONCA e todas as redes de investigação de CG deviam ter e manter uma opinião generalista sobre elementos nucleares da MGF, proporcionando assim protecção para muitos grupos de interesses especiais que, por vezes, tendem a lançar alguma confusão neste campo e a adoptar uma opinião especializada. Cada projecto de investigação devia reflectir estas quatro dimensões (supra).

### Implicações para os pacientes

Os pacientes constituem objecto de estudo, mas as suas necessidades deviam ser a força impulsionadora da investigação e dos cuidados de saúde. A investigação e os temas escolhidos deviam ser relevantes para CG e pacientes e deviam ter impacto local. Nesta medida, a investigação em MGF devia ser relevante e aplicável na comunidade local, em contexto (internacional) mais amplo, ou em ambos. Uma investigação relevante tem o mérito de alterar práticas e consubstanciar políticas e, em última análise, fortalece a disciplina.

Políticas e investigações futuras deviam contemplar as seguintes dimensões:

- Escolhas e preferências dos pacientes
- Envolvimento dos pacientes (1 - 7)
- Direitos dos pacientes, aspectos éticos e consentimento esclarecido
- Organizações de pacientes e respectivos papéis

Investigação sobre ética e participação dos pacientes são aspectos fulcrais no desenvolvimento da investigação em MGF/cuidados primários. Deviam contemplar-se mais a abordagem ética da investigação, mecanismos que inserem a ética na prática da investigação e aprovação ética formal. As propostas de investigação deviam ser desenvolvidas segundo princípios éticos absolutamente fundamentais e uma sólida autoridade. Para a investigação colaborativa internacional, seria útil um conselho de ética europeu.

### Implicações para a investigação

Até à data, muita da actual investigação em saúde apresenta um pendor biomédico, frequentemente centrado na doença. Pouca atenção é dada à forma como novos tratamentos ou tecnologias são inseridos na rotina da prestação de cuidados ao paciente, em particular, na prestação de cuidados primários, e se são eficazes e eficientes no contexto diário. Este campo negligenciado é central na investigação em MGF e devia ser alvo de maior atenção e financiamento. A investigação futura não devia centrar-se nas doenças, mas integrar princípios da MGF como, por exemplo, centralidade da pessoa, ou equidade, e centrar-se nos cuidados primários. A investigação devia perceber que saúde é mais do que ausência de doença e que tem de ser avaliada ao longo do tempo. O contexto de complexas interacções entre pessoas e médicos de família (e demais prestadores de cuidados), que eventualmente cobrem múltiplos problemas de saúde do mesmo paciente, são temas importantes. Os novos desafios à investigação em MGF incluem igualmente implicações da sociedade multicultural, da diversidade e de questões de equidade, sem esquecer os avanços tecnológicos e o crescente conhecimento em genómica.

A investigação em MGF fornece a base de evidência para orientações, que são ferramentas importantes na aplicação prática do conhecimento médico. Têm a capacidade de reduzir a variabilidade indesejável na prestação de cuidados, de estabelecer metas para a qualidade da prestação de cuidados de saúde e de apoiar o ensino clínico e o desenvolvimento profissional contínuo.

A investigação futura devia centrar-se em prioridades e necessidades realçadas nesta Agenda de Investigação e respeitar características nucleares da disciplina e particularidades dos pacientes dos cuidados primários. Os estudos que focam a investigação em serviços de saúde, humanidades, ou medicina biopsicossocial são parte importante da investigação em MGF. A vantagem para o actual conhecimento devia ser atentamente analisada na fase de planificação. Instrumentos existentes e medidas de resultados deviam ser revistos e pensados, para que pudessem ligar e comparar investigação. Por exemplo, em projectos de melhoria da qualidade, nem sempre é apropriado considerar cuidados "habituais" como comparador presumivelmente inferior. Uma investigação que realce os benefícios da clínica geral / cuidados primários, de acordo com os conceitos descritos na definição, pode ajudar a corroborar a importância da disciplina em relação a outras especialidades e a outros decisores.

A investigação em MGF e cuidados primários na Europa podia ser melhorada com a criação de redes sustentáveis e uma maior capacidade de investigação (1,2,8,9). Na Europa, há grandes diferenças regionais no que diz respeito à capacidade de investigação em MGF e cuidados primários. Esta situação sugere a necessidade de uma infra-estrutura europeia, de apoio à formação e ao intercâmbio de investigação em cuidados primários, que devia ser adaptada localmente ("agir localmente, pensar globalmente"). Devia ser facilitado o intercâmbio de metodologias e conhecimento científico entre investigadores de países com uma infra-estrutura de investigação em cuidados primários bem estabelecida e investigadores de países com infra-estruturas em processo de desenvolvimento. Este processo de intercâmbio mútuo entre "especialistas" e "principiantes" irá fazer crescer o desenvolvimento de uma MGF académica em países actualmente com uma infra-estrutura relativamente reduzida na matéria. Este desenvolvimento é essencial para o avanço da disciplina nestes países.

### Implicações editoriais

Os cuidados primários e a investigação em cuidados primários têm de lidar com diferenças de sistemas de cuidados de saúde e antecedentes culturais, mais do que a especialidade ou a medicina hospitalar, nas quais o impacto do avanço científico e tecnológico é mais directo. A Europa é uma manta de retalhos composta por diferentes sistemas de cuidados de saúde de países com um grau de desenvolvimento societal e económico

variável. Existem igualmente grandes diferenças na capacidade de investigação em cuidados primários. O processo de análise interpares e a política editorial das revistas científicas da área da clínica geral/cuidados primários deviam respeitar estas diferenças regionais e manter os mais elevados padrões de qualidade. A Agenda de Investigação constitui um recurso, baseado em evidências, para decisões ou políticas editoriais.

## Implicações políticas

A Agenda de Investigação devia ser tida em conta na planificação de programas de investigação, ou prestação de cuidados de saúde, porque realça as evidências dos benefícios da MGF e dos cuidados primários, em geral, e de aspectos específicos dos cuidados. As referidas necessidades de investigação deviam ser tidas em conta em decisões de financiamento ou planificação estratégica. Os especialistas em MGF deviam participar em todos os órgãos de decisão, em matéria de política de saúde, ou de financiamento de investigação, na área da saúde. Esta Agenda de Investigação e respectivas sugestões de investigação futura realçam a importância dos cuidados primários para os pacientes e ao nível do sistema de saúde. A promoção da investigação em MGF, tal como é proposta na Agenda, exige a garantia contínua de uma boa infra-estrutura de investigação em todos os países, que inclui o seguinte:

- Acesso facilitado a bibliografia científica, bases de dados e comunidade científica (participação em conferências e cursos) independente dos laboratórios farmacêuticos.
- Financiamento apropriado para departamentos académicos, institutos de investigação e projectos de investigação em MGF. O montante do financiamento tem de reflectir a importância da disciplina, no sistema de cuidados de saúde, e deve providenciar uma infra-estrutura adequada e suficientemente estável no tempo para permitir investigação longitudinal.
- Execução de registos médicos electrónicos através de sistemas de codificação apropriados, que reflectam a realidade dos cuidados primários (ICPC) e forneçam dados adequados para as bases de dados de investigação.
- Fornecer e manter bases de dados de investigação adequadas para mapear os cuidados primários (i.e., com base em registos médicos electrónicos). Estes dados deviam respeitar a segurança e privacidade e têm de estar acessíveis e ser adequados a objectivos de saúde pública, de autoridade de saúde e também ao seguinte:
  - projectos de melhoria da qualidade (incluindo *feedback* clínico com fornecimento de dados, auditorias);
  - investigação em serviços de saúde e MGF clínica (incluindo estudos de diagnóstico, amostragem para estudos quantitativos e qualitativos, e estudos longitudinais).

## Agradecimentos

A EGPRN e os autores desta Agenda de Investigação gostariam de agradecer à WONCA Europa o financiamento de inúmeras reuniões, bem como os custos de *layout* e impressão deste documento.

Agradecemos sinceramente a contribuição e os comentários de inúmeras instituições e pessoas, nomeadamente, Conselho e membros da EGPRN, Conselho Executivo da WONCA Europa, EQUiP, EURACT e outras redes da WONCA Europa, grupos de Interesses Especiais da WONCA Europa e inúmeros departamentos universitários de MGF na Europa.

Gostariamos de agradecer igualmente a contribuição dos participantes nos workshops onde se apresentaram os textos provisórios da Agenda de Investigação.

Um agradecimento especial, pelo pormenorizado *feedback*, a:

Professor André Knottnerus, M.D., Ph.D., Departamento de Clínica Geral de Universidade de Maastricht e Presidente do Conselho da Saúde dos Países Baixos, Haia, Países Baixos

Professor Associado Harm van Marwijk, M.D. Ph.D., Departamento de Clínica Geral e EMGO-Instituto de Investigação na área da Saúde e Cuidados da VU University Medical Centre de Amsterdão, Países Baixos

Dr. Johannes Hauswaldt, M.D., M.P.H., Instituto de Clínica Geral, Hannover Medical School, Alemanha

Dr. Bettina Berger, Instituto das Ciências da Saúde Transculturais, European University Viadrina, Frankfurt (Oder), Alemanha

## Anexos

### Perspectiva das estratégias de pesquisa

#### Gestão dos cuidados primários

- "organização e administração" [termos MeSH] com "cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] e/ou "medicina familiar" [MeSH]
- "gestão clínica" com "cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] e/ou "medicina familiar" [MeSH], "serviços de saúde" [MeSH], "clínico, ensino" [Majr MeSH]
- "acessibilidade dos serviços de saúde" [Majr MeSH] com "cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] e/ou "medicina familiar" [MeSH]
- "sistemas de registos médicos, computadorizados" [termos MeSH] com "cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] e/ou "medicina familiar" [MeSH]

#### Centralidade do paciente

"cuidados centrados no paciente" [Majr MeSH] com

- "cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] e/ou "medicina familiar" [MeSH]
- "continuidade dos cuidados ao paciente" [MeSH]

#### Competências de resolução de problemas específicos

O termo "faringite" (associado a "anginas" em MeSH) foi utilizado como termo doença específica em pesquisas exemplificativas sobre diagnóstico e terapia, e o termo "insuficiência cardíaca", como doença crónica exemplificativa. As infecções do trato urinário / disúria e a diabetes foram outras situações utilizadas em pesquisas exemplificativas. Nas conclusões, os autores abordaram igualmente o seu conhecimento especializado geral de investigadores e analistas.

#### Generais, para classificação semi-quantitativa

- "medicina familiar" [MeSH], limites: últimos 5 anos, ensaios clínicos, ECA

#### Diagnóstico

- "diagnóstico" [MeSH] E "cuidados primários" [MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH]
- termo MeSH doença específica E "epidemiologia" [MeSH]
- termo MeSH doença específica E "tomada de decisões" [MeSH]
- "erros de diagnóstico" [MeSH]
- "reações negativas falsas" [MeSH]
- "reações positivas falsas" [MeSH]
- "variação de observador" [MeSH]
- "espera vigilante" (termo geral)

#### Terapia

- termo MeSH doença específica E "terapêutica" [Maj MeSH] OU "terapia de fármacos" [MeSH]
- termo MeSH doença específica E "terapia de fármacos" [MeSH]
- termo MeSH doença específica E "terapias complementares" [MeSH]

#### Cuidados crónicos

- termo MeSH doença específica E "cuidados a longo prazo" [MeSH] E "medicina familiar" [MeSH]

#### Reabilitação

- termo MeSH doença específica E "reabilitação" [MeSH] E "cuidados de saúde primários" [MeSH]

#### Qualidade dos cuidados

- termo MeSH doença específica E "garantia de qualidade, cuidados de saúde" [MeSH] E "medicina familiar" [MeSH]

#### Tomada de decisões (partilhada)

- "relações médico-doente" [MeSH] E "medicina familiar" [MeSH]: abordagem muito ampla e não específica.
- "tomada de decisões" [MeSH] com ou sem "medicina familiar" [MeSH] ("tomada de decisões partilhada" não é termo MeSH)

#### Investigação em serviços de saúde

- "resolução de problemas" [MeSH] com todos os subtítulos E "serviços de saúde" E ("medicina familiar" OU "médico de família")
- com "gestão da qualidade" [MeSH]
- "cuidados primários" [MeSH] E "gestão de doenças" [MeSH] E "serviços de saúde" [MeSH]
- com "gestão de cuidados colaborativos", "reabilitação", "cuidados centrados no paciente", "assistentes frequentes", "promoção de estilo de vida saudável", "continuidade dos cuidados de saúde"

#### Genética

- "genética" [MeSH] E "medicina familiar" [MeSH], limites: humana
- "genética" [MeSH] E "cuidados de saúde primários" [MeSH]

#### Investigação educacional

- "clínico, ensino" [termos MeSH] E "resolução de problemas" [termos MeSH] E ("medicina familiar" [TIAB] NÃO Medline [SB]) OU "medicina familiar" [termos MeSH] OU clínica geral [TextWord]) OU ("cuidados de saúde primários" [TIAB] NÃO Medline [SB]) OU "cuidados de saúde primários" [termos MeSH] OU cuidados primários [TextWord])

## Abordagem total

#### Geral para cuidados totais

- "cuidados de saúde totais" [MeSH] E "cuidados primários" [MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH]
- "cuidados de saúde totais" [Majr] E ("cuidados de saúde primários" [TIAB] NÃO Medline [SB]) OU "cuidados de saúde primários" [termos MeSH] OU cuidados primários [TextWord]) OU ("medicina familiar" [TIAB] NÃO Medline [SB]) OU "medicina familiar" [termos MeSH] ou medicina de família [TextWord]) OU ("medicina familiar" [TIAB] NÃO Medline [SB]) OU "medicina familiar" [termos MeSH] OU clínica geral [TextWord]) E Meta-Análise [ptyp] NÃO "cuidados dentários totais" [MeSH]

#### Promoção da saúde

- ("cuidados de saúde totais" [MeSH] OU "cuidados de saúde primários" [MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH]) E "Promoção da saúde" [Majr MeSH] NÃO enfermagem, limites: meta-análise

#### Prevenção

- ("prevenção e controlo" [Subtítulo] OU "prevenção primária" [MeSH]) E ("cuidados de saúde totais" [MeSH] OU "cuidados de saúde primários" [MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH])

#### Cuidados paliativos

- "cuidados de saúde totais" [MeSH] E "cuidados paliativos" [MeSH] E ("cuidados de saúde primários" [MeSH] OU "médicos, família" [MeSH])

**Ensino**

- ("ensino" [MeSH] OU "educação" [MeSH] OU "educação" [Subtítulo] OU "materiais de ensino" [MeSH]) E "cuidados de saúde totais" [MeSH] E "medicina familiar" [Majr MeSH]

Uma série de artigos sobre enfermagem não são relevantes na medicina familiar. Assim, excluímo-los para inserirmos na ocorrência "NÃO enfermagem".

**Orientação para a comunidade**

Visto não haver um termo MeSH explícito para cuidados primários orientados para a comunidade, utilizamos uma combinação de vários termos:

- ("redes comunitárias" [MeSH] OU "serviços de saúde comunitária" [MeSH] OU "planejamento da saúde comunitária" [MeSH] OU "relações institucionais-comunitárias" [MeSH] OU "ajudas de saúde comunitária" [MeSH] OU "enfermagem de saúde comunitária" [MeSH] OU "centros de saúde comunitária" [MeSH] OU "medicina comunitária" [MeSH] OU "participação do consumidor" [MeSH] OU "prestação de cuidados de saúde" [MeSH]) E ("cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH] NÃO "saúde pública" [MeSH])
- ("grupos minoritários" [MeSH] E "procura e necessidades dos serviços de saúde" [MeSH] OU "utilização/redes comunitárias") E ("cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH])
- "características de residência" [MeSH] E "cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH]
- "comunidade" E ("medicina familiar" [MeSH] OU "médicos, família" [MeSH]) E "educação" [Majr MeSH]

**Abordagem holística**

- "saúde holística" [Majr MeSH] E ("cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH])
- "saúde holística" [Majr MeSH] E ("cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] OU "medicina familiar" [Majr MeSH]) E "investigação em serviços de saúde" [Majr MeSH]
- "saúde holística" [Majr MeSH] E ("cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] E "educação" (Subtítulo) E "investigação" [MeSH] OU "investigação" [TextWord])
- "saúde holística" [Majr MeSH] E ("investigação biomédica" [MeSH] OU "investigação em enfermagem clínica" [MeSH] E "social, psicologia" [MeSH] OU "clínica, sociologia" [MeSH]) E "cuidados de saúde primários" [Majr MeSH]

**Complexidade**

- "complexidade" [Campos Todos] E ("cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH])

**Competência cultural**

- ("competência cultural" [MeSH] OU "cultura" [MeSH]) E ("cuidados de saúde primários" [Majr MeSH] OU "medicina familiar" [MeSH])

**Referências bibliográficas por capítulo****Referências: Introdução**

1. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-2025.
2. Okkes I, SK, Oskam, Lamberts H. The Probability of Specific Diagnoses for Patients Presenting with Common Symptoms to Dutch Family Physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 31-36.
3. Wonca-Europe definition of Family Medicine. 2005. <http://www.woncaeurope.org/> (accessed on July 7, 2009).
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.
5. World Health Organisation (WHO). The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization, Geneva: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (accessed on July 7, 2009).
6. Rawaf S, Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 1365-1367.
7. Boelen C, Haq CVH, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: the contribution of family medicine A guidebook. A collaborative project of the World Organization of Family Doctors (Wonca) and the World Health Organization (WHO). Singapore, 2002.
8. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Glasgow, 2006.
9. World Health Organisation (WHO). Declaration of Alma Ata. 1978. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) (accessed on July 11, 2009)
10. Health Council of the Netherlands. European Primary Care. The Hague, 2004 (Publication No. 2004/20E).
11. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? HEN Synthesis Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
12. Starfield B. Is Primary Care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
13. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38: 831-65.
16. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48: 275-84.
17. McDonald J, Cumming J, Harris MF, Powell Davies G, Burns P. "Systematic review of systemwide models of comprehensive primary health care." Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales 2006.
18. Lionis C, Carelli F, Soler JK. Developing academic careers in family medicine within the Mediterranean setting. *J Fam Pract* 2004; 21: 477-478.
19. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam Pract* 2004; 21: 587-593.
20. Anonymous. Editorial. Is primary-care research a lost cause. *Lancet* 2003; 36: 977.
21. Lindblad U, Hakansson A. Is there a future for primary care research? *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 65-66.

22. De Maeseneer J, van Driel M, Green, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-9.
23. Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, Van Weel C. The state of primary care research. *Lancet* 2004; 364: 1004-1006.
24. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

## Referências: Metodologia

1. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam Pract* 2004; 21: 587-593.
2. Topsever P, Rotar-Pavli D, Lionis C, Soler JK, Hummers Pradier E, Hakansson A, Stoffers H, Van Royen P. European Research Capacity in General Practice/Family Medicine: A multiple key informant survey. EGPRN paper 2008.
3. Lange M, Hummers Pradier E. EGPRN abstracts June 2001- May 2006. Content and study design. Abstract presented Nijmegen conference May 2007: <http://www.egprn.org> (accessed on July 7, 2009).
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: The role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.
5. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

## Referências: Gestão dos cuidados primários

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
2. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* 1996; 43: 40-8.
3. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; 6: 116-23.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
5. WHO Europe. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO 2004 <http://www.euro.who.int/Document/E82997.pdf> (accessed on August 3, 2009)
6. Kendrick T, Burns T, Freeling P. Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients. *BMJ* 1995; 311: 93-8.
7. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 355: 185-91.
8. Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, O'Carroll R, Howie K, Iliffe S. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ* 2006; 332: 692-6.
9. Chiba N, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Escobedo S, Grace E, Lee J, Sinclair P, Barkun A, Armstrong D, Thomson AB. Economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication in the CADET-Hp randomized controlled trial of *Helicobacter pylori*-positive primary care patients with uninvestigated dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 349-58.

10. Reynolds CF 3rd, Degenholtz H, Parker LS, Schulberg HC, Mulsant BH, Post E, Rollman B. Treatment as usual (TAU) control practices in the PROSPECT Study: managing the interaction and tension between research design and ethics. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16: 602-8.
11. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, Harris S, Rivero-Arias O, Gerard K, Thompson C. A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GPstudy. *Health Technol Assess* 2005 ; 9: 1-104.
12. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD001271.
13. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*. 1998; 88: 1330-6.
14. Rohrer JE, Bernard M, Naessens J, Furst J, Kircher K, Adamson S. Impact of open-access scheduling on realized access. *Health Serv Manage Res*. 2007; 20: 134-9.
15. Lasser KE, Mintzer IL, Lambert A, Cabral H, Bor DH. Missed appointment rates in primary care: the importance of site of care. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16: 475-86.
16. Bundy DG, Randolph GD, Murray M, Anderson J, Margolis PA. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics* 2005; 116: 82-7.
17. Solberg LI, Maciosek MV, Sperl-Hillen JM, Crain AL, Engebretson KI, Asplin BR, O'Connor PJ. Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? *Am J Manag Care*. 2004; 10: 717-22.
18. Smits FT, Brouwer HJ, Ter Riet G, van Weert HH. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 2009; 9: 36.
19. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (4): CD005471.
20. Slade M, Gask L, Leese M, McCrone P, Montana C, Powell R, Stewart M, Chew-Graham C. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health services: lessons from a multi-site cluster randomized controlled trial. *J Fam Pract* 2008; 25: 181-90.
21. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD003798.
22. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3): CD004910.
23. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care* 2008; 14: 213-24.
24. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 878-84.
25. Liu CF, Hedrick SC, Chaney EF, Heagerty P, Felker B, Hasenberg N, Fihn S, Katon W. Cost effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 698-704.
26. Rossignol M, Abenhaim L, Séguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T, Shapiro S. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000; 25: 251-8.
27. Kunz R, Wegscheider K, Guyatt G, Zielinski W, Rakowsky N, Donner-Banzhoff N, Müller-Lissner S. Impact of short evidence summaries in discharge letters on adherence of practitioners to discharge medication. A cluster-randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 456-61.
28. Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, Baillie H, Watt G. Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care interface. *BMJ* 2001; 322: 1282-4.
29. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernández C, Alonso A, del Pozo F, de Toledo P, Antó JM, Rodríguez-Roisín R, Decramer M. Members of the CHRONIC Project. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J*. 2006; 28: 123-30.

30. Vlek JF, Vierhout WP, Knottnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, Crebolder HF. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 108-12.
31. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *J Fam Pract* 2002; 19: 529-36.
32. ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press 1998.
33. Okkes I, Jamoulle M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *J Fam Pract* 2000; 17: 101-7.
34. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskam SK, Green LA, Lamberts H. The role of family practice in different health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract* 2002; 51: 72.
35. Soler JK, Okkes I, Lamberts H, Wood M. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *J Fam Pract* 2008; 25: 312-317.
36. Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 1997 summary. *Adv Data* 1999: 1-28.
37. Wood L, Martinez C. The general practice research database: role in pharmacovigilance. *Drug Saf* 2004; 27: 871-81.
38. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C, Hapgood R, Horsfield P, Teasdale S, Johnson C. The electronic patient record in primary care—regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 1439-43.
39. eHID - Electronic Medical Records for Health Indicator Data. Europe: European Community Action I the field of Public Health (2003-2008) –Strand I: Health Information, Priority 2.2.5: eHealth. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2003/action1/action1\\_2003\\_19\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_19_en.htm) (accessed on July 7, 2009).
40. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49-50.
41. McCormick A, Fleming D, Carlton J. "Morbidity Statistics from General Practice. Fourth National Study 1991-1992." London: 1995: Office of Population Censuses and Surveys.
42. Van Weel, C. The Continuous Morbidity Registration Nijmegen: Background and history of a Dutch general practice database. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 Suppl 1: 5-12.
43. Bartholomeeusen S, Kim CY, Mertens R, Faes C, Buntinx F. The denominator in general practice, a new approach from the Intego database. *J Fam Pract* 2005; 22: 442-7.
44. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (4): CD004180.
45. Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4): CD003164.
46. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD003798.
47. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein D. Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63: 321-7.
48. Lauritzen T, Jensen MS, Thomsen JL, Christensen B, Engberg M. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *Scand J Public Health*. 2008; 36: 650-61.
49. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Miller P, Kerslake R, Pringle M. The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomised (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-69.

50. Richards SH, Bankhead C, Peters TJ, Austoker J, Hobbs FD, Brown J, Tydeman C, Roberts L, Formby J, Redman V, Wilson S, Sharp DJ. Cluster randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost-effectiveness of two primary care interventions aimed at improving attendance for breast screening. *J Med Screen* 2001; 8: 91-8.
51. van Wijk MA, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, van Bommel JH. Assessment of decision support for blood test ordering in primary care. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2001; 134: 274-81.
52. Shannon GR, Wilber KH, Allen D. Reductions in costly healthcare service utilization: findings from the Care Advocate Program. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1102-7.
53. Black MM, Nair P, Kight C, Wachtel R, Roby P, Schuler M. Parenting and early development among children of drug-abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics* 1994; 94: 440-8.
54. Shuval K, Berkovits E, Netzer D, Hekselman I, Linn S, Brezis M, Reis S. Evaluating the impact of an evidence-based medicine educational intervention on primary care doctors' attitudes, knowledge and clinical behaviour: a controlled trial and before and after study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13: 581-98.
55. Bahn TJ, Cronau HR, Way DP. A comparison of family medicine and internal medicine experiences in a combined clerkship. *Fam Med* 2003; 35: 499-503.
56. McNulty CA, Thomas M, Bowen J, Buckley C, Charlett A, Gelb D, Foy C, Sloss J, Smellie S. Improving the appropriateness of laboratory submissions for urinalysis from general practice. *J Fam Pract* 2008; 25: 272-8.
57. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638-44.
58. Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 20.

## Outras referências e principais estudos

### Registo de morbilidade

- NAMCS. (1995, 1996, 1997). Ambulatory Care Visits to Physician Offices, Hospital Outpatient Departments, and Emergency Departments: United States 1995, 1996, 1997 [Series 13, No. 129, 134, 143]. USA; NAMCS.
- Marsland DW, Wood M, Mayo F. Content of family practice. Part I. Rank order of diagnoses by frequency. Part II. Diagnoses by disease category and age/sex distribution. *J Fam Pract*. 1976; 3: 37-68.
- Marsland DW, Wood M, Mayo F. A data bank for patient care, curriculum, and research in family practice: 526,196 patient problems. *J Fam Pract*. 1976; 3: 25-8.

### Referências: Cuidados centrados na pessoa

1. Balint M. The doctor, his patient and the illness, Pitman Medical Publ. London 1957.
2. Balint M, Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock, London. 1961.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-1110.
4. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322:468-72.
5. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patientcentered medicine. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 17-25.
6. Starfield B. Is Primary Care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

7. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J, EUROPEP. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882-7.
8. Lorig KR, Ritter PL, Dost A, Plant K, Laurent DD, McNeil I. The Expert Patients Programme online, a 1-year study of an Internet-based self-management programme for people with long-term conditions. *Chronic Illn* 2008; 4: 247-56.
9. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partridge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Self-management education for patients with chronic pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4): CD002990.
10. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4): CD005108.
11. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26:1-7.
12. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469-75.

## Outras referências e principais estudos

### Definição e estudos sobre melhor definição do conceito

- Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice *Soc Sci Med* 2001; 53: 487-505.
- De Haes H, Dillemas in patient centredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Pat Educ Couns* 2006; 62: 291-8.
- Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective – theoretical aspects. *J Fam Pract* 2001; 18: 638-43.

### Preferências, crenças e experiências de médico e paciente de abordagem / comunicação biomédica vs abordagem / comunicação centrada no paciente também em continuidade

- Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 488-95
- Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 283-289.
- Schers H, Bor H, van den Bosch W, Grol R. GP's attitudes to personal continuity: findings from everyday practice differ from postal surveys. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 536-8
- Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.

### Efeitos de abordagem centrada no paciente ou comunicação

- Bower R, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counseling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2006
- Kidd J, Marteau TM, Robinson S, Ukoumunne OC, Tydeman C. Promoting patient participation in consultations: a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient-focused interventions. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 107-12.
- Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3): CD004910.

- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.

### Educação – Efeito dos programas de formação

- Hobma S, Ram P, Muijtens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication; a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 580-6.
- Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, de Torres LP. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *J Fam Pract* 2001; 18: 60-3.
- Yudkowsky R, Downing SM, Ommert D. Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. *Patient Educ Couns*. 2006; 62: 368-73.

### Instrumentos para medir centralidade do paciente

- Mercer SW, Howie JG. CQI-2 – a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 262-8.
- Pawlikowska TR, Nowak PR, Szumilo-Grzesik W, Walker JJ. Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument in Poland. *J Fam Pract* 2002; 19: 197-201.

### Referências: Competências de resolução de problemas específicos

1. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt H-P, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331: 321-7.
2. Ames D, Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Zimmermann. For debate: is the evidence for the efficacy of cholinesterase inhibitors in the symptomatic treatment of Alzheimer's disease convincing or not? *Int Psychogeriatr* 2008; 20: 259-92.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann H, GRADE working group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924-6.
4. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaeij N, Aerts M, Knottnerus JA, Delooz H. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract*. 2001; 18: 586-9.
5. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006; 4: 104-8.
6. Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, Altman DG, Tunis S, Haynes B, Oxman AD, Moher D, CONSORT group, Pragmatic Trials in Healthcare Group. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ* 2008; 337: 2390.
7. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavey J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001; 322: 336-42.
8. Hippisley-Cox J, Coupland C. Risk of myocardial infarction in patients taking cyclooxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ* 2005; 330: 1366.
9. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 367-75.
10. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ* 2007; 334: 1016-7.
11. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntutu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 51.

**Competências de resolução de problemas específicos**

12. Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE Jr, Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 47.
13. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005; 3: 209-14.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff* 2004; 20: 64-78.
15. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299-305.
16. Bodenheimer, T, Grumbach, K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York 2007.
17. Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD, Levan RK, Gur-Arie S, Richards MS, Hasselblad V, Weingarten SR. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am J Med* 2004; 117: 182-92.
18. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005; 11: 478-488.
19. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Grol R. Shared decision making. Measurement using the OPTION instrument. Cardiff: Cardiff University; 2005.
20. Grol R, Mesker P, Schellevis F. Peer review in general practice. Methods, standards, protocols. 1 ed. Nijmegen: Nijmegen University, Department of General Practice; 1988.
21. Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford General Practice Series, 32. Oxford: Oxford University Press; 1995.
22. Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:110-1.
23. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, Vale L, Zwarenstein M. Systematic review of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 298-303.
24. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, Sibbald B, Roland M. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 641-5
25. www.equip.ch (accessed on July 11, 2009)
26. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *J Family Pract* 2003; 20: 443-451.
27. Baker R, Hearnshaw H, Cooper A, Cheater F, Robertson N. Assessing the work of medical audit advisory groups in promoting audit in general practice. *Qual Health Care* 1995; 4: 234-9.
28. Roland M, Baker R. Clinical Governance – a practice guide for primary care teams. Manchester: University of Manchester; 1999.
29. Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995; 70: 1-71.
30. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998; 48: 991-7.
31. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1-34.
32. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Butterworth Heinemann; 2005.
33. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thompson MA. Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-8.
34. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33-42.
35. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients 'and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 315-9.
36. Roland M. The Quality and Outcomes Framework: too early for a final verdict. *Br J Gen Pract* 2007; 57:525-7.
37. Verstappen WH. 2003: Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians - a randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 2407-2412.
38. Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract* 2004; 10:457-466.
39. Watson E, Clements A, Yudkin P, Rose P, Bukach C, Mackay J, Lucassen A, Austoker J. Evaluation of the impact of two educational interventions on GP management of familial breast/ovarian cancer cases: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 817-21.
40. Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Watson MS, Douglas A, Miedzybrodzka Z, Gordon R, Wordsworth S, Campbell M, Haites N, Grant A. Cluster randomized trial of a multifaceted primary care decision-support intervention for inherited breast cancer risk. *J Fam Pract*. 2006; 23: 537-44.
41. Greco, P.J. und Eisenberg, J.M. Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993; 329: 1271-1274.
42. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abbound PAC, Rubin AR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-1465.
43. Grimshaw, J.M. und Russell, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-1322.
44. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-5.
45. Boland M. Wants and needs in continuing medical education. *Aust Fam Physician*. 1997; 26 Suppl 1:S53-5.
46. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49-50.

## Outras referências e principais estudos

### Condições agudas: Anginas – epidemiologia e etiologia da condição

- Bisno AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 752-758.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does This Patient Have Strep Throat? *JAMA* 2000; 284: 2912-2918.
- Evans CE, McFarlane AH, Norman GR. Sore throats in adults: Who sees a doctor? *Can Fam Physician* 1982; 28:453-8.
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 615-9.
- McIsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits by adults to family physicians for the common cold. *J Fam Pract* 1998; 47: 366-9.
- Zwart S, Ruijs GJ, Sachs AP, van Leeuwen WJ, Gubbels JW, de Melker RA. Beta-haemolytic streptococci isolated from acute sore-throat patients: cause or coincidence? A case-control study in general practice. *Scand J Infect Dis* 2000; 32: 377-384.

### Condições agudas: Anginas – complicações perigosas preveníveis, estudadas em ECA nos cuidados primários

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 589-93.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD 000023.
- Howie JGR, Foggo B. Antibiotics, sore throats and rheumatic fever. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 223-224.
- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-54.
- Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003; 327:1324-1330.

### Condições agudas: Anginas – avaliação de sintomas – investigação de diagnóstico

- Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decision Making* 1981; 1: 239-46.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. Does this patient have strep throat? *JAMA* 2000; 284: 2912-2918.
- Gulich M, Triebel T, Zeitler HP. Development and validation of a simple, two-step algorithm to identify streptococcal infection in adults with sore throat. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 58-62.
- Hjortdahl P, Melbye H. Does near-to-patient testing contribute to the diagnosis of strep tococcal pharyngitis in adults? *Scand J Prim Health Care* 1994; 12:70-76
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermark G, Steinholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 615-9.
- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med* 2007; 5: 436-43.
- McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998; 158: 75-83.
- McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ* 2000; 163: 811-5.

### Condições agudas: Anginas – benefícios e riscos da terapia com antibióticos

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 589-593.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD 000023.
- Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997; 314:722-727.
- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med*. 2007; 5: 436-43.
- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-54.

### Condições agudas: Anginas – prevenção de complicações

- De Meyere M, Mervielde Y, Verschraegen GBM. Effect of Penicillin on the clinical course of streptococcal pharyngitis in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 43: 581-5.
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermark G, Steinholt IM, Hjortdahl P. Predictors for spread of clinical group A streptococcal tonsillitis within the household. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 239-43.
- Little P, Gould C, Williamson I, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997; 315: 350-352.
- Sharland M, Kendall H, Yeates D, Randall A, Hughes G, Glasziou P, Mant D. Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis, and rheumatic fever in children: time trend analysis. *BMJ* 2005; 331: 328-329.

### Condições crónicas: Insuficiência cardíaca – investigação de diagnóstico

- Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK. Reliability of N-terminal proBNP assay in diagnosis of left ventricular systolic dysfunction within representative and high risk populations. *Heart*. 2004; 90: 866-70.
- Hobbs FD. Unmet need for diagnosis of heart failure: the view from primary care. *Heart* 2002; 88: 9-11.
- Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK, Kenkre JE. Reliability of N-terminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. *BMJ* 2002; 324: 1498
- Zaphiriou A, Robb S, Murray-Thomas T, Mendez G, Fox K, McDonagh T, Hardman SM, Dargie HJ, Cowie MR. The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: results of the UK natriuretic peptide study. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7: 537-41.
- Rutten FH, Moons KG, Cramer MJ, Grobbee DE, Zuithoff NP, Lammers JW, Hoes AW. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. *BMJ* 2005; 331: 1379.
- Dosh SA. Diagnosis of heart failure in adults. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2145-52.

### Condições crónicas: Gestão da insuficiência cardíaca

- Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005 ; 118: 342-8.
- Subramanian U, Fihn SD, Weinberger M, Plue L, Smith FE, Udris EM, McDonell MB, Eckert GJ, Temkit M, Zhou XH, Chen L, Tierney WM. A controlled trial of including symptom data in computer-based care suggestions for managing patients with chronic heart failure. *Am J Med* 2004; 116: 375-84.
- Hickling JA, Nazareth I, Rogers S. The barriers to effective management of heart failure in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 615-8.

### Condições crónicas: Insuficiência cardíaca – outros estudos

- Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Poole-Wilson PA, Suresh V, Sutton GC. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. *Eur Heart J* 1999; 20: 421-8.
- Morris SA, Van Swol M, Udani B. The less familiar side of heart failure: symptomatic diastolic dysfunction. *J Fam Pract* 2005; 54: 501-11.
- Nielsen OW, Hilden J, Larsen CT, Hansen JF. Cross sectional study estimating prevalence of heart failure and left ventricular systolic dysfunction in community patients at risk. *Heart* 2001; 86: 172-8.
- Morgan S, Smith H, Simpson I, Liddiard GS, Raphael H, Pickering RM, Mant D. Prevalence and clinical characteristics of left ventricular dysfunction among elderly patients in general practice setting: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 318: 368-72.

- Scherer M, Stanske B, Wetzel D, Koschack J, Kochen MM, Herrmann-Lingen C. [Disease-specific quality of life in primary care patients with heart failure] *Z Arztl Fortbild Qualitatss* 2007;101: 185-90.
- Lloyd-Williams F, Beaton S, Goldstein P, Mair F, May C, Capewell S. Patients 'and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. *Chronic Illn* 2005; 1: 39-47.

### Tomada de decisões partilhada

- Légaré F, Tremblay S, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Jacobsen MJ. Factors associated with the difference in score between women's and doctors' decisional conflict about hormone therapy: a multilevel regression analysis. *Health Expect* 2003; 6: 208-21.
- Briel M, Young J, Tschudi P, Hugenschmidt C, Bucher HC, Langewitz W. Shared-decision making in general practice: do patients with respiratory tract infections actually want it? *Swiss Med Wkly* 2007; 137: 483-5.
- Longo MF, Cohen DR, Hood K, Edwards A, Robling M, Elwyn G, Russel IT. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 35-42.
- Lester H, Tait L, England E, Tritter J. Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 415-22.

### Tomada de decisões em contexto de incerteza

- Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 755-62.
- Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005; 330: 511.

### Gestão de doenças / cuidados crónicos

- Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005; 118: 342-8.

### Genética

- Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Wordsworth S, Gray JR, Haites NE, Grant A, Campbell MK, Miedzybrodzka Z, Clarke A, Watson MS, Douglas A. Improving the referral process for familial breast cancer genetic counselling: findings of three randomised controlled trials of two interventions. *2005; 9: 1-126.*
- Robins R, Metcalfe S. Integrating genetics as practices of primary care. *Soc Sci Med* 2004; 59: 223-33.
- Carroll JC, Brown JB, Blaine S, Glendon G, Pugh P, Medved W. Genetic susceptibility to cancer. Family physicians' experience. *Can Fam Physician* 2003; 49: 45-52.
- Bekker H, Modell M, Denniss G, Silver A, Mathew C, Bobrow M, Marteau T. Uptake of cystic fibrosis testing in primary care: supply push or demand pull? *BMJ* 1993; 306: 1584-6.

### Investigação educacional

- Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.
- Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 875-82.

- Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (4): CD003539.
- Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (3): CD005471.
- Sohn W, Ismail AI, Tellez M. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviors: an overview of published systematic reviews. *J Public Health Dent* 2004; 64: 164-72.
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach* 2006; 28: 117-28.
- Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof* 2007; 27: 6-15.

### Referências: Abordagem total

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
2. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165: 986-95.
3. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327: 536-42.
4. Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (1): CD001025.
5. Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol M* 2003; 33: 203-15.
6. Bower P, Byford S, Barber J, Beecham J, Simpsom S, Friedli K, Corney R, King M, Harvery L. Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitations in economic analyses. *BMJ* 2003; 326: 1247-50.
7. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (3): CD004910.
8. Van Sluijs EM, van Poppel MN, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? *Am J Prev Med* 2004; 26: 330-43.
9. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30: 428-34.
10. Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (1): CD004273.
11. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1244-5.
12. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148: 147-59.
13. Evans R, Stone D, Elwyn G. Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. *J Fam Pract* 2003; 20: 304-10.
14. Wittenberg-Lyles EM, Sanchez-Reilly S. Palliative care for elderly patients with advanced cancer: a long-term intervention for end-of-life care. *Patient Educ Couns* 2008; 71: 351-5.
15. Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 876-82.

Abordagem total

16. Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 530-5.
17. Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (3): CD005471.
18. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (4): CD004180.
19. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (2): CD003318.
20. van Weel C, Mattsson B, Freeman GK, de Meyere M, von Fragstein M; EU Socrates Programme, Primary Health Care! General practice based teaching exchanges in Europe. Experiences from the EU Socrates programme, primary health care! *Eur J Gen Pract* 2005; 11: 122-6.
21. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.
22. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *J Fam Pract* 2000; 17: 422-7.
23. Freudenstein U, Howe A. Recommendations for future studies: a systematic review of educational interventions in primary care settings. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 995-1001.

## Outras referências e principais estudos

### Abordagem total (geral)

- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-11.

### Abordagem total e prevenção

- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, Lissel SL, McAlister FA. Secondary prevention programmes for coronary heart disease: a meta-regression showing the merits of shorter, generalist, primary care-based interventions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 538-46.

## Referências: Orientação para a comunidade

1. Kark SL, Kark E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr J Med Sci* 1983; 19: 707-13.
2. Nutting PA, Wood M, Conner EM. Community-oriented primary care in the United States. A status report. *JAMA* 1985; 253: 1763-6.
3. Nutting PA. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research, and education. *Am J Prev Med* 1986; 2: 140-7.
4. Tollman S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Soc Sci Med* 1991; 32: 633-42.
5. Nevin JE, Gohel MM. Community-oriented primary care. *Prim Care* 1996; 23: 1-15.
6. Longlett SK, Kruse JE, Wesleuy RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 54-63.
7. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002; 92: 1748-55.
8. Mettee TM, Martin KB, Williams RL. Tools for community-oriented primary care: a process for linking practice and community data. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 28-33.
9. Britt H, Scahill S, Miller G. ICPC PLUS for community health? A feasibility study. *Health Inf Manag* 1997-1998; 27: 171-5.

10. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trinidad TG, Oliveira MM, Pinto ME. Quality and effectiveness of different approaches in primary care in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 156.
11. Fletcher AE, Price GM, Ng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Breeze E, Nunes M, Jones DA, Latif A, Fasey NM, Vickers MR, Tulloch AJ. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004; 364: 1667-77.
12. Gillam S, Schamroth A. The Community-Oriented Primary Care Experience in the United Kingdom. *Am J Public Health* 2002; 92: 1721-1725.
13. Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model. *Int J Health Serv.* 2003; 33: 85-98.
14. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, Demonte RW Jr, Chodosh J, Cui X, Vassar S, Duan N, Lee M. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2006; 145: 713-26.
15. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 295: 2148-57.
16. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, Ricketts GD. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007; 298: 2623-33.
17. Chen PH, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan KY, Johnson MS. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med.* 2007; 5: 430-5.
18. Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G, Phelan M, Yates HE, Blenkinsopp A, Sim J. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2006; 333: 995.
19. Thomas KS, Muir KR, Doherty M, Jones AC, O'Reilly SC, Bassey EJ. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 752.
20. van,t Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P, Stalman W, Beekman A. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC Public Health* 2006; 6: 186
21. Short LM, Surprenant ZJ, Harris JM Jr. A community-based trial of an online intimate partner violence CME program. *Am J Prev Med* 2006; 30: 181-5.
22. Clancy DE, Yeager DE, Huang P, Magruder KM. Further evaluating the acceptability of group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2007; 33: 309-14.
23. Parker DR, Assaf AR. Community interventions for cardiovascular disease. *Prim Care* 2005; 32: 865.
24. Széles G, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Pocsai Z, Bajtay A, Papp E, Pásti G, Kósa Z, Molnár I, Lun K, Adány R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur J Public Health* 2005; 15: 26-32.
25. Wiesemann A, Metz J, Nuessel E, Scheidt R, Scheuermann W. Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. (Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention). *Int J Sports Med* 1997; 18: 308-15.
26. Proser, M. Deserving the spotlight: health centers provide high-quality and cost-effective care. *J Ambulat Care Manage* 2005; 28: 321-30.
27. Proser MJ, Christianson JB, Grogan CM. Alternative models for the delivery of rural health services. *Rural Health* 1990; 6: 419-36.
28. Giesen P, van Lin N, Mokkink H, van den Bosch W, Grol R. General practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *BMC Health Serv Res.* 2007; 7: 19.

29. van Uden CJ, Zwietering PJ, Hobma SO, Ament AJ, Wesseling G, van Schayck OC, Crebolder HF. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2005; 6: 23.
30. Connor A, Rainer LP, Simcox JB, Thomisee K. Increasing the delivery of health care services to migrant farm worker families through a community partnership model. *Public Health Nurs.* 2007; 24: 355-60.
31. Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, Bradford J, Pounds MB, Cabral HD. Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21: 177-86.
32. Knightbridge SM, King R, Rolfe TJ. Using participatory action research in a community-based initiative addressing complex mental health needs. *Aust NZ J Psychiatry.* 2006; 40: 325-32.
33. Kreling BA, Cañar J, Catipon E, Goodman M, Pallesen N, Pomeroy J, Rodriguez Y, Romagoza J, Sheppard VB, Mandelblatt J, Huerta EE. Latin American Cancer Research Coalition. Community primary care/academic partnership model for cancer control. *Cancer.* 2006; 107: 2015-22.
34. Murray SA. Experiences with „rapid appraisal“ in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. *BMJ* 1999; 318: 440-444.
35. Hopton JL, Dlugolecka M. Need and demand for primary health care: a comparative survey approach. *BMJ* 1995; 310: 1369-1373.
36. Pepall, E., Earnest, J., James, R. Understanding community perceptions of health and social needs in a rural Balinese village: results of a rapid participatory appraisal. *Health Promot* 2007; 22: 44-52.
37. Fisher B, Neve H, Heritage Z. Community development, user involvement, and primary health care. *BMJ* 1999; 318: 749-750.
38. Wilkinson JR, Murray SA. Health needs assessment: Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. *BMJ* 1998; 316: 1524-1528.
39. Murray SA, Graham LJ. Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood. *BMJ* 1995; 310: 1443-8.
40. Jackson AK. Cultural competence in health visiting practice: a baseline survey. *Community Pract* 2007; 80: 17-22.
41. Gorin SS, Ashford AR, Lantigua R, Hossain A, Desai M, Troxel A, Gemson D Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening among primary care physicians in an underserved community. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 110-21.
42. Flores G, Fuentes-Afflick E, Barbot O, Carter-Pokras O, Claudio L, Lara M, McLaurin JA, Pachter L, Ramos-Gomez FJ, Mendoza F, Valdez RB, Villarruel AM, Zambrana RE, Greenberg R, Weitzman M The health of Latino children: urgent priorities, unanswered questions, and a research agenda. *JAMA* 2002; 288: 82-90.
43. Giachello AL, Arrom JO, Davis M, Sayad JV, Ramirez D, Nandi C, Ramos C; Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. Reducing diabetes health disparities through community-based participatory action research: the Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. *Public Health Rep.* 2003; 118: 309-23.
44. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report. *J Community Health.* 1992; 17: 231-45.
45. Brill JR, Ohly S, Stearns MA. Training community-responsive physicians. *Acad Med.* 2002; 77: 747.
46. Albritton TA, Wagner PJ. Linking cultural competency and community service: a partnership between students, faculty, and the community. *Acad Med.* 2002; 77: 738-9.
46. Albritton TA, Wagner PJ. Linking cultural competency and community service: a partnership between students, faculty, and the community. *Acad Med.* 2002; 77: 738-9.
47. Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge. *Fam Med* 2006; 38: 399-407.
48. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.

49. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 141-7.
50. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N, Bartlett G, Grand'Maison P, Brailovsky C. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ* 2005; 331: 1002.
51. Peleg R, Biderman A, Polacek Y, Tandeter H, Scvartzman P. The family medicine clerkship over the past 10 years at Ben Gurion University of the Negev. *Teach Learn Med.* 2005; 17: 258-61.

### Outras referências e principais estudos

- Westfall J, Stevenson J. A guided tour of community-based participatory research: an annotated bibliography. *Ann Fam Med* 2007; 5: 185-186.
- A review of recent publications on community-based participatory research is available on. <http://www.fmdrl.org/879> (accessed on July 7, 2009).
- van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. *Lancet* 2008; 372: 871-872.

### Referências: Abordagem holística

1. Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
2. Engel, GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.
3. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.
4. Byrne D. Complexity Theory and the Social Sciences: an introduction. Routledge, London 1998.
5. Griffiths, F. Complexity and primary healthcare research In: Sweeney K and Griffiths F. Complexity and Healthcare. An introduction. Radcliffe Medical Press, Oxford 2002: 149-66
6. Pink J, Jacobson L, Pritchard M. The 21st century GP: physician and priest? *Br J Gen Pract* 2007; 57: 840-2.
7. Bailey T. The evolution of family medicine. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1113-4.
8. van Weel C, Orbon K, van der Gulden J, Buijs P, Folgering H, Thoonen B, Schermer T. Occupational health and general practice: from opportunities lost to opportunities capitalised? *Med Lav* 2006; 97: 288-94.
9. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7:55.
10. Checkland K, Harrison S, McDonald R, Grant S, Campbell S, Guthrie B. Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 General Practitioner contract. *Social Health Illn* 2008; 30: 788-803.
11. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for patients with limited English proficiency: the perspectives of small group practitioners. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 341-6.
12. Sussman AL, Rivera M. 'Be gentle and be sincere about it': a story about community-based primary care research. *Ann Fam Med* 2008; 6: 463-5.
13. Meeuwesen L, Tromp F, Schouten BC, Harmsen JA. Cultural differences in managing information during medical interaction: how does the physician get a clue? *Patient Educ Couns* 2007; 67: 183-90.
14. Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Med Educ* 2005; 39: 465-75.
15. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Abdool SN. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Pat Educ Couns* 2006; 61: 236-45.

16. Green AR, Betancourt JR, Park ER, Greer JA, Donahue EJ, Weissman JS. Providing culturally competence care: residents in HRSA Title VII funded residency programs feel better prepared. *Acad Med* 2008; 83: 1071-9.
17. Marion GS, Hildebrandt CA, Davis SW, Marin AJ, Crandall SJ. Working effectively with interpreters: a model curriculum for physician assistant students. *Med Teach* 2008; 30: 612-7.
18. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 343-50.
19. Checkland K, Harrison S, Marshall M. Is the metaphor of 'barriers to change' useful in understanding implementation? Evidence from general medical practice. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 95-100.

## Outras referências e principais estudos

### Saúde holística – geral

- Kemper, KJ. Holistic pediatrics = good medicine. *Pediatrics* 2000; 105: 214-8
- Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med* 2007; 39: 425-31.
- Checkland K. Changing the lens: widening the approach to primary care research. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8: 248-50.
- Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1595-604.
- Bower P, Gask L, May C, Mead N. Domains of consultation research in primary care. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 3-11.
- Tovey P, Adams J. Primary care as intersecting social worlds. *Soc Sci Med* 2001; 52: 695-706.
- Kleinman A. The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *J Fam Pract* 1983; 16: 539-45.

### Investigação em serviços de saúde – abordagem holística

- Griffiths T, Giarchi G, Carr A, Jones P, Horsham S. Life mapping: a 'Therapeutic Document' approach to needs assessment. *Qual Life Res* 2007; 16: 467-81.
- Klimenko E, Julliard K, Lu SH, Song H. Models of health: a survey of practitioners. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 258-67.
- Hofmann B. Respect for patients' dignity in primary health care: a critical appraisal. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 88-91.
- Chatziarsenis M, Lionis C, Faresjo T, Fioretos M, Trelle E. Community-based medical systems advancement in a hospital-primary health care centre in Crete, Greece: concepts, methods, and the new role of the general practitioner. *J Med Syst* 1998; 22: 173-88.

### Educação – abordagem holística

- Maudlin J, Keene J, Kobb R. A road map for the last journey: home telehealth for holistic end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 399-403.
- Truant T, Bottorff JL. Decision making related to complementary therapies: a process of regaining control. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 131-42.
- Brown JB, Stewart M, McWilliam CL. Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 121-9.
- Thornton L. The Model of Whole-Person Caring: creating and sustaining a healing environment. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 106-15.

- Donadio G. Improving healthcare delivery with the transformational whole person care model. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 74-7.
- Ellis S. The patient-centred care model: holistic/multiprofessional/reflective. *Br J Nurs* 1999; 8: 296-301.

## Complexidade

- Cape J, Morris E, Burd M, Buszewicz M. Complexity of GPs' explanations about mental health problems: development, reliability, and validity of a measure. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 403-8, 410.
- Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns* 2006; 62: 323-9.
- Jones IR, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G, Hillier S, Rowlands G, Curtis S. Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Soc Sci Med* 2004; 59: 93-102.
- Khan N, Bower P, Rogers A. Guided self-help in primary care mental health: meta synthesis of qualitative studies of patient experience. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 206-11.
- Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-2.
- Rowlands G, Sims J, Kerry S. A lesson learnt: the importance of modeling in randomized controlled trials for complex interventions in primary care. *J Fam Pract* 2005; 22: 132-9.

## Competência cultural

- Eakin EG, Bull SS, Riley K, Reeves MM, Gutierrez S, McLaughlin P. Recruitment and retention of Latinos in a primary care-based physical activity and diet trial/ The Resources for Health study. *Health Educ Res* 2007; 22:361-71.
- Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 1275-85.
- Schouten BC, Meeuwesen L, Tromp F, Harmsen HA. Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctor's communicative behaviour. *Patient Educ Counc* 2007; 67: 214-23.
- Thom DH, Tirado PD. Development and validation of a patient-reported measure of physician cultural competency. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 636-55.
- Tucker CM, Mirsu-Paun A, Van den Berg JJ, Ferdinand L, Jones JD, Curry RW, Rooks LG, Walter TJ, Beato C. Assessments for measuring patient-centered cultural sensitivity in community-based primary care clinics. *J Natl Med Assoc* 2007; 99: 609-19.
- Whitford DL, Chan WS. A randomized controlled trial of a lengthened and multidisciplinary consultation model in a socially deprived community: a study protocol. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 38.

## Referências: Iniciar investigação em clínica geral num país com pouca capacidade e fracos recursos

1. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care BMC Fam Pract 2005; 6-44.

### Outras referências e principais estudos

- Dobbs F, Soler JK, Sandholzer H, Yaman H, Petrazzuoli F, Peremans L, Van Royen P. The development of research capacity in Europe through research workshops – the EGPRN perspective. *Fam Pract*. 2009; 26: 331-4.
- Sarre G, Cooke J. Developing indicators for measuring Research Capacity Development in primary care organizations: a consensus approach using a nominal group technique. *Health Soc Care Community*. 2008 [Epub ahead of print].
- Cooke J, Nancarrow S, Dyas J, Williams M. An evaluation of the 'Designated Research Team' approach to building research capacity in primary care. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 37.
- Ried K, Farmer EA, Weston KM. Bursaries, writing grants and fellowships: a strategy to develop research capacity in primary health care. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 19.
- Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 44.
- Shaw S, Macfarlane F, Greaves C, Carter YH. Developing research management and governance capacity in primary care organizations: transferable learning from a qualitative evaluation of UK pilot sites. *Fam Pract*. 2004; 21: 92-8.
- Lansang MA, Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 764-70.
- Sparks BLW, Gupta SK. Research in family medicine in developing countries. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-59.
- Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; 81: 1-72.

## Referências: Debate e conclusão

1. Wonca-Europe definition of Family Medicine. (2005). <http://www.woncaeurope.org/> (accessed on July 7, 2009).
2. Svab I. Changing Research Culture. *Ann Fam Med* 2004; 2: 30-34.
3. McWhinney IR. General practice as an academic discipline: Reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1966; 1: 419-423.
4. Geyman JP. Toward a research base in family practice. *J Fam Pract* 1975; 2: 3.
5. Wood M, Stewart W, Brown TC. Research in family medicine. *J Fam Pract* 1977; 5: 62- 77.
6. Phillips TJ. Research considerations for the family physician. *J Fam Pract* 1978; 7: 121-128.
7. Shank JC. A taxonomy for research. *Fam Med Teacher* 1980; 12: 22-23.
8. Medalie JH, Kitson GC, Zyzanski SJ. A family epidemiological model: a practice and research concept for family medicine. *J Fam Pract* 1981; 12: 79-87.
9. Culpepper L. Family medicine research: major needs. *Fam Med* 1991; 23:10-14.
10. Herbert CP. Research in family medicine and general practice: are we there yet? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 443-6.
11. van Weel C, Rosser WW. Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.
12. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *Fam Pract* 2004; 21: 587-593.

13. Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Fam Pract* 2003; 20: 318-23.
14. De Maeseneer JM, De Sutter A. Why Research in Family Medicine? A Superfluous Question. *Ann Fam Med* 2004; 2: 17-22.
15. Lam CLK. The 21st Century: The Age of Family Medicine Research? *Ann Fam Med* 2004; 2: 50-54.
16. Lucan SC, Phillips RL Jr, Bazemore AW. Off the roadmap? Family medicine's grant funding and committee representation at NIH. *Ann Fam Med* 2008; 6:534-42.
17. Lucan SC, Barg FK, Bazemore AW, Phillips RL Jr. Family medicine, the NIH, and the medical-research roadmap: perspectives from inside the NIH. *Fam Med* 2009; 41: 188-96.
18. DeHaven MJ, Wilson GR, O'Connor – Kettlestrings P. Creating a research culture: what can we learn from residencies that are successful in research. *Fam Med* 1998; 30: 501-7.
19. Brocato JJ, Mavis B. The research productivity of faculty in family medicine department at US medical schools: a national study. *Acad Med* 2005; 80: 244-52.
20. Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; (81): 1-72.
21. Kernick D. Evaluating primary care research networks-exposing a wider agenda. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 63.
22. Palmer A, Anya SE, Bloch P. The political undertones of building national health research systems-reflection from the Gambia. *Health Res Policy Syst* 2009; 7: 13.
23. Sparks BLW, Gupta SK. Research in Family Medicine in Developing Countries. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-59.
24. Rosenblatt RA. Quality of care in the rural contest: a proposed research agenda. *J Rural Health* 2002; 18: 176-85.
25. Rosser WW, Van Weel C. Research in Family/General Practice is Essential for Improving Health Globally. *Ann Fam Med* 2004; 2: 2-4.
26. Green LA. The Research Domain of Family Medicine. *Ann Fam Med* 2004; 2: 23-29.
27. Del Mar C, Askew D. Building Family/General Practice Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 35-40.
28. Hutchinson A, Becker LA. How the Philosophies, Styles, and Methods of Family Medicine Affect the Research Agenda. *Ann Fam Med* 2004; 2: 41-44.
29. Bentzen N. Family Medicine Research: Implications for Wonca. *Ann Fam Med* 2004; 2: 45-49.
30. Herbert CP. Future of Research in Family Medicine: Where To From Here? *Ann Fam Med* 2004; 2: 60-64.
31. Furler J, Cleland J, Del Mar C, Hanratty B, Kadam U, Lasserson D, McCowan C, Magin P, Mitchell C, Qureshi N, Rait G, Steel N, van Driel M, Ward A. Leaders, leadership and future primary care clinical research. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 52.
32. Kottke TE, Solberg LI, Nelson AF, Belcher DW, Caplan W, Green LW, Lydick E, Magid DJ, Rolnick SJ, Woolf SH. Optimizing practice through research: a new perspective to solve an old problem. *Ann Fam Med* 2008; 6: 459-62.
33. Macfarlane F, Shaw S, Greenhalgh T, Carter YH. General practices as emergent research organizations: a qualitative study into organizational development. *Fam Pract* 2005; 22: 298-304.
34. Ovhed I, van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 248-53.
35. Smith R. Measuring the social impact of research. *BMJ* 2001; 323: 528.
36. Olde Hartman T, Hassink-Frank L, Dowrick C, Fortes S, Lam C, van der Horst H, Lucassen P, van Weel-Baumgarten E. Medically unexplained symptoms in family medicine: defining a research agenda. *Proceeding from WONCA 2007. Fam Pract* 2008; 25: 266-71.
37. Little DR, Zapp JA, Mullins HC, Zuckerman AE, Teasdale S, Johnson KB. Moving toward a United States strategic plan in primary care informatics: a White Paper of Primary Care Informatics Working Group, American Informatics Association. *Inform Prim Care* 2003; 11: 89-94.

38. Klinkman MS, Okkes I. Mental health problems in primary care: a research agenda. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28: 361-74. 39. Campos-Outcalt D, Senf J, Pungno PA, McGaha AL. Family medicine specialty selection: a proposed research agenda. *Fam Med* 2007; 39: 585-9.

## Referências: Implicações

1. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD004563.
2. Barber R, Boote JD, Cooper CL. Involving consumers successfully in NHS research: a national survey. *Health Expect* 2007;10: 380-91.
3. Boote J, Barber R, Cooper C. Principles and indicators of successful consumer involvement in NHS research: results of a Delphi study and subgroup analysis. *Health Policy* 2006; 75: 280-97.
4. Minogue V, Boness J, Brown A, Girdlestone J. The impact of service user involvement in research. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18: 103-12.
5. Oliver S, Clarke-Jones L, Rees R, Milne R, Buchanan P, Gabbay J, Gyte G, Oakley A, Stein K. Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1-148.
6. Telford R, Boote JD, Cooper CL. What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study. *Health Expect* 2004; 7: 209-20.
7. Boote J, Telford R, Cooper C. Consumer involvement in health research: a review and research agenda. *Health Policy* 2002; 61: 213-36.
8. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care *BMC Fam Pract* 2005, 6-44
9. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

## Autores

Professor Eva Hummers-Pradier, MD, PhD  
Presidência, Instituto de Clínica Geral, Escola Médica de Hannover, Hannover, Alemanha

Martin Beyer, sociólogo  
Instituto de Clínica Geral, Universidade de Frankfurt, Frankfurt, Alemanha

Professor Associado Patrick Chevallier, MD  
Departamento de Clínica Geral, Universidade de St. Quentin, Versalhes  
Escola Nacional Superior de Professores de Clínica Geral, França

Sophia Eilat-Tsanani, MD  
Professora Convidada, Departamento de Medicina Familiar, Emek Medical Center, Faculdade de Ciências da Saúde,  
Universidade Ben-Gurion de Negev  
Gestor da Região, Afula e vales, Serviços de Saúde de Clalit, Região do Norte, Israel

Professor Associado Christos Lionis, MD, PhD, Hon FRCGP  
Presidência, Clínica de Medicina Familiar e Social, e Presidência, Departamento de Medicina Social, Universidade de Creta, Creta, Grécia

Professor Associado Lieve Peremans, MD, PhD  
Departamento de Clínica Geral, Universidade de Antuérpia, Antuérpia, e  
Departamento de Saúde Juvenil, Universidade Livre de Bruxelas, Bruxelas, Bélgica

Davorina Petek, MD, MSc  
Departamento de Medicina Familiar, Medical School, Universidade de Ljubljana, Eslovénia

Professor Associado Imre Rurik, MD, PhD, MSc  
Presidência, Departamento de Medicina Familiar, Universidade de Debrecen, Hungria

Professor Jean Karl Soler, MD, MSc, MMCFD  
Diretor Executivo, Investigação, Instituto Mediterrâneo de Cuidados Primários, Attard, Malta

Professor Associado Henri E.J.H. ("Jelle") Stoffers, MD, PhD  
Departamento de Clínica Geral, Escola de Saúde Pública e Cuidados Primários (CAPHRI),  
Centro Médico Universitário de Maastricht, Países Baixos

Professor Associado Pinar Topsever, MD  
Departamento de Medicina Familiar, Universidade de Acibadem, Istambul, Turquia

Professor Associado Mehmet Urgan, MD  
Médico Chefe-Adjunto, Centro Médico Universitário Técnico do Médio Oriente, Ancara, Turquia

Professor Paul van Royen, MD, PhD  
Presidência, Departamento de Cuidados Primários e Interdisciplinares, Universidade de Antuérpia, Bélgica

## Correspondência

Prof. Eva Hummers-Pradier, Institute of General Practice, Hannover Medical School,  
Carl-Neuberg-Str 1, 30625 Hannover, Alemanha

[Hummers-Pradier.Eva@mh-hannover.de](mailto:Hummers-Pradier.Eva@mh-hannover.de)

ou

EGPRN Co-ordinating Centre, Hanny Prick, Department of General Practice, University Maastricht, P.O. Box  
616, NL 6200 MD Maastricht, Países Baixos

[Hanny.Prick@hag.unimaas.nl](mailto:Hanny.Prick@hag.unimaas.nl)



**Associação Portuguesa  
dos Médicos de Clínica Geral**  
Av. da República, 97-1.º  
1050-190 Lisboa - Portugal  
[www.apmcg.pt](http://www.apmcg.pt)

Tradução  
**Maria João Goucha**

Março de 2010

