

VITOR RAMOS

Centro de Saúde do Lumiar (Lisboa).
Membro da Direcção da Associação Portuguesa
dos Médicos de Clínica Geral

O RESSURGIMENTO DA MEDICINA FAMILIAR

157

A carreira médica de clínica geral foi criada em Portugal, em 1982. Este acontecimento foi determinado pelo ressurgimento da clínica geral/medicina familiar em vários países ocidentais mas teve também vários condicionantes de âmbito nacional. O autor analisa os antecedentes internacionais e as raízes e condicionantes nacionais da actual carreira médica de clínica geral. Descreve alguns dos principais problemas com que se debate este novíssimo ramo da medicina portuguesa que, apesar de tudo, é rico em potencialidades e perspectivas.

O ressurgimento, nas últimas duas décadas, da Clínica Geral/Medicina Familiar nos países mais industrializados do mundo constituiu um acontecimento rico de significado na evolução da medicina «ocidental» (McWhinney, 1981).

Em Portugal, a criação da carreira médica de clínica geral, em 1982 (Decreto Lei n.º 310/82), reflecte, de certo modo, aquela tendência internacional. Está também intrinsecamente ligada às alterações produzidas na prestação de cuidados médicos e na filosofia e estrutura do sistema de saúde português após 1974.

Ambos os acontecimentos podem ser descritos e explicados no contexto do movimento de viragem que se vem operando nos valores e modelos do pensamento filosófico e científico, em especial no domínio das respectivas aplicações práticas (Illich, 1976; Engel, 1977; Danzin e Prigogine, 1982; Rosnay, 1977; McWhinney, 1984).

A história da clínica geral confunde-se com a história de toda a Medicina. Porém, foi durante o século XIX que se desenvolveu a figura paradigmática do Clínico Geral. Exemplos vivos e personagens de ficção literária criaram um perfil — modelo do médico com admiráveis qualidades profissionais

Introdução

Antecedentes de âmbito internacional

e humanas, integrado nas comunidades dos diversos países do mundo ocidental. É a fase do «João Semana» e o século XIX é considerado por vários autores como a primeira era da clínica geral (McWhinney, 1981; Gibson, 1981; Geyman, 1980).

Naquela altura, a medicina já colhia benefícios notáveis do pensamento e do método científico, as especializações ainda não se tinham multiplicado e uma grande corrente humanística impregnava a medicina. Começara a generalizar-se o uso de instrumentos clínicos auxiliares e de precisão (estetoscópio, oftalmoscópio, laringoscópio, lupa, microscópio, termómetro clínico, etc.) e a bagagem de conhecimentos, qualidades e destreza dos médicos de clínica geral era fundamentalmente adquirida no contacto e interacção diários com os doentes e seus familiares, fazendo crescer uma sabedoria que, embora rudimentar do ponto de vista das ciências biomédicas, se adaptava razoavelmente à condição humana.

É de salientar uma «nuance» interessante, detectável no Reino Unido, onde podem identificar-se três origens distintas da classe médica actual:

a) Os «physicians» — geralmente oriundos das classes mais abastadas e que haviam seguido os estudos médicos clássicos;

b) Homens de arte (barbeiros) — que praticavam a cirurgia;

c) Os boticários — que obtiveram, no passado, prerrogativas para o exercício da Medicina porque, nos períodos de epidemias, os «physicians» fugiam das zonas afectadas e eram os boticários que asseguravam a assistência às populações (Gibson, 1981; Davis, ed., 1986). É destes boticários que derivam, em grande medida, os «general practitioners» e a clínica geral britânica orgulha-se de ter raízes na proximidade, ligação e dedicação daqueles homens à comunidade.

A fase analítica e reducionista das especializações viria a estabelecer-se progressivamente na primeira metade do século XX, atingindo o desenvolvimento pleno nas décadas do pós-guerra.

Como marco de referência para o arranque desta fase costuma citar-se o relatório Flexner. Este relatório, que surgiu em 1910 nos E.U.A., levou ao encerramento de muitas escolas médicas americanas por falta de credibilidade científica. O rigor de critérios e requisitos que passou a ser exigido às escolas médicas, tornou-as centros de ensino e investigação, e possibilitou o desenvolvimento de uma medicina tecnológica altamente especializada embora progressivamente menos sensível ao papel social da profissão médica.

Interessante, também, é acompanhar a metamorfose sofrida pelos hospitais em todo este período de evolução

científica e tecnológica que ocorreu praticamente em todos os países industrializados e, com alguns anos de atraso, em Portugal.

Os hospitais eram, de facto, locais de caridade destinados em geral aos pobres e aos indigentes, desde os tempos medievais. No entanto, a concentração nos hospitais de «material» humano e casos clínicos numa fase de evolução científica altamente analítica e a anexação de alguns deles às escolas médicas iria atrair gerações de médicos em formação. Estes, quer pela necessidade de se treinarem nos hospitais no sentido de adquirir uma maior segurança profissional e ganhar a confiança dos seus clientes de clínica privada, quer por exercício da caridade, davam parte do seu tempo de trabalho aos hospitais.

159

Estavam criadas condições favoráveis para o aprofundamento do conhecimento nos vários domínios da patologia humana.

A montagem de equipamentos, laboratórios, e o desenvolvimento de tecnologia, estiveram também facilitados pelo ambiente concentracionário dos hospitais.

As transformações sociais, económicas e científicas ocorridas após a II Guerra Mundial tiveram grandes repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Estes tornaram-se cada vez mais complexos requerendo ambientes tecnológicos cada vez mais sofisticados; as especialidades médicas e médico-cirúrgicas, multiplicaram-se explosivamente.

Não se pense porém, que o especialismo é apanágio da medicina científica dos nossos dias. Heródoto ao descrever a medicina praticada no Egipto, no Vale do Nilo, há mais de 4000 anos, fazia a seguinte observação:

«A arte da Medicina está muito dividida; cada médico dedica-se a apenas uma doença e não mais. Abundam médicos por toda a parte; uns para os olhos, outros para a cabeça, outros para os intestinos e outros para as doenças internas» (Margotta, 1968).

De qualquer modo, os clínicos modernos acabariam por se render à imponência tecnológica de um mundo em que o hospital passara de local de caridade, a templo da ciência. O prestígio da medicina hospitalar atraiu durante décadas a maior parte dos médicos e a clínica geral passou a um plano secundário e quase desapareceu em muitos países. Até no Reino Unido — considerado o baluarte da clínica geral e onde os clínicos gerais mantiveram uma posição importante no sistema de saúde, reforçada após a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1948 — se verificou este declínio. E tanto assim que, nos anos 60, os «general practitioners» britânicos se sentiam desmoralizados, sobrecarregados com trabalho e cada

vez menos prestigiados, quando comparados com os seus colegas dos hospitais (Horder, 1984; Buckley, 1985).

A partir da década de 60, acompanhando os movimentos sociais e filosóficos da altura, começaram a surgir em vários países críticas à profissão médica, as quais subiram de tom na década de 70 (Illich, 1976; Engel, 1977). Também a imagem do médico junto da população passou a acusar uma progressiva degradação.

Punha-se em causa o modelo reducionista tecnológico predominante. Acusava-se a medicina de desumanização e cegueira tecnológica, de falta de ética, de perspectiva e de responsabilização sociais.

Numa fase de pujança e afirmação da medicina, assistia-se ao reaparecimento de uma contestação que faria lembrar as sátiras de Aristófanes ou de Molière sobre os médicos e a medicina. O prestígio e a confiança inquestionáveis, usufruídos pela medicina nos 30 anos precedentes, começaram a ser abalados (Illich, 1976; Engel, 1977; Knowles, ed., 1977; Burnham, 1982).

O paradigma da medicina «científica» é posto em causa à medida que as suas insuficiências se tornaram mais evidentes (McWhinney, 1984) e o movimento de renascimento da clínica geral assenta neste contexto.

Um forte movimento internacional em prol da clínica geral/medicina familiar tomou corpo nos últimos 20 anos. São exemplos de marcos de referência desse movimento:

- a) A fundação do colégio de clínicos gerais britânicos, em 1952;
- b) As primeiras propostas para a criação da especialidade de Medicina Familiar, nos E.U.A. e no Canadá, em 1966 (Geyman, 1980a; McWhinney, 1966);
- c) O reconhecimento da Medicina Familiar como a 20.^a especialidade da medicina americana, em 1969;
- d) A criação da primeira cátedra de clínica geral, no Reino Unido, em 1970;
- e) A fundação da WONCA — Organização Mundial das Associações de Clínica Geral e de Médicos de Família, em 1972 (Carné, 1980);
- f) A definição de um perfil para o clínico geral europeu, proposto pelo grupo «Leeuwenhorst», em 1974 (The Leeuwenhorst Working Party, 1977);
- g) o reconhecimento, pela 30.^a Assembleia Mundial de Saúde (1977), de que a maior parte dos sistemas de

saúde do mundo não estava a dar resposta aos problemas e necessidades de saúde das suas populações (OMS, 1977);

- h) A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma Ata, em 1978 (OMS/UNICEF, 1978);
- i) O aparecimento de livros de texto e de classificações sobre os problemas de saúde no âmbito dos cuidados primários e da clínica geral/medicina familiar (WONCA, 1979).
- j) O início da obrigatoriedade da formação pós-graduada específica para o exercício da clínica geral, em vários países europeus (The New Leeuwenhorst Group, 1985).

161

Na 11.ª Conferência Mundial da WONCA, realizada em Londres, em 1986, os temas principais eram já claramente orientados para estratégias de promoção da saúde. Sob o lema «Towards 2000», clínicos gerais de todo o mundo, presentes nesta conferência gigantesca, propuseram assumir-se como aliados decisivos do movimento para a melhoria da saúde e bem estar dos povos do mundo, demonstrando uma perspectiva mais larga que a tradicional perspectiva médica curativa (Ramos, 1987).

No entanto, não foram a vontade e a determinação de um sector dinâmico da classe médica que provocaram o ressurgimento da clínica geral. Este fenómeno dependeu, em larga medida, de um conjunto de factores como, por exemplo:

a) Modificações demográficas:

- envelhecimento crescente da população dos países industrializados e conseqüente aumento de um sector grande consumidor de cuidados médicos;
- diversificação dos tipos de «família» e complexificação da dinâmica e relações interpessoais e intrafamiliares;

b) Modificação dos padrões de morbilidade e mortalidade:

- aumento da população com doenças crónicas e com deficiências e incapacidades;
- aumento da procura de cuidados médicos devida a problemas psico-afectivos e psico-sociais;
- as modificações do ambiente e novos estilos de vida tornam-se determinantes nos padrões de morbilidade;

c) Reconhecimento da saúde como um direito;

d) Aumento explosivo dos gastos em saúde:

- os governos tendem a implementar medidas de contenção de gastos em face das crises financeiras dos seus estados, enquanto os organismos profissionais reclamam a necessidade de salvaguardar padrões de qualidade profissional;

e) Consequências da revolução tecnológica e da multiplicação de especialidades:

- a crescente especialização e incorporação tecnológica na prática médica trouxeram novas possibilidades de intervenção. Porém, também contribuíram para a desumanização progressiva dos cuidados médicos e para a complexificação do labirinto da medicina. Acabou por se criar um espaço vazio favorável ao desenvolvimento de uma medicina integradora, procurando conciliar as perspectivas individual, familiar e comunitária numa visão global e coerente dos problemas de saúde.

f) Evidência crescente da insuficiência do paradigma vigente da medicina:

- quer a taxomania, quer os modelos de causalidade e os factores terapêuticos utilizados, se mostram inadequados e precários em relação a muitos dos problemas de saúde, nomeadamente em relação às representações sociais das doenças;
- o sistema educativo médico clássico mostra-se incapaz de preparar os médicos para o exercício correcto da clínica geral. A formação médica básica não produz, de facto, clínicos gerais e é necessário criar esquemas pertinentes de formação pós-graduada específica;
- o sobreconsumo de medicamentos é uma das manifestações de todas estas insuficiências;

g) Ética médica e responsabilidade profissional:

- aspectos que voltam a ocupar uma posição central nas preocupações da classe médica e da sociedade, e que, de certo modo, dão força aos papéis de conselheiro e de coordenador da prestação de cuidados que podem ser desempenhados pelo médico de família;

h) «Interface» dos sistemas de saúde com a comunidade:

- esta «interface» surge cada vez mais como o elemento chave para a racionalização e eficiência de qualquer

sistema de saúde e pode ser qualificadamente gerida pelo médico de clínica geral. Para tal, necessita integrar-se numa equipa de saúde e dispor de uma boa articulação com outros níveis de cuidados e com os recursos da própria comunidade.

Assiste-se assim ao ressurgimento da clínica geral a nível mundial, não apenas na figura do médico de família, mas também através da formação de uma nova disciplina académica, essencialmente integradora e transdisciplinar. Esta nova disciplina vem manifestando uma grande abertura às contribuições das ciências sociais, para a compreensão e para a tomada de decisões terapêuticas em relação a muitos problemas clínicos que anteriormente eram abordados de um ponto de vista estritamente biomédico.

163

A figura do clínico geral tradicional perdeu prestígio e quase desapareceu do cenário médico português, nas últimas três ou quatro décadas. Durante esse período, as Faculdades de Medicina acompanharam, muito naturalmente, o movimento de especialização e fragmentação da medicina clínica e a incorporação de tecnologia progressivamente mais complexa, diversificada e onerosa.

Antecedentes da criação da carreira de clínica geral, em Portugal

A medicina académica foi perdendo progressivamente a perspectiva humanística e universalista. As perspectivas técnica, reducionista e de especialização, cada vez mais restrita, foram sem dúvida importantes mas a sua predominância teve inconvenientes que se reflectem hoje, na dificuldade em corresponder às necessidades de saúde das populações e em compreender a importância (mesmo académica) que pode ter a clínica geral.

A atracção da especialização e a centralização das condições tecnológicas, para aquela especialização, foram levando à concentração dos médicos nas 3 grandes cidades (Lisboa, Porto e Coimbra). Em 1974-75, o país estava sem médicos no interior porque os poucos que existiam iam falecendo e não eram substituídos.

Os próprios Serviços Médico-Sociais («caixas»), que empregavam milhares de médicos em «part-time» e produziam milhões de consultas por ano, tinham os seus bastiões nas grandes cidades.

A rede de Centros de Saúde, criada em 1971, e que abrangia praticamente todos os concelhos do país, debatia-se com graves carências de recursos humanos.

O início do Serviço Médico à Periferia em 1975, procurava resolver dois problemas: fazer chegar médicos a todos os concelhos do país e servir de válvula de escape e compasso

de espera a cursos médicos numerosos que aspiravam regressar aos Hospitais, para se especializarem.

Em cerca de seis anos as Faculdades de Medicina, haviam «produzido» mais de 10 000 médicos com um perfil difuso para um sistema de saúde insuficientemente estruturado e desenvolvido.

Transbordando dos Hospitais Centrais para os Hospitais Distritais, e com um ano de serviço à periferia (que foi sentido como um período altamente formativo e sensibilizador para muitos), os jovens médicos tinham ainda compassos de espera de vários anos, antes de poderem progredir na sua carreira profissional.

Entretanto, o Serviço Médico à Periferia havia criado necessidades e expectativas junto das populações ao mesmo tempo que muitos médicos adquiriam uma nova visão da medicina e dos problemas reais de saúde do país.

Apesar do movimento internacional de ressurgimento da clínica geral se ter iniciado na Europa e América do Norte, décadas atrás (Johnson, 1946; British Medical Association, 1950; Dimond, 1959; Editorial, 1961; Association Internationale des Médecins Omnipraticiens, 1962), só no final dos anos 70 começou a tomar forma, em Portugal, a ideia da recuperação da figura do generalista, clínico geral ou médico de família. São de realçar, no entanto, algumas vozes isoladas que, entre nós, chamaram a atenção, há mais de 25 anos, para aquele movimento (Gama, 1964).

Após tentativas legislativas em 1977 e em 1979, foi finalmente institucionalizada em 1982 a carreira médica de clínica geral (Dec.-Lei n.º 310/82) a par das outras duas carreiras: Hospitalar e de Saúde Pública.

O clínico geral é hoje, em Portugal, herdeiro das «caixas», rebaptizadas de Serviços Médico-Sociais, e do Serviço Médico à Periferia, iniciado em 1975 e suspenso em 1982.

Em 1982-1983 inicia-se o processo de integração da rede de Centros de Saúde dependentes da então Direcção-Geral de Saúde e criada pela legislação de 1971, com a gigantesca rede de postos dos Serviços Médicos-Sociais da Previdência. As unidades resultantes deste processo são Centros de Saúde integrados. Estes, são unidades funcionais prestadoras de cuidados essenciais de saúde à população portuguesa. São a base de toda a rede extra-hospitalar do sistema de saúde, e neles estão integrados cerca de 6000 médicos de clínica geral ou médicos de família, distribuídos segundo o ratio médio de 1/1500 habitantes.

A grande maioria destes médicos não recebeu qualquer formação específica para o exercício da clínica geral ou medicina familiar.

O estágio crítico a que chegou a medicina portuguesa nos últimos anos, a par da indefinição da política e estratégias da saúde, têm inevitáveis consequências para a organização e coerência do sistema de saúde e condicionam, em grande parte, as dificuldades com que se debate a clínica geral.

A clínica geral portuguesa encontra-se assim, num contexto em que terá de forjar, em grande medida, as suas próprias raízes.

Quando os médicos de clínica geral foram colocados nos serviços de saúde oficiais, em 1982, depararam de imediato com graves problemas e dificuldades que ameaçavam a sua identidade específica, a sua autonomia técnica e a própria dignidade profissional e humana. Em Maio de 1983 é fundada a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, estabelecendo-se de imediato contactos, com as principais associações congéneres do mundo (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1984). Desde então esta Associação tem desempenhado um papel pioneiro na introdução, em Portugal, de novos conceitos e perspectivas em matéria de clínica geral/medicina familiar. Desde 1984, vem organizando encontros anuais (em Évora, Coimbra, Lisboa e Porto, sucessivamente); edita, também desde 1984, a Revista Portuguesa de Clínica Geral; promove conferências anuais sobre formação e dinamiza múltiplas iniciativas regionais e locais. Tal dinamismo, não tem paralelo em qualquer outro ramo da medicina portuguesa.

Passaram quase 5 anos sobre a criação da carreira e, no entanto, as poucas avaliações efectuadas demonstram que o esforço e empenhamento investidos não correspondem a resultados da mesma ordem de grandeza. O lastro herdado do passado, a falta de formação e qualificação específicas e o enquadramento burocrático-administrativo do presente são algumas das peias mais importantes ao desenvolvimento da clínica geral portuguesa.

Algumas das perguntas que foram formuladas em 1982, mantêm a sua pertinência:

a) Como praticar um clínica geral moderna, de qualidade, no quadro de carreira médica oficial portuguesa? Será o estatuto de «funcionário público» adequado ao perfil profissional do médico de família?

b) Como facilitar o desenvolvimento da clínica geral/medicina familiar no contexto da rede de Centros de Saúde?

É de notar que existem, actualmente, 6000 médicos de clínica geral colocados em Centros de Saúde. A grande maioria destes médicos, tem idades que rondam os 30 anos e constitui, de facto, um corpo profissional com antecedentes sócio-culturais relativamente bem demarcados. Seria interes-

História recente da clínica geral portuguesa

Vitor
Ramos

sante aprofundar o perfil sociológico deste grupo profissional e, simultaneamente, estudar soluções alternativas capazes de lhe fortalecer a identidade e aumentar a motivação. Alguns dos aspectos a ter em conta são:

- estatuto profissional (com redefinição de responsabilidades, compromissos e áreas de autonomia)
- sistema retributivo concordante com o estatuto profissional
- condições de trabalho
- formação em serviço

166

Em relação à relevância internacional da experiência portuguesa, parece prematuro avançar quaisquer considerações. Está em pleno desenvolvimento entre nós, o conceito do Centro de Saúde como centro profissional dos cuidados de saúde ao nível das comunidades. Este modelo contém alguns aspectos inovadores e está implementado em apenas alguns países. Prevendo-se que a clínica geral/medicina de família, venha a ocupar um lugar destacado e progressivamente mais prestigiado nos Centros de Saúde, é natural que, num futuro próximo, a clínica geral portuguesa possa constituir objecto de estudo e reflexão e forneça contributos inovadores com impacto a nível internacional. No entanto, mais importante que dar brado noutras paragens, é urgente, que se responda adequadamente aos problemas e necessidades de saúde da nossa população. ■

Vitor
Ramos

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral 1984 «Breve história da sua constituição», *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1,1,4.
- Association Internationale des Médecins Omnipraticiens 1962 «Définitions de l'Omnipraticien», *Révue du Practicien*, XXI, 8.
- British Medical Association 1950 *General Practice and Training of the General Practitioner*, Londres, British Medical Association.
- Buckley, E. G. 1985 «Cuidados Terminais em Clínica Geral», *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2, 7, 13-14.
- Burnham, J. C. 1982 «American Medicine's Golden Age: What happened to it?» *Science*, 215, 1474-1479.
- Carne, S. 1980 «Colleges and Academies» in Fry (1980:509-515).
- Cormack, J.; M. Marinker e D. Morrell 1981 *Teaching General Practice*, Londres, Kluwer Publishing Ltd.
- Danzin, A. e Prigogine I. 1982 «Are we getting the science we need?» *The Unesco Courier*, Fev., 4-9.
- Davis, W. (ed.) 1986 *Medical London — A brief historical guide*, Londres, Bureau of Medical Practitioners Affairs, Lte.
- Decreto Lei n.º 310/82 1982 *Diário da República*, I Série, 3 de Agosto.
- Dimond, E. G. 1959 «Family Physician, General Practitioner and Internist», *JAMA*, 171, 1443-1446.
- Editorial 1961 «Family Physician of the Future», *New Engl. J. Med.*, 265; 500.
- Engel, G. L. 1977 «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», *Science*, 196, 129-136.
- Fry, J. (ed.) 1980 *Primary Care*, Londres, W. Heinemann Books, Ltd.
- Gama, M. M. 1964 «O renascimento do clínico geral e o problema da sua actualização», *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, CXXVIII, 3, 139-155.
- Geyman, J. P. 1980a «The history of general practice», in *idem* (1980b:1-12).
- Geyman, J. P. 1980b *Family Practice: Foundation of changing health care*, Nova Iorque, Appleton, Century/Crofts.

- | | | |
|--------------------------------|------|---|
| Gibson, R. | 1981 | <i>The Family Doctor — His life and history</i> , Londres, George Allen & Unwin. |
| Horder, J. | 1984 | «The Royal College of General Practitioners, <i>The Physician</i> , Março, 584-585. |
| Illich, I. | 1976 | <i>Medical Nemesis: The expropriation of health</i> , Nova Iorque, Random House. |
| Knowles, J. H. (ed.) | 1977 | <i>Doing Better and Feeling Worse</i> , Nova Iorque, WW Norton |
| 168 Johnson, W. M. | 1946 | «Will the Family Doctor Survive?», <i>JAMA</i> , 132, 1-4. |
| Margotta, R. | 1968 | <i>The History of Medicine</i> , Nova Iorque, Golden Press, cit. in Geyman (1980b). |
| Mc Whinney, I. R. | 1966 | «General Practice as an Academic Discipline», <i>Lancet</i> , 1, 419-423. |
| Mc Whinney, I. R. | 1981 | <i>An Introduction to Family Medicine</i> , Oxford, Oxford University Press. |
| Mc Whinney, I. R. | 1984 | «Changing Models: The impact of Kuhn's theory on medicine», <i>Family Practice</i> , 1, 1, 3-8. |
| OMS | 1977 | <i>Resolução 30/43</i> , 30.ª Assembleia Mundial de Saúde, Genebra. |
| OMS/UNICEF | 1978 | <i>Conclusões e recomendações da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários</i> , Lisboa, Direcção-Geral de Saúde. |
| Ramos, V. | 1987 | «11.ª Conferência Mundial de Clínica Geral — Relatório», <i>Revista Portuguesa de Clínica Geral</i> , 4, 19, 22-24. |
| Rosnay, J. | 1977 | <i>O macroscópio: para uma visão global</i> , Lisboa, Arcádia. |
| The Leeuwenhorst Working Party | 1977 | <i>The General Practitioner in Europe</i> , Leeuwenhorst, Holanda. |
| The Leeuwenhorst Group | 1985 | <i>A commentary on the present state of learning and teaching general practice in Europe</i> , The New Leeuwenhorst Group, Beerse, Bélgica. |
| WONCA | 1979 | <i>International Classification of Health Problems in Primary Care</i> , Oxford, Oxford University Press. |