

Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade

Marco Aurélio Janaudis
Pablo González Blasco
Cynthia Haq
Joshua Freeman

Resumo: A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, estreava o conceito de 'Saúde para todos' convocando a totalidade dos países a revisar os seus sistemas de saúde, tornando-os acessíveis à população. Em 1994, o Brasil lança o Programa Saúde da Família. A universidade não prepara adequadamente médicos para este trabalho. O envolvimento dos estudantes de Medicina com a Medicina de Família cresceu nos últimos dez anos como decorrência do trabalho de formação continuada, de caráter não curricular. A motivação do estudante e a reflexão vocacional, a visualização do professor como exemplo de aprendizado, a inserção precoce no atendimento ao paciente com acompanhamento longitudinal, fomentando os esquemas de comunicação e preparando futuros professores, são oportunidades excelentes a serem aproveitadas.

Palavras-chave: Medicina de Família. Atenção primária.



Marco Aurélio Janaudis
Professor auxiliar do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Jundiaí, doutorando na Universidade de São Paulo e secretário-geral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa)

O cenário internacional: 'Saúde para todos'

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em setembro de 1978¹, estreava o conceito de 'Saúde para todos', convocando a totalidade dos países – desenvolvidos ou não – a revisar os seus sistemas de saúde, tornando-os acessíveis à população, como direito básico do cidadão. O conceito de atenção primária foi convenientemente esculpido nessa conferência histórica, entendendo-se como *a atenção essencial à saúde baseada num modelo prático, com base científica, que possui métodos e tecnologias universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias dentro das comunidades, sendo o primeiro nível de contato do indivíduo com o sistema de saúde do país e condição essencial para o desenvolvimento social e econômico da comunidade*. Privilegiar a atenção primária implica em



Pablo González Blasco
Doutor em Medicina e diretor científico da Sobramfa



Cynthia Haq
Professora de Medicina de Família, diretora da graduação médica e saúde internacional na Universidade de Wisconsin, colaboradora da Sobramfa, consultora para projetos internacionais em Medicina de Família da Organização Mundial dos Médicos de Família (OMS/Wonca)



Joshua Freeman
Professor titular do Departamento de Medicina de Família na Universidade de Kansas, colaborador da Sobramfa e pesquisador da Fulbright no Brasil

promoção e prevenção da saúde, e compromete os diversos setores do poder público.

Temos, assim, a atenção primária como a natural porta de entrada para a saúde, o primeiro contato do qual se deve esperar competência e resolução dos problemas apresentados. É tarefa das políticas de saúde preparar o cenário profissional para aqueles que terão como missão providenciar a atenção primária em saúde, incluindo as condições de trabalho e a gestão financeira. É responsabilidade das instituições de ensino a formação desses profissionais. No caso em questão, a formação do médico adequado para providenciar essa assistência é missão da universidade.

A resposta acadêmica para a formação dos médicos generalistas variou nos anos subseqüentes à Conferência Internacional sobre Atenção Primária. Enquanto em alguns países as recomendações da conferência vieram ao encontro do já iminente crescimento de especialidades voltadas para a atenção primária, como é o caso da Medicina de Família e Comunidade, em outros a demanda de profissionais com o perfil desejado ficou desatendida. O motivo é simples: as escolas e faculdades de Medicina continuaram focadas na formação de especialistas por estarem alicerçadas no paradigma educacional onde a qualidade do médico está tradicionalmente atrelada ao seu preparo como especialista.

A história da educação médica do século XX oferece uma explicação para essa falta de resposta acadêmica. Construída, nesse período, a partir da procura da excelência pela especialização, a educação médica buscou sanear a profissão de práticas médicas inadequadas². A seqüela indesejável desse processo revela-se no fato de que, uma vez atingido um nível de qualidade científica por meio da especialização, parece ser mais seguro permanecer instalado nesse nível do que se aventurar por novos caminhos que, por serem desconhecidos no ambiente acadêmico, podem vir em detrimento da qualidade. A falta de resposta faz sentido, se

entende, mas, no presente, não se justifica. E torna necessária uma reflexão.

Criar um novo modelo de profissional médico, com capacidade para resolver com competência 90% dos problemas surgidos na atenção primária, requer verdadeira mudança de paradigma educacional no ambiente acadêmico. Para capacitar esse profissional faz-se preciso desenvolver habilidades de prevenção em saúde e capacidade para o cuidado de todos os indivíduos – independentemente do sexo, idade, condição social e patologia que lhes afete –, em atenção continuada, abrangente, coordenando os componentes biopsicossociais, integrando cada um no contexto da sua família e comunidade, sendo ao mesmo tempo um educador em saúde. Seria preciso instalar na universidade um novo cenário de aprendizado, com o reconhecimento e prestígio que lhe é devido para promover a formação de médicos generalistas detentores dessas competências. Esse seria o caminho possível para facilitar uma resposta positiva das instituições formadoras.

Na realidade, esta é, justamente, a missão da Medicina de Família e Comunidade como disciplina acadêmica. Frente à necessidade de implantar tal especialidade, a Organização Mundial dos Médicos de Família (Wonca) sentiu-se chamada a colaborar. A partir de 1980 teve início uma estreita colaboração entre a Wonca e a OMS, que culminou numa reunião histórica em 1994, no Canadá, com a elaboração de documento conjunto voltado a tornar a prática e a educação médicas mais relevantes para as necessidades das pessoas, definindo a possível contribuição do médico de família³.

Esse documento aponta a necessidade de implantar a Medicina de Família e Comunidade como disciplina acadêmica nas faculdades de Medicina, com a função de promover um equilíbrio entre generalistas e especialistas, constituindo-se, também, em recurso de educação médica continuada para que os estudantes aprendam a responder às necessidades das pessoas em nível individual, comunitário e nacional. Destaca igualmente a importância da relação pessoal íntima entre o médico e o doente – pois em muitos casos o diagnóstico e tratamento dependem diretamente dessa relação e a incapacidade para construí-la resulta em ineficácia.

Surge, deste modo, a figura do ‘médico de família’ como um dos atores principais da proposta *Saúde para todos* colocada pela OMS há 25 anos. Com isso, passa a ser reconhecido no cenário mundial o papel principal que o mesmo deve desempenhar na atenção primária à saúde, visando garantir qualidade, eficiência e administração de custos na desejada proporção que um sistema de saúde deve possuir para ser eficaz e efetivo. Tal reconhecimento aponta, ainda, que para alcançar os objetivos propostos esse profissional deve possuir alta competência para cuidar dos pacientes e saber integrar com perfeição os cuidados individuais com os coletivos. Cuidar da pessoa, para poder cuidar da família e da comunidade.

Perspectiva histórica no cenário brasileiro

A Constituição Federal brasileira, promulgada em 1988, consagrou a todos os cidadãos o

direito de acesso aos serviços de prevenção e promoção da saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe ao aparelho formador, representado pelas universidades, dar resposta adequada e preparar profissionais capazes de implementar essa ação estratégica em saúde. A avaliação resultante dos 15 anos de funcionamento do SUS é a de que as instituições formadoras – faculdades e escolas de Medicina – não têm preparado o médico de forma adequada para as ações de atenção básica à saúde. Ao contrário, sua formação está focada na doença, no hospital e na especialização cada vez mais dependente de tecnologia médica. Não tem resultado, portanto, na resposta que a sociedade brasileira esperava.

Em 1994, num esforço continuado da mesma estratégia de saúde, o governo lança o Programa Saúde da Família (PSF), visando a instalação de equipes multiprofissionais de saúde que possam responsabilizar-se pelos cuidados de 3.000 pessoas por equipe. A implantação do PSF, inspirado em modelos que funcionam em outros países, tem sido progressiva e representada por constante crescimento das equipes de Saúde da Família. Contudo, a figura do médico de família é o fator limitante no impacto efetivo do Programa: durante sua formação o médico não é vocacionado, nem preparado adequadamente pelas instituições de ensino para essa função específica.

Existe um descompasso entre as ações estratégicas de saúde propostas e facilitadas pelo governo e o modelo de médico que de fato é reproduzido na graduação nas universidades. Tentativas de superar essa distância têm sido feitas

por meio de parcerias com as universidades, na criação de diretrizes como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), os cursos de especialização em Saúde da Família e os programas de residência médica em Saúde da Família.

A primeira delas, o Pits, criado em 2001 pelo Ministério da Saúde (MS), visa impulsionar a reorganização da atenção básica à saúde e fortalecer o PSF. Essa iniciativa, voltada a levar médicos e enfermeiros aos municípios com dificuldade em atrair esses profissionais, foi implementada nos municípios do Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais que apresentavam elevadas taxas de mortalidade infantil, malária, tuberculose e hanseníase⁴. Os profissionais que participam do programa fazem curso de especialização em Saúde da Família em instituições de ensino superior, geralmente nos estados onde trabalham. Nesse sentido, em 2005, a Portaria 1.143, do Ministério da Saúde, também vem apoiar programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, por meio de bolsas para a Educação pelo Trabalho⁵.

Dentre as iniciativas para a formação de especialista pode-se citar o curso de especialização em Medicina de Família da própria Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa), oferecido em dois formatos: o módulo básico, destinado aos profissionais residentes na Grande São Paulo ou áreas adjacentes, e o compacto, voltado aos que vivem no interior do estado ou em outras unidades da Federação. Destacam-se, ainda, os cursos de especialização em Medicina de Família e Comunidade de

diversas instituições, como Associação Brasileira de Enfermagem, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Instituto Brasileiro de Saúde da Família, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, Universidade de Brasília, Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal do Paraná e Universidade Federal de Pernambuco, dentre outras, que ministram cursos de especialização em todas as regiões do país.

É importante citar a criação, ainda em 1999, da área de Saúde da Família na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que implementou um programa de residência nessa área e desde então vem desenvolvendo cursos de especialização multiprofissional. Outras instituições, como a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza ou a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, também no Ceará, para citar alguns exemplos de iniciativas de abrangência regional, também desenvolvem programa em Medicina de Família e Comunidade.

Porém, mesmo com todo o incentivo propiciado pela criação desses cursos e bolsas, permanece um elemento conflitivo no cerne do processo de escolha por área de atuação profissional, haja vista que a procura de médicos recém-formados por esses programas ainda é muito limitada e absolutamente desproporcional a de qualquer outra especialidade. Isso é fruto da resposta tímida por parte das escolas e faculdades de Medicina, que deixam a desejar no que diz respeito à definição de conteúdos e à metodologia acadêmica, em clara desvan-

tagem com qualquer outro programa de especialização ou pós-graduação oferecido aos recém-graduados em Medicina. A ausência do componente acadêmico na especialização do médico de família se traduz em falta de credibilidade, despertando certa desconfiança e pouco interesse nos jovens profissionais.

Os recursos captados pelo PSF como bandeira de saúde do governo, com a conseqüente oferta de postos de trabalho com remuneração atraente, não são suficientes para vocacionar com continuidade os jovens médicos recém-graduados. Além de razoável posto de trabalho com salário adequado é preciso seriedade, garantia de credibilidade e competência científico-acadêmica para envolver quem inicia sua atividade profissional fazendo desta oportunidade verdadeira opção de vida.

Especialistas, generalistas e Medicina de Família e Comunidade: uma fundamentação acadêmica

A especialização, vista como necessário complemento à formação acadêmica, é para a maioria dos que se graduam o caminho natural do desempenho profissional. Ante essa perspectiva, fomentada pelas escolas médicas, torna-se necessário pensar quem são os médicos generalistas que atuam no Brasil. Se a maioria dos estudantes almeja especializar-se (já que é isso que eles vêem, vivem e respiram nas escolas médicas), qual real espaço existe para querer tornar-se generalista?

Temos variado universo de profissionais atuando no campo da medicina generalista. Alguns,

poucos, por verdadeira opção, por vocação profissional; outros, muitos, porque simplesmente não conseguiram especializar-se; e, finalmente, outros que possuindo importante papel como articuladores de estratégias de saúde populacional têm que preencher um vazio que é, na prática, mais necessitado de mão-de-obra do que de ação política. Qualquer que seja a origem dos que de fato praticam a medicina generalista, uma realidade é inegável: o desamparo em que se encontram.

A ausência de referenciais de qualidade que venham a implementar programas de educação continuada – bem como a falta de planejamento de certificação – que avaliem e validem a qualidade desses profissionais, e, finalmente, a omissão das instituições universitárias para assumir real compromisso nesta formação, coloca o médico generalista no sério risco de tornar-se profissional de segunda categoria. A questão é grave, pois todo o esforço realizado para tornar o acesso à saúde um direito para todos apóia-se nesse médico: é ele o verdadeiro protagonista da atenção primária à saúde.

Em muitos países, a Medicina de Família e Comunidade vem sendo delineada como especialidade há quase 40 anos. Sua incorporação acadêmica nas universidades tem variado de um país para outro e, mesmo no âmbito interno de cada um deles, determinado grande variação na implantação de departamentos nas escolas médicas. Apesar de tais diferenças, duas conclusões são claras: primeira, a credibilidade da Medicina de Família como especialidade é diretamente proporcional à sua incorporação acadêmica. A instalação universitária torna

transparentes os seus valores, conferindo-lhe a credibilidade devida e permitindo a prática – clínica e educacional – dos novos paradigmas que propõe⁶. Em segundo lugar, o impacto da Medicina de Família e Comunidade quando incorporada num sistema de saúde faz diferença na efetividade da atenção primária à saúde⁷.

A afirmação da identidade da Medicina de Família e Comunidade como especialidade passa necessariamente por sua progressiva inserção universitária como disciplina acadêmica⁸. Assim, é possível assumir um posicionamento que leva a falar de igual para igual com as outras especialidades médicas, em paridade de competências, sabedora de possuir um corpo próprio de conhecimentos, uma metodologia específica e linhas de pesquisa peculiares. Não mais nem menos importante do que as outras áreas do saber médico; apenas uma área voltada àquilo que lhe é próprio, objeto do seu conhecimento, terreno específico de ação médica que se reproduz no cotidiano do médico de família.

Editorial⁹ recentemente publicado mostra como deve ser, na prática, a postura de um generalista em versão acadêmica, de um médico de família. As necessidades de cuidado que um paciente apresenta, especialmente os crônicos com freqüentes co-morbidades, requerem um profissional que o aborde com perspectiva ampla e que adote como metodologia do cuidar uma visão mais abrangente. Nessa nova perspectiva o médico deve decidir as melhores opções de ação clínica para o paciente, tendo, ao mesmo tempo, a necessária sensibilidade

para coordenar as prioridades dos diferentes problemas de saúde apresentados com as prioridades advindas dos valores e sentimentos do mesmo.

O profissional deve também reconhecer que o próprio paciente e sua família fornecem, muitas vezes, as melhores sugestões de como cuidar de um paciente crônico, atendendo ao controle dos sintomas, qualidade de vida e 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 sua linguagem e dialogar na procura solidária das melhores soluções. Para coordenar todos os esforços de ajuda ao paciente, o médico de família assume papel central e integrador.

Convertido em verdadeiro gestor de saúde, torna-se colaborador, em primeiro lugar, do paciente para administrar a doença e as limitações; depois, trabalha em parceria com os especialistas e outros profissionais de saúde para buscar respostas às questões específicas. Um médico de família oferece mais do que a simples soma de soluções para os diversos problemas de saúde apresentados pelo paciente. É bem mais que um produto algébrico ou, quando mal coordenado, uma colcha de retalhos. Trata-se de nova perspectiva no cuidar, de uma diferente *gestalt*, uma visão do mundo – no caso, do paciente que tem ante si. Um novo paradigma que tem de ser construído, aprendido e ensinado.

Ensinar esse novo paradigma, com atuação própria nos currículos de pós-graduação e, principalmente, graduação do curso médico, torna

possível vocacionar os estudantes – futuros médicos – para esta opção profissional. Uma vocação que desperta ao contato com modelos reais, com médicos de família que possuem respeitabilidade acadêmica e que ensinam praticando atenção primária com resolubilidade e competência. É óbvia a dificuldade decorrente de se pretender recrutar profissionais para uma especialidade ausente na escola médica. A efetiva inserção acadêmica da Medicina de Família e Comunidade tenderá a catalisar as lideranças presentes nos estudantes, a conquistar prestígio entre os próprios acadêmicos, e poderá ainda estabelecer um nicho responsável pela educação continuada de todos os que atuam na atenção primária, garantindo, assim, a qualidade dos profissionais e a avaliação dos processos de certificação.

Medicina de Família e Comunidade no Brasil: oportunidades e desafios

Cumprir fazer um balanço da situação exposta para, a seguir, propor algumas estratégias de ação. Quais são as oportunidades hoje existentes no cenário de saúde no Brasil? Quais desafios precisam ser enfrentados para melhorar a proposta de *Saúde para todos*?

A melhor oportunidade: o governo brasileiro adota como prioridade a atenção primária à saúde, por meio do PSF, e o Ministério da Saúde destina recursos e postos de trabalho proporcionais. Paralelamente, a universidade não está formando a necessária quantidade de médicos adequados para responsabilizar-se por essa proposta de trabalho. Disso se depreende que os esforços não estão coordenados entre essas diferentes instâncias. Nesse caso, parcela

significativa da responsabilidade por tal situação recai nas instituições educacionais que, limitando-se a reproduzir o modelo tecnicista, focado na assistência hospitalar, carecem de transparência para com os alunos que não são atraídos para essa opção profissional. Obter da universidade adequada resposta à resolução dessa equação é um dos maiores desafios à implementação da Medicina de Família e da Comunidade em paridade de condições com as demais especialidades e à demanda por atenção primária à saúde, hoje verificada no Brasil.

Apesar da ausência de envolvimento das universidades com a formação para essa opção profissional, o envolvimento dos estudantes de Medicina com a Medicina de Família tem sido crescente nos últimos dez anos, decorrendo, em grande parte, de um trabalho de formação continuada, de caráter não-curricular¹⁰. Importantes questões emergem do trabalho em Medicina de Família com os acadêmicos^{11,12}. Assim, a motivação do estudante e a reflexão vocacional, a visualização do professor como exemplo de aprendizado, a inserção precoce do aluno no atendimento ao paciente com acompanhamento longitudinal atuando como elemento integrador das disciplinas curriculares, a transformação do aluno em professor de outro aluno, fomentando os esquemas de comunicação, e a preparação de futuros médicos de família, bem como professores em programas de residência médica¹³, são oportunidades excelentes e que devem ser aproveitadas¹².

Cabe, pois, convocar todos os envolvidos com atenção primária e Medicina de Família e Comunidade para iniciar o processo de

definição da especialidade, estabelecer os referenciais de qualidade e projetar os programas educacionais, em ação conjunta. Essas lideranças são o governo, as universidades, os responsáveis pela gestão do SUS, as diretorias das sociedades médicas, os representantes das empresas privadas de saúde, bem como as da própria comunidade. Nesse sentido, cumpre salientar o reconhecimento pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) da especialidade Medicina de Família e Comunidade, por meio da Resolução CFM 1.763/05, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)¹⁴.

Apesar desse reconhecimento, faz-se necessário apontar que as dificuldades que a Medicina de Família e Comunidade se defronta para instalar-se com credibilidade no Brasil guardam analogia com as que outros países têm enfrentado. Diante disso, torna-se importante utilizar a experiência internacional acumulada pela OMS, Wonca e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) como medida de prudência e garantia de maior eficácia^{7,15}, quer na implementação de programas de educação continuada, na certificação da especialidade, quer na melhoria da qualidade acadêmica decorrente da necessária preparação dos professores da disciplina. Todas essas medidas devem aproveitar-se da experiência do médico de família como educador e promotor de sua própria especialidade¹⁶.

As oportunidades que o cenário brasileiro oferece no momento são favoráveis e, talvez,

únicas. A Medicina de Família e Comunidade depara-se com terreno fértil para o seu crescimento. Melhorar a qualidade de vida e a

saúde da população brasileira é desejo que deve promover a união de forças para vencer os desafios.

Resumen

Formando médicos para la Medicina Familiar y Comunitaria

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata, estrenaba el concepto de Salud para Todos, convocando los países del mundo para revisar sus sistemas de salud, haciéndolos accesibles a la población. En 1994 Brasil lanza el Programa de Salud de la Familia. La Universidad no está disponiendo adecuadamente médicos para este trabajo. El involucramiento de los estudiantes de medicina con la medicina de familia creció en los últimos diez años como consecuencia de un trabajo de formación continuada de carácter no curricular. La motivación del estudiante y la reflexión vocacional, la visualización del maestro como ejemplo de aprendizaje, la inserción precoz en el servicio al paciente con acompañamiento longitudinal, fomentando los esquemas de comunicación y disponiendo futuros maestros son oportunidades excelentes a ser aprovechadas.

Palabras-clave: Medicina de Família. Atención Primaria.

Abstract

Educating Physicians for Family Medicine and Community

The International Meeting regarding Primary Health Care held by World Health Organization in Alma-Ata, initiated the concept of Health for All, and called all countries of the world, to revise their health systems, making them accessible to their populations. In 1994 Brazil launched a Family Health Program. The University is not preparing adequately physicians to take responsibility for this proposed work. The students involvement with family medicine has been increasing over the last ten years through continuous education programs, of a non-curricular nature. The motivation students, further to realize the professor as a learning role model, using tutorial programs to guide students info early patient care with longitudinal follow-up, and preparing professors are all them excellent opportunities to be considered.

Key words: Family Medicine. Primary care.

Referências

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primay health-care. Report of the International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata, USSR. Geneva: World Health Organization; 1978. (Health for All Series).
2. Flexner A. Universities, American, English and German. New York: Oxford University Press; 1930.
3. Organização Mundial da Saúde. Organização Mundial dos Médicos de Família. Tornar a prática e a educação médica mais relevantes para as necessidades das pessoas: a contribuição do médico de família. Ontário, Canadá: OMS/WONCA; 1994 Nov.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde capacita tutores do Programa de Interiorização [Online] [Notícia disponibilizada em. 29 ago 2001]. Disponível em:URL: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=460.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.143/GM, de 7 de julho de 2005. Apóia programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde [Online] [Acessado em 10 Out 2007]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/PORTARIA_1143_01.pdf.
6. Mcwhinney I. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press; 1997.
7. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: the contribution of family medicine; a guidebook. Singapore: World Academy of Family Doctors; 2002.
8. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sobramfa; 2003.
9. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities and the need for medical generalism. *Annals of Family Medicine* 2003;1:1,4-6.
10. Sociedade Brasileira de Medicina da Família. Programa fitness: formação integral e treinamento sob supervisão: residência médica de família [Online]. [Acessado em 2 jan 2007]. Disponível em: URL: <http://www.sobramfa.com.br/pagina.php?p=fitness>.
11. Blasco PG. Medicina de família e cinema: recursos humanísticos na educação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
12. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Janaudis MA, Levites M. Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina: análisis cualitativo de una experiencia. *Tribuna Docente* [Online] 2006 [Acessado em 2 jan 2007];8(4):1-8. Disponível em: <http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/Pregrado.pdf>.
13. Levites M, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Albuquerque IC, Blasco PG. Procurando a excelência na formação dos médicos de família: o programa fitness, uma experiência inovadora. *Archivos em Medicina Familiar* 2006;8(1):83-96.
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.785, de 5 de abril de 2006. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.763/05, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) [Acessado em 2 jan 2007]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1785_2006.htm.
15. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M et al. Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. *Academic Medicine* 1995;70(5):370-80.
16. Freeman J, Pollock M, Schneider D. Seminar family practice residency education taught by family practice faculty: why should this be considered innovative? Society of Teachers of Family Medicine 33rd Annual Spring Conference Program; 2000 May; Orlando, (Florida, USA).

Contatos

Marco Aurélio Janaudis – marcojanaudis@sobramfa.com.br

Pablo González Blasco – pablogb@sobramfa.com.br

Cynthia Haq – chaq@fammed.wisc.edu

Joshua Freeman – jfreeman3@kumc.edu

Sociedade Brasileira de Medicina de Família – www.sobramfa.com.br