

Cuidando do Diabético na perspectiva da Medicina de Família: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente

Médicos Familiares cuidando de pacientes diabéticos: Impacto en los costos, prevención eficaz y satisfacción del enfermo

Family Physician Care for Patients with Diabetes: Cost Effectiveness, Efficient Prevention, and Patient Satisfaction

Levites MR,* Moreto G, ** Leoto RF,*** Roncoletta AFT,**** Janaudis MA,*****
González-Blasco P.*****

*Médico de Família. Director del Programa Fitness de la Residencia de Medicina de Familia de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (SOBRAMFA). ** Médica de Família. Coordinadora de Programas Internacionales de SOBRAMFA. *** Residente de Tercer Año do Programa Fitness- SOBRAMFA. **** Médica de Família. Diretora de Programas de Graduação em SOBRAMFA. ***** Médico de Família. Secretário Geral da SOBRAMFA *****. Doctor en Medicina. Director Científico da SOBRAMFA*

Recibido: 11-11-05

Aceptado: 22-12-05

Correspondencia: Dr. Marcelo Levites Rosenfeld. marcelolevites@sobramfa.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o impacto do modelo proposto pela Medicina da Família no cuidado aos pacientes diabéticos, sob uma tríplice perspectiva: custo efetividade dos cuidados, níveis de prevenção eficazes e grau de satisfação dos pacientes. **Diseño:** Estudo combinado multimetódico (Transversal comparativo para análise de custos e avaliação de parâmetros preventivos; qualitativo para avaliar a satisfação dos pacientes.) **Material e Métodos:** Foram estudados 1288 pacientes de uma empresa privada de saúde, e comparados os custos 12 meses antes e depois da inclusão dos pacientes no programa de medicina de família. Avaliaram-se como medidas de prevenção o nível de Hemoglobina Glicosilada em 475 pacientes e o LDL Colesterol em 349. Finalmente, foi conduzido um estudo de discussão focal em grupo com 17 pacientes e 10 familiares. **Resultados:** Após um ano no programa houve diminuição de custos médio em 10, 62%. Os índices de prevenção mostraram 50,55% dos pacientes com índice de HbA1 menor que 7,0%, e 21,9% com LDL Colesterol inferior a 100 mg/dL. A avaliação qualitativa mostrou satisfação dos pacientes com o estilo e a coordenação de cuidados. **Conclusão:** O modelo de atenção da medicina de família satisfaz o usuário-paciente, mantém índices de prevenção eficaz, e viabiliza com maior eficiência os custos de um sistema de saúde.

Palavras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Medicina de Família, Atenção Primária.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el impacto que el modelo de atención de la medicina familiar tiene en el cuidado de los pacientes diabéticos, desde un triple análisis: efectividad en los costos, parámetros preventivos eficaces y satisfacción de los enfermos. **Diseño:** Estudio combinado multimetódico (transversal-comparativo para costos y prevención, cualitativo

para satisfacción de los pacientes). **Material y Métodos:** 1288 pacientes asociados a una empresa privada de seguro-salud fueron estudiados, comparándose los costos 12 meses antes y 12 meses después de incluirlos en el programa coordinado por médicos familiares. Como parámetros preventivos se evaluó el nivel de Hemoglobina Glicosilada en 475 pacientes, y el LDL Colesterol en 349. Fue realizado un estudio con grupo focal de 17 pacientes y 10 familiares. **Resultados:** Después de un año en el programa los costos fueron reducidos en 10,62%. Los índices de prevención mostraron 50,55% de los pacientes con HbcA1 menor que 7,0%, y 21,9% con LDL-Colesterol inferior a 100 mg/dL. La investigación cualitativa mostró satisfacción de los enfermos con el estilo y la coordinación de cuidados. **Conclusión:** El modelo que la Medicina Familiar ofrece satisfacción al enfermo-cliente, mantiene índices de prevención eficaz y optimiza los costos de un sistema de salud.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Medicina de Familia, Atención Primaria.

ABSTRACT

Objective: Our aim was to appraise the impact of the Family Medicine model in care for patients with diabetes in a triple assessment: cost effectiveness; preventive scores achieved, and patient satisfaction. **Design:** We conducted multimethod research as follows: transversal for cost and preventive analysis, and qualitative design to appraise patient satisfaction. **Materials and Methods:** A total of 1,288 assured patient customers at a private health insurance company were included. Costs were measured 12 months after and compared with 12 months before patients were included in the Family Medicine preventive program. For preventive scores, HbcA1 levels were measured in 475 patients and LDL-cholesterol in 349. Focal group discussion with 17 patients and 10 relatives was conducted for qualitative analysis. **Results:** Cost impact resulted in a 10.62% reduction after 1 year of running the program. Preventive index showed 50.55% patients with HbcA1 had <7.0 and 21.9%, respectively, with LDL-cholesterol <100 mg/dl. The qualitative study showed that for the physician, an integrative approach and continuity are important points for patient satisfaction. **Conclusions:** Diabetes care incorporated into Family Medicine model perspectives could lead to patient satisfaction, standard prevention, and cost effectiveness.

Key Words: Diabetes Mellitus type 2, Family Medicine, Primary Care.

The only thing necessary for evil to prevail is for good men to do nothing

Edmund Burke

Introdução

A Diabetes, que é para o paciente uma doença crônica e limitante, representa também um desafio para os sistemas de saúde. Os números crescentes dos níveis de mortalidade, morbidade e custos são assustadores^{1,2}. A estimativa da prevalência global da doença que é de 135 milhões de pessoas em 1995 poderá chegar até os 300 milhões em 2025³. O custo para prover o cuidado dos pacientes diabéticos e suas complicações está crescendo com rapidez e é estimado nos E.U.A em US\$132 bilhões anuais⁴.

Como já é sabido, um melhor controle glicêmico claramente reduz o risco de doenças macro e micro vasculares nos diabéticos e está associado a um menor risco de aterosclerose⁵. Entretanto, existem novas evidências que chamam a atenção para a importância no controle da hipertensão e nos níveis de colesterol. Enquanto o controle intenso da glicemia, nível pressórico e do colesterol melhoram os resultados de saúde dos indivíduos diabéticos, é o controle da pressão sanguínea o que apresenta melhor custo – efetividade⁵

A proposta atual da Associação Americana de Diabetes (ADA) têm como objetivo reduzir as complicações vasculares através do controle glicêmico, pressão arterial, níveis de lipídeos sanguíneos bem como a suspensão do uso do cigarro⁶ Assim, para o controle da glicemia, a ADA propõe um nível de

hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor que 7%.No referente ao controle da pressão arterial a ADA propõe níveis pressóricos menores que 130mmHg para a pressão sistólica e de 80mmHg para a diastólica.⁷.O índice de prevenção no manejo dos lipídeos é diminuir os níveis de colesterol LDL (low density lipoprotein) para menos de 100mg/dL, aumentar o HDL (high density lipoprotein) para mais de 45mg/dL em homens e 55mg/dL para mulheres e diminuir os níveis de triglicérides para menos de 150mg/ dL⁸.O fato dos diabéticos possuírem com freqüência outras doenças concomitantes nos situa na perspectiva das comorbidades, situação que implica também em custo elevado no manejo desses pacientes.⁹

Entende-se por comorbidade a ocorrência simultânea de várias condições médicas anômalas na mesma pessoa. Estima-se que nos EUA existiam 57 milhões de americanos com múltiplas condições crônicas em 2000 e estes números atingirão 81 milhões em 2020¹⁰ As complicações decorrentes desta situação de comorbidade implicam em elevação de custo no manejo destes pacientes, em proporção não linear. Assim, conforme apontam estudos recentes, se o gasto anual com quem tem uma alteração clínica é de U\$1.154, eleva-se a U\$2.394 para quem tem duas, U\$4.701 para três, atingindo U\$13.973 para que tem quatro ou mais condições crônicas. Estes estudos advertem que já em 1999, 56% da população idosa americana tinha dois ou mais tipos de condições crônicas.^{11,12}

O que a problemática das comorbidades e custo efetividade reflete no cotidiano do paciente diabético?O que ele espera dos profissionais de saúde? Não se questiona a importância das pesquisas para novos tratamentos mas a grande questão, e que muitas vezes limita a própria incorporação do progresso científico, é como o diabético entende o cuidado por parte dos serviços médicos no dia a dia.

Conceitos desenvolvidos amplamente pelos médicos e inegáveis avanços técnicos não encontram uma correspondência equivalente no entendimento dos pacientes. Uma força tarefa Americana¹³que debate o futuro da medicina de família recomenda que escutemos o que os pacientes esperam de nós para assim caminharmos para um futuro melhor.

No presente trabalho propõe-se além de uma análise de custo efetividade e de índices de qualidade na prevenção, uma análise qualitativa simultânea que nos ilustra este tema de capital importância: quais são as expectativas e os valores realmente importantes para os pacientes diabéticos. Será uma luz para nos orientar em providenciar uma melhor qualidade nos serviços de saúde e no atendimento médico.

Objetivo:Analisar o impacto do modelo proposto pela Medicina da Família no cuidado aos pacientes diabéticos, sob uma tríplice perspectiva: custo efetividade dos cuidados, níveis de prevenção eficazes de acordo com as recomendações científicas aceitas, e o grau de satisfação dos pacientes ao serem cuidados com esta abordagem.

Material em Metodos

O Público Alvo deste estudo é constituído por Pacientes diabéticos atendidos por 9 médicos de família pertencente a grupo da Medicina Preventiva de uma empresa de saúde privada. Consideraram-se somente os pacientes ativos (vivos e sem irregularidades burocráticas), incluídos no cadastro da medicina preventiva entre Dezembro de 1999 e Junho de 2005 com diagnósticos iniciados por E.14 (CID 10)

O estudo obedeceu a um desenho combinado, multimetódico ou misto, onde se associam estudos de desenho quantitativo com outros de corte qualitativo. Esta combinação, sendo inovadora, é proposta pelos pesquisadores em Medicina de Família e Atenção Primária como necessária e até imprescindível. Trata-

se, afinal, de aliar a objetivação dos fenômenos e a medida das evidências, com o entendimento do contexto e o significado que as evidências trazem para o paciente¹⁴

Para a **análise de Custo Efetividade**, coletamos 1288 pacientes que dentro do público alvo estavam sendo acompanhados por esses médicos. Comparou-se a média mensal de gasto por paciente nos 12 meses retrospectivamente anteriores à inclusão de cada indivíduo no programa da Medicina Preventiva com os 12 meses retrospectivamente anteriores à análise realizada em 13 de Setembro de 2005.

Para **analisar os Níveis de Prevenção Eficaz** conforme as recomendações científicas aceitas, adotaram-se os *indicadores de qualidade* dos pacientes diabéticos para diminuir morbi/mortalidade de acordo com o explicado anteriormente.

Assim, em corte transversal dos pacientes no período de Julho de 2004 a Junho de 2005, coletou-se junto CPD do laboratório, onde os exames são realizados: a) Níveis de Hemoglobina Glicosilada. b) Níveis de LDL Colesterol.

Para a **análise qualitativa**^{15,16} **necessária para avaliar o grau de satisfação dos pacientes**, convocou-se para discussão em grupo, os pacientes que tinham permanecido no programa de acompanhamento por mais tempo (2 anos) e com pelo menos 5 consultas neste período com qualquer dos 9 médicos de família que participam do programa e o coordenam. Dos 54 pacientes que preencheram este critério, 17 compareceram com 10 acompanhantes. Estes pacientes foram divididos em dois grupos, denominados grupos focais de discussão, com 8 e 9 pacientes em cada um, e a participação de um pesquisador como moderador e observador participante. Os pacientes expressaram livremente suas opiniões relacionadas ao serviço de Medicina Preventiva, assim como referentes aos diferentes médicos que lhes acompanham. O pesquisador-moderador não é conhecido dos pacientes nem faz parte do grupo dos médicos assistenciais da Medicina Preventiva, de modo que os pacientes puderam exprimir com liberdade suas opiniões, e lhes foi informado ter sido esta sessão convocada pela empresa, que contratou um auditor (pesquisador) para ver o grau de satisfação do usuários.

Seguiram-se os critérios habituais nas avaliações qualitativas para a análise de resultados. As discussões grupais foram gravadas, e as fitas transcritas e analisadas por 4 pesquisadores diferentes, e uma vez apurados os resultados, houve um trabalho de síntese conjunta entre eles para anotar as categorias principais, e as conclusões consistentes e de consenso.

Finalmente, os resultados obtidos pelos pesquisadores que analisaram as gravações, já sintetizados em conjunto, foram novamente enviados aos pesquisadores-facilitadores, que iniciaram o processo para uma avaliação e redação final dos resultados.

Resultados

Custo Efetividade

Após um ano de intervenção (médicos de família em atuação no serviço de medicina preventiva da empresa) apurou-se uma diminuição de custos de -10,62%. (Valores médios mensais por paciente anteriores à intervenção: US\$ 81,16, e após um ano US\$72,53).

Níveis de Prevenção Eficaz

No período de Julho de 2004 a Junho de 2005, coletaram-se os resultados dos exames laboratoriais dos pacientes. Para a Hemoglobina Glicosilada foram avaliados 475 pacientes, com 635 medidas diferentes. Destas medidas 321 (50,55%) resultaram menores que 7,00%, sendo as 314 restantes (49,44%) maiores ou igual a 7,00%. Para o LDL Colesterol foram avaliados 349 pacientes com 447 medidas. Os resultados, mostraram 98 (21,92%) inferiores a 100 mg/dL e 349 (78,07%) maiores ou igual a 100.

Satisfação do Paciente: avaliação qualitativa.

A avaliação da satisfação do paciente implica na análise qualitativa dos resultados obtidos na discussão de grupos focais que apontam para as categorias principais explicitadas pelos pacientes.

As principais categorias que emergem da análise de dados podem ser agrupadas em duas linhas principais, para facilitar o entendimento dos resultados. Assim, uma primeira linha diz respeito às percepções dos pacientes quanto às características do médico em si; a segunda linha refere-se às características do atendimento proporcionado pelo grupo e que se rege pelos princípios da Medicina de Família.

Características do Médico na percepção dos pacientes

Os pacientes identificam como fundamentais as características do médico como atenção, e preocupação centrada no ser humano. Isto é o mesmo que dizer que os pacientes acusam o que poderíamos denominar “atendimento humanizado”, termo com frequência ambíguo, mas que o usuário sabe identificar com facilidade já que é a essência do tratamento médico e da relação médico paciente.

Eu sou associado neste convênio há 35 anos, inclusive eu tive proposta para mudar de convênio e eu falei que não, eu gosto do atendimento, esse Dr. me trata melhor que meus filhos. Você nem tem vontade de sair do consultório.

O entendimento do paciente como pessoa, inserido em sua família, facilita a criação de vínculo e confiança.

Ele vai além, ele pergunta sobre a nossa família, o que estamos sentindo, , ele é muito bom mesmo... Ele dá atenção, inspira confiança”.

Características do Atendimento: o paciente percebendo a diferença

A continuidade do atendimento, que é uma das bases fundamentais da Medicina de Família, no acompanhamento longitudinal e biográfico do paciente, é percebido imediatamente pelo usuário-paciente do sistema.

“Eu passei a tratar com ele, eu fazia visitas com médicos encaminhados. Já tive endocrinologista, mas não tinha ainda acompanhamento médico, agora eu tenho”. Acompanhamento significa consulta sistemática, agora vai ser mensal. “Isto funciona...”.

Igualmente, a atenção integral, centrada na pessoa e não na doença, também é apontada pelos pacientes como uma verdadeira inovação. Não é algo ao qual estão acostumados os doentes que possuindo várias afecções de saúde, costumam frequentar variados especialistas não encontrando uma coordenação e integração dos cuidados.

“A primeira vez que eu fui com o Dr. foi para tratar a diabetes, mas não estava bem pois minha mãe tinha acabado de morrer. Foi à primeira vez que tinha ido com o médico de família, e ele viu a agonia que eu estava, olhou para mim e sentiu que eu estava com depressão, estava com muitos problemas. Ele olhou nos meus olhos e cuidou de mim, não somente do meu diabetes”

O paciente, que muitas vezes continuará consultando outros especialistas, e tem liberdade para fazê-lo, percebe que agora um médico –o seu médico- é responsável pelos seus cuidados. Este médico deverá ser também um facilitador que integre e coordene as ações dos diversos especialistas.

Mas acontece que esse médico de família, ele não vai substituir o cardiologista. Não, ele vai indicar um cardiologista, São tantos problemas que precisamos centralizar o cuidado. Eu passei com o reumatologista e falou para passar no médico especialista em joelho. Uma infinidade de médicos. Há necessidade de centralizar o atendimento

O entendimento da Medicina de Família é visto pelos pacientes como modelo real reproduzível, e não apenas como um talento individual do médico que lhes atende. Quer dizer: existe um entendimento do “estilo médico” que configura a Medicina de Família como verdadeira especialidade.

Os médicos mudam, antes era outro que cuidava de mim, mas os que estão agora tem o mesmo estilo, são da mesma equipe. O que é esse estilo? O que é essa equipe? Vejo que quando vão mudar, eles trazem os outros, os que vão substituí-los e assim nos podem conhecer...e a gente não nota a mudança. É como corrida de revezamentos.

Discussão

A diabetes é uma doença que por sua característica exige sobre tudo cuidados com a pessoa. A coexistência de várias condições mórbidas é muito freqüente, e deve haver uma postura integradora para que a vida do paciente – de per si muito limitada com a doença - não se reduza à ela. Neste contexto, o médico de família desempenha um papel especial; sabe ver o paciente não apenas como um organismo afetado pela doença, mas situado no seu contexto de relacionamento social, humano e econômico. Conhece sua família, seus problemas domésticos, seus medos, temores, amores, frustrações, desejos e valores, na sua totalidade.

Os rápidos avanços das ciências médicas, o envelhecimento da população, a necessidade de atuar com perspectiva abrangente nos serviços de prevenção em saúde e o aumento das doenças crônicas são, todos eles, fatores que vem agregar complexidade aos serviços de atenção primária à saúde,¹⁷.

É fácil inferir a importância que tem o cuidado apropriado do paciente diabético e dos portadores de doenças crônicas, cuidados estes que implicam tanto uma avaliação ponderada dos custos investidos como a satisfação do próprio paciente.

De modo elegante e com resultados notáveis, prestigiosos pesquisadores em Atenção Primária¹² demonstram a qualidade dos generalistas neste tipo de cuidado. Para os médicos de família a abordagem exclusiva da diabetes é uma exceção e não a regra. O paciente diabético mais típico é o obeso, dislipidêmico, deprimido, com problemas coronarianos e com osteoartrite, isto é, com múltiplas comorbidades. Starfield relata nesse mesmo estudo que os pacientes querem ser cuidados de maneira integral, e não por uma condição única. Com exceção dos pacientes com enfermidades relativamente incomuns, a maioria das visitas ao médico nos EUA é para tratar mais de duas doenças e é feita por generalistas e não especialistas¹².

A medicina de família tem o potencial de reduzir custos enquanto preserva qualidade. Estudos de ambulatorios com condições específicas mostram que taxas de hospitalizações e gastos para estas doenças são maiores onde há menos acesso aos médicos de família^{18, 19}. Valha o exemplo relatado²⁰ onde adultos de 18 a 64 anos de idade, acompanhados em cinco ambulatorios dedicados a pacientes crônicos, na área urbana da Califórnia com pouco acesso ao médico de família têm maiores taxas de hospitalizações se comparados a pacientes com melhor acesso.

Medicina de Família significa, pois, integração e coordenação de cuidados, tomada de decisões. Cabe ao médico deve decidir as melhores opções de ação clínica para o paciente, tendo a necessária sensibilidade para coordenar as prioridades dos diferentes problemas de saúde que o paciente apresenta com as prioridades vindas dos valores e sentimentos do paciente. Deve também reconhecer que é do próprio paciente e da família de onde lhe chegam muitas vezes as melhores sugestões para cuidar de um paciente crônico atendendo ao controle dos sintomas, da qualidade de vida e da dignidade. O paciente, a família, e conseqüentemente o entorno social e comunitário são, deste modo, colaboradores do médico que tem de aprender a falar a linguagem deles, e a dialogar na procura solidária das melhores soluções. O médico de família assume um papel central e integrador, para coordenar todos os esforços de ajuda ao paciente. Convertido num verdadeiro gestor de saúde, torna-se um colaborador, em primeiro lugar, do paciente para administrar a doença e as limitações; e depois trabalha em parceria com os especialistas e os outros profissionais de saúde para questões específicas.

Como limitações e perspectivas do presente trabalho devem apontar-se duas, que se configuram em passos para as próximas etapas:

1. A análise do custo efetividade não incluiu a pressão arterial. Uma abordagem neste sentido se torna necessária visto que é o controle da pressão sanguínea a que apresenta melhor custo – efetividade⁵.

2. A metodologia utilizada para obtenção dos níveis do LDL colesterol e da hemoglobina glicosilada não foi comparada com os dados da literatura internacional. Uma análise por subgrupos e com os devidos intervalos de confiança pode diminuir o viés e mostraria dados mais confiáveis.

Conclusão

A atenção aos diabéticos como mostrado no presente trabalho brinda a oportunidade de reflexionar sobre um modelo educacional de formação dos médicos, que tendo uma abordagem própria da Medicina de Família, conseguem ter o usuário-paciente satisfeito, manter índices de prevenção eficaz, e viabilizar com maior eficiência os custos de um sistema de saúde.

Referencias

1. Harris MI. Summary. In: National Diabetes Data Group, ed. Diabetes in America. 2nd ed. Bethesda, Md: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease;1995: 1-13.
2. American Diabetes Association. Economic consequence of diabetes mellitus in the US in 2002. Diabetes Care.2003;26:917-932.
3. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 1998; 21(9):1414-1431.
4. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. JAMA 2004; 291: 335-342.
5. CDC Diabetes Cost-effective of intensive glycemic group, intensive hypertension group, and serum cholesterol level reduction for type 2 diabetes. JAMA.2002;287:2542-2551.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care for patient with diabetes mellitus. Diabetes Care. 2003;26(suppl 1):s33-s50.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC VII Report. JAMA.2003;298:2560-2572.
8. National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Educational Program(NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults(Adult Treatment Panel III), JAMA.2001;285:2486-2497.
9. Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan RM, Vinicor F, Smith L, Norman J: If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness. Ann Behav Med.1999;21:157-170.
10. Fortin M, Bravo G, Hudson C, Vanasse A, Lapointe, L. Prevalence of multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. Ann Fam Med.2005;3: 223-228.
11. Wolf JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med 2002;162:2269-2276.
12. Starfield B, Klaus WL, Berhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in "Case" Management. Ann Fam Med. 2003;1:8-14.
13. Green LA, Graham R, Bagley B, Kilo C, Spann S, Bogdewic S, Swanson J. Task Force 1. Report of the Task Force on Patient Expectations, Core Values, Reintegration, and the New Model of Family Medicine Ann Fam Med 2004 2: S33-S50.
14. Stange K. In this issue: Multimethod Research. Ann Fam Med 2004; 2:2-3.
15. Crabtree BL, Miller WL. Doing qualitative research. Second edition,1999. Sage Publication , Inc. California.
16. Erickson, F. Qualitative methods of research on teaching. In: Wittrock, M. Handbook of research and teaching. New York: Macmillan.1986.
17. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: Sobramfa; 2003. (cfr www.sobramfa.com.br)
18. Parchman ML, Culler S. Primary care physician and avoidable hospitalization. J Fam Pract 1994;39:123-8.
19. Basu J, Fridman B, Bursitin H. Management care and preventable hospitalization among Medicaid adults. Health Serv Res.2004;39:489-510.
20. Bidman AB, Grumbach K, Osmond D, Komarony M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalization rates in California. Med Care 2002;40:315-24.