

# UM FUTURO PARA A MEDICINA DE FAMÍLIA EM PORTUGAL

Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

## PREÂMBULO

Desde a consagração legal, ainda que deficiente, da Clínica Geral/Medicina de Família através do Decreto-Lei 310/82 de 3 de Agosto, esperar-se-iam novos avanços qualitativos palpáveis que permitissem aplicar plenamente os conceitos então apresentados. Tal não aconteceu. O Decreto-Lei 73/90 não é melhor que o anterior: pelo contrário, ele veio criar um emaranhado de situações injustas e equívocas que estão a contribuir de forma intolerável para a desmotivação dos profissionais de saúde e a impossibilitar a implantação de uma medicina de família moderna e credível. Isto resulta também da incapacidade de afrontar o verdadeiro problema: os actuais modelos de gestão e organização da prestação de cuidados, que há muito se revelaram ineficazes.

A Portaria 667/90, entretanto surgida, cria um sistema convencionado fictício que não respeita a Directiva da CEE sobre a qualificação dos médicos defad111ia e nao melhorará o estado actual da prestação de cuidados à população.

Em Dezembro de 1989 a Direcção Nacional da APMCG divulgou um documento de apreciação do Projecto Lei de Bases do Sistema de Saúde elaborado pelo Governo, em que se destacavam aspectos positivos e negativos. Posteriormente, a APMCG teve acesso aos projectos do Partido Socialista, do Partido Comunista, do Partido do Centro Democrático Social, do Partido Renovador Democrático e da Ordem dos Médicos. Lamentavelmente, também estes documentos reflectiam, em geral, uma insuficiência conceptual e técnica reveladora do fraco nível de debate e de estudo que deve ter estado na base da sua elaboração.

De qualquer forma, a Lei 48/90 (a Lei de Bases dos Sistema de Saúde) permite, pela sua generalidade, alguma margem para experiências que esperamos possam contribuir para viabilizar, num futuro próximo, o sistema de saúde completo e eficaz a que os portugueses aspiram e têm direito.

Os aspectos essenciais que deveriam ser melhorados no âmbito da Clínica Geral/Medicina de Família mantêm-se quase inalterados. Estes aspectos são:

- Perfil profissional.
- Regime de trabalho.
- Sistema retributivo.
- Condições de atendimento.

Vários aspectos têm contribuído para a estagnação e degradação da Clínica Geral/Medicina de Família em Portugal. Desses factores destacam-se:

- a) Orçamentos vergonhosos que criaram uma situação de miséria nos serviços oficiais de saúde, em particular nos cuidados de saúde primários.
- b) Ausência de uma política coerente no campo da saúde, substituída por medidas avulsas e desgarradas no tempo, dos locais e dos contextos em que são aplicadas.
- c) Processo de recrutamento de responsáveis pela administração de saúde e pela gestão de serviços desligado de critérios de competência técnica para os cargos em questão.
- d) Incapacidade das estruturas médicas em melhorar este estado de coisas.

Apesar de todos os problemas, dificuldades e obstáculos, acreditamos que é possível inverter esta tendência. Alguns dos problemas são de natureza conceptual, de princípios e de valores. Porém, a maioria deles estão relacionados com o financiamento insuficiente e com a falta de capacidade técnica no domínio da administração de saúde.

Não são as leis que transformam a realidade mas sim o trabalho criativo da sociedade assente na participação activa e organizada dos seus cidadãos. Há que repensar toda a estrutura organizativa em que assenta a prestação de cuidados de saúde.

Torna-se assim necessário conjugar os esforços das organizações da classe médica e da sociedade civil com os das instituições estatais para a definição e implementação de novas estratégias, visando duas finalidades essenciais:

- a) Garantir a satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos, em especial no que se refere a uma assistência médica completa, qualificada e de fácil acesso.
- b) Assegurar a satisfação profissional dos médicos e dos profissionais de saúde em geral. Acreditamos que é possível um futuro mais saudável para os portugueses com um forte contributo da Clínica Geral/Medicina de Família.

Acreditamos que é possível um futuro mais saudável para os portugueses com um forte contributo da Clínica Geral/Medicina de Família. O presente documento é uma contribuição da APMCG nesse sentido.

Novembro de 1990  
A Direcção Nacional da APMCG

## INTRODUÇÃO

Os modelos de prestação de cuidados de saúde têm evoluído para procurar corresponder à modificação e ao acréscimo das necessidades de saúde geradas pela própria evolução social. Este fenómeno associou-se nas últimas duas décadas a uma progressão quase geométrica dos gastos em saúde e tem levado os governos e os gestores a inventar e a tomar medidas - nem sempre racionais - para contenção da escalada dos custos.

Portugal não foge a esta onda. No entanto, a forma de financiamento e o escasso orçamento atribuído à saúde têm conduzido a uma situação deplorável caracterizada pelos seguintes factos:

- 1º. A subida dos custos de medicamentos, material para exames complementares de diagnóstico e terapêutica e outro material de consumo acompanha as tendências internacionais. Este tipo de consumo não tem sido alvo de qualquer racionalização assente em critérios técnico-científicos.
- 2º. A evolução das dotações orçamentais não só não acompanha a evolução dos custos atrás referidos, como é alvo de uma contenção global e cega.
- 3º. Fica prejudicada a evolução da retribuição aos recursos humanos de saúde.
- 4º. Cria-se uma situação desesperada -mesmo indigna em alguns locais no que respeita às condições de trabalho nos serviços de saúde (instalações, equipamentos e ambiente de trabalho).
- 5º. Gera-se a degradação da imagem dos profissionais e do nível de prestação do sistema.

Qualquer alteração estrutural do actual modelo de prestação de cuidados de saúde em Portugal deve atender aos factos atrás referidos, e não pode servir de cortina de fumo para os escamotear.

A condenação simplista do actual sistema de saúde português exclusivamente pelos seus resultados, desligando-o do montante dos seus financiamentos, apesar de tentadora para alguns, constitui um tremendo erro de análise, voluntário para uns, involuntário para outros.

Assim sendo, e no caso português, terá de se proceder à distinção prévia dos insucessos, até agora considerados como resultado de orçamentos altamente insuficientes, dos decorrentes de defeitos estruturais e de gestão do sistema.

Seja qual for a alternativa encontrada, o seu êxito só não será comprometido se a opção for a de nos colocar nos níveis do contexto europeu que procuramos acompanhar, o que implica dotações orçamentais suficientes para a saúde.

Tudo o que puder ser dito e legislado sobre o sistema de saúde, sobre a qualidade dos serviços de saúde e sobre a prática qualificada da Clínica Geral/Medicina de Família, acabará por cair pela base se não se atender devidamente a este aspecto tao fundamental: o financiamento do sistema de saúde.

A APMCG nao pretende privilegiar ou fazer a apologia de qualquer modelo de sistema de saúde específico. No entanto também não pode ser assepticamente neutral, quando é sabido que a qualidade do desempenho profissional nesta área depende, em muitos aspectos, do contexto estrutural (sistema de saúde, carreiras médicas, regras de contratos e convenções, etc.) em que a Clínica Geral/Medicina de Família está inserida.

Este documento tem como objectivo afirmar algumas das ideias-chave que deverão vir a ser consagradas, qualquer que seja a configuração futura do sistema de saúde português, e assenta em duas questões centrais:

Como organizar a prática da Clínica Geral/Medicina de Família, mantendo uma boa relação custo/benefício e assegurando a qualidade dos serviços prestados?

Qual o papel da Clínica Geral/Medicina de Família no contexto global do sistema de saúde?

O presente texto resulta de um trabalho de reflexão que envolveu os diversos órgãos sociais da APMCG, com críticas, contributos e pareceres individuais de muitos sócios, na sequência do debate havido a propósito do documento de trabalho «QUE FUTURO PARA A CARREIRA DE CLÍNICA GERAL?» divulgado em Dezembro de 1989.

«UM FUTURO PARA A MEDICINA DE FAMÍLIA EM PORTUGAL» pode considerar-se um documento que sintetiza uma reflexão colectiva devários anos. Tem como preocupação fundamental a garantia do direito de todos os cidadãos a uma assistência médica altamente qualificada e descreve um enquadramento conceptual, estrutural e operacional para a Clínica Geral/Medicina de Família para a década de 90.

## **PRINCÍPIOS E VALORES**

A saúde é frequentemente referida como um bem que não tem preço. «Vão-se os anéis, fiquem os dedos», diz um provérbio popular. Logo, a vulnerabilidade social aos caçadores de lucros fáceis é, tradicionalmente, bastante elevada. Cabe ao Estado, à população e à classe médica em especial, impor elevados padrões éticos e deontológicos a todos os níveis do sistema. A defesa contra a burla, o charlatanismo, a extorsão ou o simples aproveitamento da ilusão dos leigos sobre a real utilidade de certos meios e procedimentos técnicos, deve ser uma preocupação constante de toda a sociedade.

Igual energia deve ser posta no combate à negligência profissional, às condições de trabalho degradadas e degradantes, e à baixa qualidade dos cuidados de saúde.

A actual tendência para uma maior abertura do sistema de saúde à iniciativa privada, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, podendo apresentar algumas vantagens, não deixa de comportar sérios riscos. As interferências de empresas e de empresários que, muitas vezes, sabem o preço de tudo e o valor de nada, podem também transformar-se num enorme perigo para o compromisso hipocrático, ameaçando os interesses e o bem estar da sociedade.

Torna-se assim fundamental que sejam rigorosamente respeitados princípios e valores que a seguir se indicam:

### **I. O PRIMADO DA PESSOA**

A Clínica Geral/Medicina de Família é, antes de tudo, uma MEDICINA DA PESSOA. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade bio-psico-socio-cultural. Cada PESSOA deve ser sentida e tratada no sistema de saúde não como um elemento entre milhões mas como um ser único com todas as suas particularidades e potencialidades, com os seus problemas e necessidades de saúde muito pessoais.

### **2. A PERSPECTIVA FAMILIAR**

Independentemente da diversidade de formas e da alteração de funções da família nas sociedades industrializadas, ela continua a ser um contexto fundamental a ter em conta na compreensão dos fenómenos de saúde-doença e na intervenção em saúde. Assim sendo, a Clínica Geral, enquanto MEDICINA DA PESSOA HUMANA GLOBAL, continua-se e completa-se na MEDICINA DE FAMÍLIA.



### **3. A ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

Salvaguardados os princípios da personalização dos cuidados assistenciais, deve o sistema de saúde orientar-se pelos problemas e pelas necessidades de saúde das comunidades locais, regionais e nacional. Isto implica a definição correcta dos objectivos de saúde a atingir.

A administração de saúde de comunidades deve passar a ser uma disciplina a privilegiar no desenvolvimento do sistema de saúde. O planeamento de saúde deve ser considerado uma das diversas funções da administração de saúde. O planeamento pelo planeamento, sem uma gestão participada e com objectivos definidos, constitui um exercício académico inútil.

### **4. A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

A promoção da saúde visa a elevação dos níveis de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades. Isto pressupõe um conjunto diversificado de intervenções tais como: saneamento básico e específico do ambiente biofísico, luta por ambientes psico-sociais mais salutareis, informação e educação para a saúde individual e colectiva, prevenção específica das doenças evitáveis, diagnósticos e tratamentos precoces, intervenções para limitação de incapacidades, cuidados de reabilitação e cuidados paliativos. Estas tarefas pressupõem a responsabilização de toda a sociedade na sua execução.

### **5. UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E QUALIDADE**

Todos os cidadãos, independentemente das suas condições ou características, devem ter ACESSO a cuidados de saúde de que necessitem, respeitando padrões de QUALIDADE.

### **6. O CIDADÃO E A LIBERDADE DE ESCOLHA**

A saúde começa por ser um assunto íntimo e caro a cada cidadão e a cada família. É todo o ser (e não apenas um órgão ou um corpo) que é posto em causa quando necessita de recorrer à assistência médica. Assim sendo, o princípio da liberdade de escolha do médico assistente é fundamental para uma boa relação médico-paciente. Este princípio, inquestionável em Clínica Geral/Medicina de Família, deveria estender-se a todas as outras especialidades médicas e também às instituições prestadoras de cuidados de saúde.

No caso dos médicos de família, a escolha do mesmo médico pelos diversos elementos de uma unidade familiar é uma tendência que surge naturalmente na grande maioria dos casos. Essa escolha, contudo, não pode ser alvo de qualquer condicionamento ou coacção

regulamentar ou psicológica, sem prejuízo de que seja estimulada a inscrição dos diversos elementos da família no mesmo médico (o que ainda não acontece em muitos Centros de Saúde).

## **7. CONCEPÇÃO GLOBAL DO SISTEMA DE SAÚDE**

Deve existir um sistema de cuidados de saúde integrados e completos cobrindo a totalidade da população portuguesa, de acesso fácil para todos. O primeiro nível do sistema deve ter condições adequadas para a prática de educação, prevenção, diagnóstico, terapêutica, reabilitação e cuidados paliativos, devendo estar ligado a serviços de cuidados secundários e terciários que respeitem critérios de qualidade internacionalmente aceites.

Uma gestão inteligente do sistema dará prioridade aos investimentos nos cuidados primários, primeiros, ou de primeira linha, reduzindo as necessidades de intervenção a outros níveis. Estes são quase sempre mais onerosos e de relação custo/benefício menos favorável em termos de impacto sobre o nível de saúde da população.

A classificação dos cuidados em primários e diferenciados não tem qualquer fundamento. A expressão «diferenciados» apenas é utilizada no nosso país, não tendo equivalente na literatura técnico-científica sobre o assunto. A terminologia anglo-saxónica é «primary, secondary and tertiary care», o que, em tradução para português, corresponde a «cuidados primários, secundários e terciários». Qualquer profissional de saúde devidamente treinado presta, na sua área, cuidados diferenciados.

O sistema de saúde deve ser concebido e estruturado de forma a proporcionar o recurso aos cuidados que forem necessários em cada situação ou momento.

## **8. DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS E DA COMUNIDADE**

A regionalização e descentralização do poder de decisão são factores essenciais para que a rede de cuidados funcione. A participação da comunidade nos processos de decisão e de prestação de cuidados deve ser encorajada por todos os meios.

Devem ser criados mecanismos que facilitem e desenvolvam a participação dos cidadãos e da comunidade na definição das políticas e das estratégias de saúde, na sua execução e implementação e na avaliação dos resultados obtidos. Por outro lado, o próprio sistema deve incentivar a prática de auto cuidados e promover sistemas de interajuda, baseados na actividade voluntária, espontânea ou organizada, no seio da sociedade.

A participação dos cidadãos no controlo da gestão ou, pelo menos, na avaliação de resultados dos seus serviços de saúde, é um processo não só desejável como indispensável para o sucesso de todo o sistema.



## **9. COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL**

A promoção da saúde não passará de uma expressão sem conteúdo se não assentar em políticas e em estratégias de saúde que envolvam de uma forma coordenada sectores...:como os da segurança e bem-estar social, educação, desporto, emprego, ambiente, economia, sistema fiscal e de regulação da distribuição da riqueza, habitação, urbanismo social e outros.

Os médicos de família e os restantes profissionais de saúde não enjeitarão as suas responsabilidades sociais. Reconhecendo as limitações da sua intervenção, bem como o seu potencial de ajuda aos cidadãos em sofrimento, deverão chamar a atenção para as condicionantes económicas, sociais, ambientais e outras de muitos dos problemas que afectam os seus doentes, procurando cooperar com profissionais de outros sectores na resolução desses mesmos problemas.

## **10. INDEPENDÊNCIA PROFISSIONAL E AUTONOMIA TÉCNICA DO MÉDICO DE FAMÍLIA**

O perfil profissional do médico de família proposto pela APMCG (ver adiante) combina aspectos específicos da situação portuguesa com aspectos consensuais adoptados a nível europeu e mundial. Um dos requisitos fundamentais para o cumprimento deste perfil é a garantia da independência profissional e da autonomia técnica do médico de família.

O médico de família, enquanto integrador e coordenador da prestação de cuidados personalizados e da utilização de recursos, deve permanecer independente e saber resguardar-se de toda e qualquer influência que possa comprometer o seu compromisso hipocrático. Deverá salvaguardar a sua independência técnica, quer em relação aos agentes interessados na indução do consumo de bens e serviços, quer em relação a terceiros pagadores (Estado, companhias de seguros, outros).

## **11. TRABALHO EM EQUIPA**

A prestação de cuidados de saúde deve ser efectuada por equipas multidisciplinares.

A APMCG considera que a prestação de cuidados de Clínica Geral/Medicina de Família deve alicerçar-se numa equipa nuclear composta por médicos de família, profissionais de enfermagem e pessoal administrativo, formando equipas de saúde de primeira linha.

Estas equipas, cuja composição e número de profissionais deverão ser ajustadas às realidades locais, necessitarão do apoio de outros profissionais de saúde: técnicos do serviço

social, psicólogos, médicos dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, optometristas, quiropodistas e outros, sediados em diversos locais, mas fazendo parte de um todo funcional e coerente.

## **12. O PRIMADO DA SOLIDARIEDADE**

A Clínica Geral/Medicina de Família, pela natureza das suas finalidades e das suas funções, deve localizar-se preferencialmente na zona do sistema de saúde que integra os dispositivos de suporte social dos cidadãos, das famílias e das comunidades.

O sistema de saúde pode beneficiar da adopção de algumas regras de mercado, visando a melhoria da sua produtividade e eficiência.

O sistema de saúde não é um sistema social que possa ser simplesmente abandonado à lógica de mercado. Esta é uma conclusão a que vários investigadores vêm chegando, nomeadamente nos Estados Unidos. O mercado da saúde é, do ponto de vista técnico, um mercado «imperfeito» devido às particularidades muito específicas dos agentes económicos envolvidos e ao tipo das suas interrelações. Cabe ao médico de família um papel extremamente importante no aconselhamento e defesa dos seus pacientes contra os abusos do mundo dos «negócios da saúde».

Por outro lado, o sistema de saúde não pode dispensar o relacionamento com alguns segmentos do mercado (instalações, equipamentos, medicamentos, próteses e dispositivos de compensação, etc). Este relacionamento deve fazer-se com total transparência e clareza de regras.

Pode, portanto, concluir-se que o sistema de 'saúde deve saber funcionar com alguns elementos e regras de mercado mas deve assentar fundamentalmente nos princípios e nos valores da solidariedade social.

## **13. PAPEL DO ESTADO**

O Estado, intervindo ou não directamente na prestação de cuidados, tem como obrigação fundamental garantir o cumprimento dos preceitos acima enunciados por todos os meios ao seu alcance.

O exercício da autoridade do Estado para salvaguarda e garantia desses preceitos implica aspectos técnicos e competências muito específicas e complexas. Isso levará ao desenvolvimento técnico-científico das funções de Autoridade de Saúde, abrindo novas perspectivas para a carreira médica de Saúde Pública.

## ENQUADRAMENTO ESTRUTURAL

A investigação sobre sistemas (biológicos, sociais, de informação, etc.) e a investigação operacional sobre serviços de saúde e sobre Clínica Geral/Medicina de Família tiveram nos últimos anos um desenvolvimento notável; a discussão destes assuntos obriga-nos a rever os resultados de estudos recentes e a avaliar o estado actual dos conhecimentos nestas matérias. O analfabetismo técnico conduz frequentemente a erros graves, com sérios prejuízos para toda a sociedade.

Procuraremos abordar sucintamente a questão do enquadramento estrutural da Clínica Geral/Medicina de Família, sistematizando-a em dois níveis:

Sistema de Saúde.

Organização do exercício profissional.

### 1. SISTEMA DE SAÚDE

A recentíssima disciplina designada por Arquitectura de Sistemas veio condicionar uma nova ordem epistemológica dos conhecimentos já existentes sobre a abordagem dos sistemas complexos.

A arquitectura de um sistema de saúde exige conhecimentos técnicos que ultrapassam o discurso ideológico ou o voluntariado. Definir as finalidades e a configuração geral de um sistema de saúde, descrever os seus elementos constituintes, explicitar a forma como estes elementos coexistem e se interrelacionam, são apenas os primeiros passos necessários para a concepção e edificação de um Sistema de Saúde. A sua natureza aberta e dinâmica torna indispensável a definição de regras para a sua regulação efectiva (não confundir com regulamentação).

Esta regulação implica necessariamente a concepção de um conjunto de mecanismos ou dispositivos de auto-regulação eficiente, incorporados em vários pontos do sistema e sintonizados, à partida, com as finalidades e com a lógica do seu funcionamento.

Se a regulação e a auto-regulação atrás referidas não tiverem sido suficientemente previstas não obteremos verdadeiramente qualquer sistema. Continuaremos a ter um agregado de elementos cujo funcionamento «articulado» depende de doses elevadas de «hetero-regulação», isto é, de normativismo e de autoritarismo que irão perpetuar e agravar as insuficiências e problemas existentes.

Discutem-se seguidamente cinco pontos que consideramos decisivos na análise de um sistema de saúde:

Estrutura

Financiamento

Interações internas e externas.

Mecanismos de auto-regulação.

Administração.

## 1.1. ESTRUTURA

A estrutura de um sistema de saúde está fortemente condicionada pelo lastro do património herdado e dos antecedentes histórico-culturais do país.

No caso português parece óbvio que deverão ser privilegiados três aspectos na concepção estrutural do sistema de saúde:

- a) **ÁREAS DE SAÚDE** - Estas áreas, previstas na Lei, tenderão a ter autonomia administrativa e financeira e constituirão a base do PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE a nível local. Este processo é distinto do processo de prestação de cuidados, e as áreas de saúde não poderão ser pretexto para circunscrever ou limitar a liberdade de escolha dos prestador por parte dos cidadãos.
- b) **DIVERSIDADE DE PRESTADORES** - A diversidade de prestadores (públicos, privados, cooperativos, etc.) sempre foi uma realidade do nosso País e é, em princípio, um factor de desenvolvimento. Os prestadores de cuidados de saúde e, em especial, os médicos exercendo clínica, devem usufruir de suficiente autonomia em relação aos órgãos de administração de saúde. Terão, por outro lado, de se sujeitar a regras de interrelacionamento dentro do sistema, bem como a mecanismos de auto-regulação que lhes orientem o desempenho profissional. Esta diversidade de prestadores poderá existir quer ao nível dos cuidados primários, quer ao nível dos cuidados secundários e terciários.
- c) **REDES DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS** - A prestação de cuidados de saúde completos, com equidade, qualidade e uma boa eficiência, pode e deve ser assegurada através de uma ou de diversas redes integradas de serviços.

A APMCG recomenda que a(s) rede(s) integrada(s) de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, se alicercem nos cuidados de saúde primários, enquanto primeira linha e base de todo o sistema.

Na ausência de uma Carta Sanitária do país, não é possível planear com um mínimo de rigor redes de prestadores que satisfaçam com equidade as necessidades assistenciais da população.

Quanto aos actuais Centros de Saúde, é nossa convicção que eles encerram potencialidades que ainda não foram minimamente exploradas. O estilo de gestão das Administrações Regionais de Saúde, os constrangimentos orçamentais, a compartimentação excessiva por sectores profissionais e a ausência de autonomia de gestão são alguns dos obstáculos ao desenvolvimento dos Centros de Saúde.

Assume-se assim como tarefa central a correcção destas aberrações, procedendo-se à reinstalação, reequipamento e criação de esquemas funcionais e de gestão adequados na maioria dos Centros de Saúde.

É convicção da APMCG que o médico de família deve ser o coordenador da utilização dos diversos cuidados de saúde. Ele deverá ser o ponto preferencial do primeiro contacto com o sistema, e o continuador dos cuidados prestados a outros níveis. A APMCG recomenda que o acesso aos cuidados secundários e terciários seja feito por referência, quer nos serviços públicos, quer nos serviços convencionados ou privados.

## **1.2 FINANCIAMENTO**

O financiamento dos sistemas de saúde deve ser considerado segundo dois aspectos:

As fontes de financiamento.

O modelo de financiamento.

Sobre as fontes de financiamento não cabe à APMCG pronunciar-se, embora pareça haver vantagens em diversificá-las. O modelo de financiamento influencia diversos aspectos da prática da Clínica Geral/Medicina de Família, e interfere na qualidade dos serviços prestados. O modelo de financiamento deve reflectir a descentralização do sistema:

- a) Procurando corresponder às necessidades de saúde de cada comunidade concreta. A Epidemiologia e a Economia da Saúde estão hoje suficientemente desenvolvidas para poderem apoiar tecnicamente este processo.
- b) Assentando no conceito de AREA DE SAÚDE, adequadamente dimensionada; dimensões muito grandes tornam difícil a introdução de incentivos e de outros dispositivos de autoregulação na periferia do sistema; dimensões muito pequenas (caso dos «orçamentos clínicos» para cerca de 2000 habitantes, introduzidos a partir de 1990 no Reino Unido) podem interferir negativamente na relação médico/doente e gerar perversões cujas consequências podem ser graves. Pretendo a instituição de um SISTEMA DE INCENTIVOS às unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, às suas equipas de saúde e, em especial, aos médicos de famílias nelas integrados.

### **1.3 INTERACÇÕES INTERNAS E EXTERNAS**

Um sistema de saúde é naturalmente um sistema complexo. Esta complexidade aumenta ainda mais se o sistema for concebido de uma forma integrada, visando a prestação de cuidados de saúde completos e envolvendo órgãos de natureza diversa (públicos, privados não lucrativos, privados lucrativos, etc.).

Para se lidar com esta complexidade e diversidade, sem se cair no caos e/ou perverter as finalidades do sistema, é necessário introduzir alguns dispositivos técnicos que lhe assegurem uma coerência interna mínima. Sabe-se hoje que a complexidade de um sistema pode ser controlada desde o momento que se regulem componentes e se uniformize a sua interligação.

É este último princípio que deve estar na base da elaboração de regras gerais de interacção dentro do sistema e deste com o seu meio ambiente. São estas regras que permitem a indispensável definição do contexto concorrencial público-privado de que vários projectos falam mas que não conseguem definir ou sequer perspectivar.

### **1.4. MECANISMOS DE AUTO-REGULAÇÃO**

Para que um sistema possa ser bem sucedido é necessário que contenha um mínimo de dispositivos de auto-regulação que lhe garantam um potencial de estabilidade e desenvolvimento e facilitem o processo da sua administração.

Qualquer sistema (biológico, social ou outro) que tenha de admitir a existência de capacidade de decisão primordial e autónoma por parte de elementos periféricos (caso dos médicos integrados num sistema de saúde) terá necessariamente de se equipar com dois tipos de dispositivos:

- a) Os que incentivem o exercício judicioso da autonomia.
- b) Os que assegurem a auto-regulação periférica dos efeitos dessa autonomia.

A questão delicada da compatibilização entre as funções da administração e a indispensável autonomia científica e técnica do médico passa pela descentralização do sistema e pela introdução de incentivos à eficiência a nível local.

É esta lógica de descentralização acompanhada da criação de incentivos (não necessariamente ou exclusivamente monetários) que deverá estar na base da concepção de mecanismos de auto-regulação do sistema.

Mais uma vez se afigura indispensável prever um nível local de decisão (correspondente à área de saúde atrás referida) suficientemente participado pela comunidade, pelos médicos da área e pelos outros profissionais de saúde.

O financiamento dos cuidados de saúde secundários e terciários (públicos ou convencionados) terá de passar, em grande medida, a ser diferido e regulado pelo binómio procura-resposta em relação aos cuidados de saúde primários.

## **1.5. ADMINISTRAÇÃO**

O conceito de Administração de um sistema de saúde deve combinar duas vertentes distintas mas que têm de se interpenetrar:

- a) Administração de saúde, propriamente dita.
- b) Administração dos serviços/instituições de saúde.

A primeira vertente tem como objecto o estado de saúde da população e das comunidades e como finalidade a manutenção e melhor ia desse estado de saúde. Envolve obrigatoriamente conhecimentos e capacidades alicerçadas nas ciências da administração e nas ciências da saúde, algumas disciplinas biomédicas, epidemiologia, economia da saúde e diversas disciplinas de saúde de aplicação comunitária.

A segunda vertente deverá subordinar-se à primeira e tem como objecto cada unidade ou instituição integrada no sistema de saúde. Visa a melhoria do desempenho organizacional de cada serviço e a obtenção de resultados em consonância com as finalidades e objectivos estabelecidos para o sistema de saúde como um todo.

Seria desastroso pretender dissociar estas duas vertentes, qualquer que seja o nível do sistema. Assim, o processo de Administração de Saúde deverá envolver sempre as duas áreas ainda que, dadas as circunstâncias, possa predominar uma ou outra.

Para a estruturação do processo de administração de saúde deverão considerar-se três níveis no sistema:

### **I - Nível local**

A este nível existem duas modalidades:

- Gestão de unidades de saúde, onde deve predominar uma lógica de desempenho organizacional e de gestão institucional/empresarial.



- Administração de saúde de uma comunidade, que pressupõe a existência de uma unidade fundamental - A ÁREA DE SAÚDE - com autonomia administrativa e financeira e com uma dimensão populacional adequada.

## **II - Nível regional**

A este nível deve predominar a vertente de administração da saúde propriamente dita.

À administração de saúde de âmbito regional cabe assegurar a gestão estratégica e tática da saúde de uma área populacional que, por princípio, não deverá exceder o meio milhão de habitantes.

## **III - Nível nacional**

A este nível funcionaria a coordenação central de todo o sistema, assegurando:

A gestão estratégica da saúde, a nível nacional.

O apoio e orientação dos órgãos de administração regional e local no seu desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuos.

A manutenção de um registo central, actualizado, dos cidadãos abrangidos pelo sistema. Este registo apenas deverá conter informação pessoal mínima que permita:

- Controlar duplicações.
- Calcular, em termos globais, necessidades de saúde por idade, sexo e residência.
- Prever financiamentos em termos gerais.
- Apoiar a elaboração dos planos nacionais de saúde.

## **2. ORGANIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

As modalidades alternativas de organização do exercício da Clínica Geral/Medicina de Família são várias e delas há exemplos mais ou menos bem sucedidos em diversos países do mundo.

A modalidade portuguesa actual - uma carreira médica estatal – não deve considerar-se como uma possibilidade única. No entanto, pode e deve evoluir para uma situação em que possa servir de padrão de referência de qualidade em relação a eventuais alternativas concorrenciais: contratos em convenção, integração em «HMO»(\*), <sup>1</sup>prática privada, etc.

---

<sup>1</sup> Health Maintenance Organizations.

As exigências técnico-científicas e os critérios e padrões de qualidade deverão ser IGUAIS ou, pelo menos, EQUIVALENTES, para as diversas modalidades do exercício profissional.

Os três aspectos fundamentais a ter em conta em qualquer modalidade alternativa são:

Perfil profissional.

Regime de trabalho.

Sistema retributivo.

## **2.1. PERFIL PROFISSIONAL**

Tendo em conta diversos consensos e declarações produzidas a nível europeu e mundial, bem como as especificidades da prática de Clínica Geral/Medicina de Família no nosso país, a APMCG propõe o perfil profissional que a seguir se enuncia.

### **a) Conceito geral**

O médico de família é um profissional com habilitação específica para prestar, com independência e autonomia, cuidados assistenciais de Clínica Geral/Medicina de Família aos indivíduos e famílias que o escolham como seu médico assistente.

Assumirá a responsabilidade pela gestão da prestação dos cuidados de saúde no âmbito da sua competência profissional a um conjunto relativamente estável de cidadãos e de famílias o que, no contexto de um sistema de saúde, poderá corresponder a uma população definida inscrita em lista.

Deverá exercer a sua acção integrado numa perspectiva multidisciplinar de trabalho em equipa, quer numa unidade prestadora de cuidados de saúde primários, quer em interligação com outros níveis de cuidados de saúde.

### **b) Caracterização dos cuidados assistenciais**

O médico de família:

- Orienta a sua actuação para a pessoa total, independentemente da idade, sexo ou problemas de saúde.
- Domina um conjunto de métodos e técnicas de relação e comunicação médico-doente e selecciona-os em face de cada situação e contexto.
- Lida com todo o tipo de problemas de saúde.

- Aborda situações de patologia crónica múltipla e/ou em que coexistem vários problemas de saúde, de natureza diversificada.
- Utiliza métodos e técnicas de avaliação familiar. Mobiliza múltiplos recursos para a resolução dos problemas de saúde dos seus doentes e coordena a sua utilização.
- Actua na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação.
- Gere o seu tempo e o seu desempenho profissional, preocupando-se com a acessibilidade, a continuidade e a qualidade dos seus cuidados.
- Usa métodos e técnicas de recolha, sistematização, anotação e utilização da informação clínica adequados à complexidade da sua prática profissional.
- Enquadra o seu exercício profissional no contexto multiprofissional de prestação de cuidados de saúde primários.
- Assegura uma gestão eficiente da sua prática clínica tendo em conta as necessidades de saúde do conjunto de cidadãos que o tenham escolhido como médico assistente.

### **c) Descrição de algumas funções**

O exercício profissional do médico de família abrange, de harmonia com o seu perfil:

#### **I - Funções assistenciais**

- Atendimento, com a acessibilidade, a prontidão e os métodos de abordagem clínica adequados, dos cidadãos que o consultem, bem como a tomada das decisões de intervenção médica que em seu critério se imponham.
- Programação de cuidados para problemas ou doenças de evolução prolongada, nomeadamente para controle de factores de risco.
- Programação dos cuidados personalizados de prevenção primária e secundária que caibam no âmbito da sua competência profissional.
- Interligação e cooperação com outros níveis de cuidados, nomeadamente através de:
  - Orientação e seguimento dos doentes na utilização de outros serviços de saúde através de referência com relatório confidencial.
  - Visitas aos seus doentes durante o internamento e discussão das suas situações com os médicos hospitalares.
  - Recepção, em referência de retorno, dos relatórios correspondentes à intervenção de outros serviços de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados.

- Colaboração com outros médicos de família que estejam colocados na mesma unidade ou área de saúde, no sentido de garantir a assistência médica aos cidadãos que necessitem de cuidados médicos fora das horas de atendimento normal, na ausência do seu médico de família ou na impossibilidade de atendimento por parte deste.
- Assistência médica a doentes internados, quando as unidades ou centros em que estão integrados tenham serviço de internamento.
- Colaboração nos programas de saúde em execução na respectiva área de saúde através das funções e actividades de programação de cuidados descritas.

## **II - Funções no processo de formação e creditação profissional**

- Zelar pela sua própria formação profissional contínua.
- Cooperar em programas de formação, especialmente nos destinados aos médicos de família.
- Colaborar em reuniões clínicas e de programação ou avaliação de actividades relacionadas com a sua área profissional.
- Exercer funções docentes.
- Participar em júris de concurso.

## **III - Funções no âmbito da investigação**

- Conduzir programas e projectos de investigação.
- Participar em programas e projectos de investigação conduzidos por outros elementos ou entidades.

## **IV - Funções no âmbito da administração de saúde**

- Prestar conselho técnico e participar nos processos de planeamento, organização e gestão dos serviços de saúde.
- Exercer funções de administração.
- Fornecer informações referentes ao seu desempenho profissional ou à sua lista de utentes, sob garantia do devido sigilo, para fins estatísticos, epidemiológicos e de administração de saúde.

A AQUISIÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL ATRÁS DESCRITO PRESSUPÕE FORMAÇÃO E TREINO ESPECÍFICOS NA FASE DE PÓS-GRADUAÇÃO.

A PRÁTICA DA CLÍNICA GERAL/MEDICINA DE FAMÍLIA DEVE ESTAR OBRIGATORIAMENTE CONDICIONADA PELA RESPECTIVA FORMAÇÃO ESPECIALIZADA.

NÃO É, PORTANTO, ADMISSÍVEL PERMITIR MAIS ENTRADAS DE MÉDICOS NA CARREIRA DE CLÍNICA GERAL OU ESTABELECEM CONTRATOS DE CONVENÇÃO EM CLÍNICA GERAL COM MÉDICOS QUE NÃO TENHAM A NECESSÁRIA QUALIFICAÇÃO.

## **2.2. REGIME DE TRABALHO**

O regime de trabalho do médico de família deve ser definido atendendo aos seguintes pressupostos:

- a) Os que resultam da responsabilidade para com os cidadãos que o escolheram como médico assistente (horário de atendimento, domicílios, escalas de atendimento em horas incómodas, etc).
- b) Os que resultam da inserção do médico num sistema organizado de saúde (participação na gestão e administração de saúde, investigação, formação, etc).
- c) Os que resultam de condicionantes pessoais e locais e das necessidades de saúde dos seus assistidos.

O exercício com qualidade da Clínica Geral/Medicina de Família implica uma dedicação profissional total.

A APMCG entende que o regime de trabalho nos serviços estatais ou nos contratos com o SNS se deve basear no compromisso de prestação de cuidados a uma lista de utentes, de acordo com um conjunto de tarefas contratuais.

O regime de trabalho deverá, neste casos, ser compatível com a realização das seguintes actividades:

- Consultas diárias programadas.
- Consultas diárias não programadas.
- Visitas domiciliárias.
- Atendimento de situações sentidas como urgentes, fora das horas normais de atendimento, em colaboração com outros médicos.
- Intervenções específicas de prevenção/promoção da saúde.
- Gestão da actividade assistencial a assegurar à lista de utentes.
- Avaliação de qualidade.
- Formação contínua individual.

- Reuniões clínicas e de serviço.
- Investigação.
- Participação na gestão.

A carga horária necessária para a realização destas tarefas variará necessariamente consoante o local, as características da lista, os objectivos a atingir e os padrões de desempenho estabelecidos.

Certas situações excepcionais geram, contudo, a necessidade de redução do tempo de trabalho assistencial (docentes universitários e outros formadores, cargos de administração e de coordenação das unidades de saúde, assistência à família, etc). Dado que a redução da lista de utentes implicaria a diminuição da qualidade assistencial por parte do médico, pela redução da probabilidade de aparecimento de muitas situações clínicas comuns, a APMCG recomenda que, nestes casos, seja instituída a possibilidade de listas partilhadas por dois médicos, com troca regular de informação entre si. Deste modo conseguem-se tempos parciais de trabalho sem prejuízo para a relação médico-paciente nem para a acessibilidade aos cuidados, como tem sido demonstrado noutros países, facilitando-se por outro lado a execução das tarefas extra-assistenciais dos médicos referidos.

O perfil profissional e o regime de trabalho anteriormente descritos não são compatíveis com contratos feitos com médicos isolados. Assim, a APMCG considera que o eventual estabelecimento de contratos em Clínica Geral/Medicina de Família se faça preferencialmente com médicos que se proponham trabalhar em grupo e numa perspectiva de trabalho de equipa multiprofissional.

Os contratos com médicos isolados só podem justificar-se nas situações em que, por motivos geo-demográficos, não se justifique a existência de vários médicos. No entanto, mesmo nestes casos deve manter-se a exigência no tocante à equipa com enfermagem e funcionários de apoio administrativo, bem como em relação a condições mínimas de instalações e equipamento.

Tal como para a Clínica Geral/Medicina de Família, a APMCG recomenda que os acordos com outras especialidades e serviços no âmbito dos cuidados secundários e terciários sejam feitos preferencialmente com equipas médicas e unidades hospitalares que correspondam a padrões mínimos de qualidade, sendo sempre de evitar acordos com médicos exercendo isoladamente.

### **2.3. SISTEMA RETRIBUTIVO**

A APMCG recomenda que existam vários componentes na remuneração do médico de família:

a) **Remuneração base** - Representada por um quantitativo fixo que corresponde ao núcleo base de actividade e tarefas atrás descritas e consignadas no perfil profissional.

b) **Capitação** - Fracção relacionada com o número de cidadãos inscritos e algumas das suas características, como por exemplo a idade.

c) **Remunerações circunstanciais** - Relativas a actividades não contempladas no núcleo base:

- Participação em tarefas relacionadas com o cumprimento de programas de saúde.
- Serviço de turnos (horas incómodas). Cargos de administração e gestão de serviços de saúde.
- Orientação de formação.
- Docência.

d) **Pagamentos por acto** - Relativos a actos que exijam aptidões especiais, consumo de tempo ou criação de encargos e/ou em que haja o interesse de estimular a sua realização:

- Domicílios.
- Citologias cervico-vaginais/colocação de DIU. Actos de pequena cirurgia.
- Execução de traçados electrocardiográficos.
- Execução de provas analíticas.
- Espirometrias.
- Anuscopias.
- Relatórios para Juntas Médicas de Invalidez.
- Atestados diversos.
- Outros.

e) **Compensação da inospitalidade**

- Adicional compensatório em locais particularmente inóspitos ou onde o médico, pelas características geodemográficas da população, sairia lesado pela fracção «capitação».



O peso relativo de cada uma das cinco componentes atrás referidas variará consoante o enquadramento de trabalho do médico.

É natural que nos serviços estatais predomine a componente «remuneração base», e que nos contratos de convenção predominem as componentes «capitação» e «pagamentos por acto». As componentes a utilizar deverão contudo ser sempre definidas de modo a favorecer a continuidade e acessibilidade dos cuidados prestados às populações.

## ENQUADRAMENTO OPERACIONAL

No enquadramento operacional do exercício da Clínica Geral/Medicina de Família serão analisados os seguintes aspectos:

Acessibilidade às consultas.

Cuidados no domicílio.

Continuidade, globalidade e interligação com outros níveis de cuidados.

Instalações e equipamentos.

Recursos humanos.

Sistema de informação.

Gestão da prática clínica.

### 1. ACESSIBILIDADE ÀS CONSULTAS

Define-se acessibilidade como a possibilidade dada às populações de obtenção de cuidados de saúde nas condições mais favoráveis, sempre que estes forem necessários (sejam necessidades sentidas ou não).

A acessibilidade tem condicionantes físicas, tais como a distribuição geográfica da população e a rede de cuidados existente, rede de estradas, transportes e outras que merecem uma especial atenção por parte dos responsáveis governamentais e autárquicos, no sentido de minorar factores geradores de inequidade.

As condicionantes dependentes dos serviços suscitam à APMCG algumas recomendações. Os regimes de trabalho e horários de programação de actividades deverão ser feitos de acordo com as seguintes características:

#### a) Marcação de consultas

O sistema de marcação de consultas deverá sempre respeitar o perfil do médico de família e nunca ser definido apenas administrativamente. Deverá ser o resultado directo da dimensão, distribuição etária e características de morbilidade da lista de cada médico, o que pressupõe uma monitorização regular desses dados. O uso de meios informáticos constitui um elemento fulcral no desenvolvimento desta actividade, e logo da gestão adequada do sistema de marcações. Estarão então criadas as condições para um planeamento dirigido aos diversos grupos de cidadãos a cargo de cada médico, com calendarização e organização de consultas dirigidas a grupos especialmente vulneráveis ou de maior risco e a portadores de doenças crónico-degenerativas. Do mesmo modo, poderão ser concebidos sistemas eficazes de renovação de prescrições.

O sistema de marcações deverá estar a cargo do elemento administrativo da equipa de saúde, sempre sob responsabilidade tutelar do médico.

#### **b) Consultas não programadas**

Deverá ser planeado um sistema de marcação de consultas que permita responder às consultas programadas, às de iniciativa do utilizador com ou sem carácter de urgência, e que simultaneamente assegure a cobertura total da população fora do horário normal de consultas, nomeadamente noites, fins-de-semana, feriados, férias, ausências para formação, doença, etc.

Não existindo nenhuma solução universal, a APMCG recomenda que se criem esquemas locais de cooperação inter-pares que permitam a continuidade de cuidados e uma resposta satisfatória (leia-se eficaz). Assim, propõe-se:

- A criação de tempo próprio no horário diário de consulta para o atendimento das «urgências do dia».
- A organização de esquemas de atendimento d.e recurso nas ausências ou na impossibilidade de resposta do médico, em cooperação com outros médicos de família qualificados.
- A adopção, nas horas «incómodas», de um esquema/escala de rotação entre médicos de família, quer com base em serviços de atendimento urgentes já existentes, quer através de novos modelos de substituição recíproca.

## **2. CUIDADOS NO DOMICÍLIO**

A visita domiciliária de doentes constitui uma actividade assistencial do médico de família da máxima importância, e decorre directamente do seu perfil profissional.

A consulta domiciliária não deve, contudo, banalizar-se e transformar-se em mero capricho de alguns «utentes».

Constitui-se como população-alvo para visitas domiciliárias programadas:

- Doentes com doenças crónico-degenerativas comprovadamente incapacitantes.
- Doentes em situação terminal.
- Doentes no pós-operatório de grandes cirurgias.
- Portadores de deficiências dificultando a mobilização.

Serão também objecto de visita domiciliária os doentes com situações agudas incapacitantes.

O médico deverá programar essa assistência em conjunto com os restantes elementos da equipa, devendo ser ponderado o acompanhamento simultâneo ou complementar do elemento

de enfermagem. É desejável que seja incrementada a participação de outros profissionais de saúde, nomeadamente de técnicos do serviço social e de fisioterapeutas.

### **3. CONTINUIDADE, GLOBALIDADE E LIGAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS DE CUIDADOS**

A continuidade de cuidados em Clínica Geral/Medicina de Família define-se como a responsabilidade de prestação de cuidados do médico para com o cidadão que livremente o escolheu, garantida pela intervenção continuada no tempo.

A interligação dos diferentes níveis de cuidados é um elemento importante na formação contínua dos profissionais e na garantia da continuidade e da globalidade de cuidados.

O acesso aos cuidados secundários e terciários deverá ser sempre feito por referênciação, quer se trate da rede de estabelecimentos de cuidados primários do Estado, quer de redes alternativas integradas no sistema de saúde.

O acesso aos serviços de urgência hospitalares nas situações de emergência deverá ser a única excepção ao sistema descrito.

A referênciação deve basear-se em acordos directos a nível local e/ou regional. Ter-se-ão em conta os recursos disponíveis de forma a estabelecer uma relação de compromisso e confiança recíproca, quer em termos pessoais quer institucionais, responsabilizadora dos prestadores dos diversos níveis de cuidados.

### **4. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTO**

#### **4.1. CONDIÇÕES GERAIS**

As instalações para o exercício da Clínica Geral/Medicina de Família devem propiciar um ambiente de trabalho seguro, confortável e adequado às tarefas que aí são realizadas. Alguns princípios gerais deverão ser respeitados em todos os casos:

- Observância rigorosa das normas de segurança e higiene (lixos, arejamento, climatização, isolamento, luminosidade e ergonomia dos mobiliários e instalações). Estes princípios estão consagrados na Lei portuguesa.
- Estrutura baseada em módulos funcionais de atendimento e prestação de cuidados.
- Funcionamento preferencialmente em piso único, sem barreiras arquitectónicas. Quando exista mais que um piso devem prever-se condições de acesso a deficientes e diminuídos fisicamente.
- Sistema adequado de sinalização dentro e fora das instalações.

- Rede de comunicações adequada, interna e externa, incluindo central telefónica tão versátil quanto possível, telecópia, etc. Deverá existir uma cabine telefónica para utilização pública.
- Equipamento informático com capacidade para gestão de ficheiros de utilizadores, e abrangendo todos os aspectos de gestão administrativa e clínica, bem como de gestão orçamental e de aprovisionamento.
- Parques de estacionamento compatíveis com o movimento do Centro ou da Unidade (utilizadores e prestadores). Idealmente deverá haver um parque privativo para os prestadores.
- Rampa de acesso para macas e para deficientes, com telheiro protector desde a área de paragem das ambulâncias ou de outros veículos, até à porta de entrada nas instalações.

#### **4.2. RECEPÇÃO/AREA DE ATENDIMENTO**

- Porta de entrada com guarda vento.
- Recepcionista com acesso a terminal de computador.
- Acesso directo à área de espera.
- Mobiliário adequado que permita o atendimento personalizado em condições de privacidade.
- Localização opcional nesta área dos ficheiros clínicos, dotados de dispositivos de acesso controlado e de segurança da informação.

#### **4.3. ÁREA DE ESPERA**

Contígua aos gabinetes médicos, esta área deverá ser suficientemente separada destes de modo a preservar-se a confidencialidade.

Deverão existir condições de conforto mínimas, de acordo com a Lei vigente, no tocante a climatização, luminosidade, arejamento, ergonomia das cadeiras, etc.

#### **4.4. GABINETE DE CONSULTA MÉDICA**

- Porta permitindo o isolamento sonoro.
- Lavatório com água corrente.
- Catre de observação, com altura adequada.
- Deverão ser previstas condições para a prática de saúde infantil, vigilância pré-natal e planeamento familiar.

#### **4.5. SALA DE PROCEDIMENIOS INSTRUMENTAIS**

Pouco frequente entre nós, esta sala deverá ser um passo importante na melhoria da prestação de cuidados de saúde pelo médico de família.

#### **4.6. GABINETE DE ENFERMAGEM**

De acordo com os quesitos definidos em colaboração com os profissionais do sector.

#### **4.7. SALA DE TRATAMENTOS**

- Lavatório com água corrente.
- Frigorífico.
- Recipientes para lixo de manipulação e transporte seguros. Deverão ser claramente identificados os que se destinem a materiais contaminados.
- Também aqui será indispensável a colaboração dos profissionais do sector.

#### **4.8. SALA DE ESTERILIZAÇÃO**

Deverá existir em todas as unidades de saúde.

#### **4.9. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS**

Individualizadas para prestadores e utilizadores, prevendo condições para deficientes.

#### **4.10.FARMÁCIA E ARRECADAÇÃO**

Respeitando os requisitos específicos de segurança no acesso e acondicionamento de medicamentos e produtos tóxicos e/ou explosivos previstos na Lei.

#### **4.11. SALA DE REUNIÕES E BIBLIOTECA**

Esta sala constitui um importante apoio, quer à vertente assistencial quer à formação e à investigação.

A sala de reuniões é igualmente indispensável para a discussão colectiva dos aspectos funcionais da unidade de saúde.

O equipamento deverá incluir pelo menos projector de diapositivos, retroprojector, écran e quadro.

#### **4.12. COPA, BAR OU REFEITÓRIO**

Deverá existir em todas as unidades a possibilidade de preparar e tomar pequenas refeições. Em unidades de saúde de maior dimensão poderá justificar-se a existência de um refeitório.

#### **4.13. ÁREAS DE INTERNAMENTO**

De acordo com a Carta Sanitária do país, deverão existir unidades com internamento junto da comunidade e sob a responsabilidade dos médicos de família.

### **5. EQUIPAMENTO CLÍNICO**

O equipamento de cada consultório deve incluir:

- Termómetro.
- Esteto-fonendoscópio.
- Esfigmomanómetro (prever mangas pediátrica, normal e para obesos).
- Negatoscópio.
- Fonte de iluminação local.
- Diapasão.
- Martelo de reflexos.
- Fita métrica.
- Estetoscópio de Pinard.
- Otoscópio, oftalmoscópio, espéculo nasal e para laringoscopia indirecta.
- Espéculos vaginais.
- Peak flow meter ( amenos que exista espirómetro - ver adiante).
- Material de consumo corrente (tiras reagentes para sangue e urina, espátulas, lubrificantes e creme anestésico, luvas, etc).

O equipamento da sala de procedimentos instrumentais poderá/deverá incluir:

- Electrocardiógrafo, de preferência com leitura assistida.
- Espirómetro (FEV 1 e CV).
- Anuscópio.



- Doppler vascular portátil e obstétrico.
- Equipamento de testes visuais.
- Lupa.
- Luz azul.
- Oxigénio.
- Aparelhos para determinação analítica (autoanalisador).

O equipamento do gabinete de enfermagem deverá ser estabelecido de acordo com estes profissionais mas deverá ter, como mínimo:

- Balança para lactentes.
- Craveira e/ou outro equipamento para determinação da altura.
- Balança para crianças e adultos.
- Esfigmómetro.
- Termómetro.
- Esteto-fonendoscópio.
- Tiras-teste.

## **6. RECURSOS HUMANOS**

Cada área de saúde deverá ser dotada, em número suficiente, de:

- Pessoal administrativo.
- Médicos de família e de Saúde Pública.
- Enfermeiros.
- Optometristas.
- Psicólogos.
- Fisioterapeutas.
- Assistentes sociais.
- Médicos-dentistas.
- Dietistas-nutricionistas.
- Técnicos sanitários.
- Quiropodistas.
- Pessoal de limpeza e apoio.

Estes recursos humanos deverão estar distribuídos por Centros de Saúde e outras unidades, de forma a racionalizar e a otimizar a sua utilização.

## 7. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

No âmbito do sistema de informação do médico de família podem considerar-se:

- a) Os suportes de informação (fichas, registos, resumos estatísticos).
- b) As regras de utilização de cada suporte.
- c) Os métodos e técnicas de colheita, sistematização, anotação, armazenamento e recuperação de dados e de informação.
- d) As regras de interrelação do conteúdo dos diferentes suportes de informação.
- e) O conjunto de operações efectuadas com os dados e a informação disponíveis.

O sistema de informação de cada médico de família é um instrumento valiosíssimo e indispensável, quer no processo de tomada de decisão clínica em cada momento, quer para a gestão da prática clínica a médio prazo, quer ainda como fonte de dados e de informação para a vigilância epidemiológica e para a administração de saúde da comunidade, da região e até do país.

Constitui ainda um importante instrumento para a investigação.

Assim, torna-se indispensável:

- Garantir a existência de suportes de informação adequados e do equipamento necessário para a sua utilização expedita no dia-a-dia profissional.
- Adoptar a lógica de ficheiros ordenados por unidades familiares.
- Assegurar a prática sistemática de actualização do ficheiro tendo em conta óbitos, mudanças de residência, mudanças de médico, novos dados individuais ou familiares, etc.
- Evitar excessos uniformizadores de suportes e de equipamentos, dadas as particularidades de cada local e região, bem como o ritmo de evolução e inovação metodológica e tecnológica que se verificam neste domínio.
- Facilitar e encorajar a aquisição de tecnologia e equipamento de informação, e apoiar a sua utilização no sentido de deles ser retirado o máximo rendimento possível.
- Assegurar mecanismos racionais e simples de interligação do sistema de informação de cada médico de família com o sistema de informação da unidade de saúde em que estiver integrado, e também com o sistema de informação da respectiva área de saúde.

- Garantir a rigorosa confidencialidade da informação clínica referente a cada cidadão e a cada unidade familiar, sem prejuízo da dinâmica de trabalho em equipa e do fornecimento de informação para fins epidemiológicos e de administração de saúde.

## 8. GESTÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A capacidade de gestão da prática clínica pelo médico de família pode implicar a diferença entre o trabalho realizado às cegas e dominado pelas circunstâncias ou, pelo contrário, a existência de trabalho controlado com o atingimento de objectivos definidos.

O médico a quem está atribuída a responsabilidade de prestação de cuidados de Clínica Geral/Medicina de Família a uma população de indivíduos e de famílias (a «lista de utentes»), é também, inevitavelmente, um gestor.

Mesmo que não consciencialize esse facto ele acaba sempre por fazer, ainda que intuitivamente, alguma gestão da sua prática clínica. Porém essa «gestão» poderá ser ineficaz, o que é necessário evitar.

Esta gestão tem como finalidades:

- a) Adequar a oferta de cuidados personalizados às necessidades dos cidadãos e das famílias das listas de utentes.
- b) Regular a procura de cuidados melhorando, ao mesmo tempo, a sua acessibilidade.
- c) Assegurar a continuidade e globalidade dos cuidados (curativos, preventivos, de promoção de saúde) através da programação de actividades e de tarefas.
- d) Optimizar a utilização do tempo.
- e) Melhorar a qualidade do desempenho profissional, quer nos processos (estratégias de diagnóstico e de intervenção terapêutica) quer em termos de resultados conseguidos quanto ao estado de saúde dos assistidos.
- f) Proteger a saúde e o equilíbrio emocional do médico e da sua própria família.
- g) Aumentar a satisfação profissional.

A melhoria da gestão da prática clínica pelo próprio médico de família consegue-se através do estudo, desenvolvimento e aplicação de métodos e técnicas de gestão da prestação de cuidados assistenciais às listas de utentes.

## **GARANTIA DE QUALIDADE**

A garantia da qualidade é, para a Clínica Geral/Medicina de Família como para qualquer outra especialidade ou serviço, um factor indispensável de desenvolvimento.

O aperfeiçoamento do seu papel e utilidade na sociedade e a melhoria do seu impacto na saúde e no bem-estar dos cidadãos, das famílias e das comunidades, dependem de um conjunto de actividades que a APMCG concebe e integra no âmbito da filosofia e das preocupações da garantia da qualidade e que são:

Avaliação da qualidade.

Formação.

Investigação.

### **I. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE**

É fundamental que seja criado o hábito de avaliação regular da actividade profissional.

A primeira etapa de avaliação da qualidade em Clínica Geral/Medicina de Família, porventura a mais importante, é a AU10-AVALIAÇÃO efectuada pelo próprio médico.

Seguem-se-lhe as AVALIAÇÕES INTER-PARES, as AVALIAÇÕES INTERNAS e por fim as AVALIAÇÕES EXTERNAS.

Existe uma metodologia de avaliação de qualidade suficientemente desenvolvida e uma produção bibliográfica que poderá orientar as actividades de avaliação dos médicos de família.

Em 1987 o grupo europeu «THE NEW LEEUWENHORST GROUP» divulgou numa pequena brochura e numa linguagem simples os principais conceitos e passos do processo de avaliação de qualidade em clínica geral.

Procurando chamar a atenção e estimular os médicos de clínica geral europeus para a prática de avaliação de qualidade, aquele grupo descreve cinco passos fundamentais:

- 1) Seleccionar o aspecto em que vai ser focada a avaliação.
- 2) Observar e/ou medir o trabalho que está na realidade a ser realizado na área do aspecto seleccionado.
- 3) Formular ou adoptar padrões de qualidade que deveriam verificar-se ou ser atingidos.
- 4) Identificar, planear e implementar acções para melhorar a qualidade dos cuidados.
- 5) Avaliar as mudanças ocorridas e reiniciar o ciclo para outro(s) aspecto(s) do processo de prestação de cuidados.

## **2. FORMAÇÃO**

A formação adequada é um dos pressupostos essenciais para a prática com qualidade das competências decorrentes do perfil profissional descrito previamente neste documento.

Não sendo este o local próprio para uma descrição exaustiva dos diferentes aspectos da formação médica em Clínica Geral/Medicina de Família, deixar-se-ão contudo expressos os princípios fundamentais que se prendem com o exercício desta especialidade médica.

Os tempos formativos a considerar são os seguintes:

Formação médica básica (educação pré-graduada e internato geral).

Theino pós-graduado de especialização.

Formação médica continua.

### **2.1. FORMAÇÃO MÉDICA BASICA**

É objectivo prioritário a criação de cadeiras, departamentos ou áreas de ensino de Clínica Geral/Medicina de Família em todas as Faculdades de Medicina portuguesas.

Este objectivo deve ser enquadrado na discussão em curso sobre a reforma do ensino médico e, se são claros os benefícios imediatos que daí virão para os que no futuro venham a optar pela Clínica Geral/Medicina de Família, não é menos claro o enriquecimento que o contacto com este ramo da medicina virá a propiciar a todos os futuros médicos, independentemente da especialidade por que venham a optar.

São requisitos fundamentais a observar:

- a) Desenvolvimento de condições facilitadoras ao nível da estrutura universitária para a sua criação.
- b) Critérios de selecção e recrutamento de quadros com reconhecida competência da Clínica Geral/Medicina de Família.

A concretização deste objectivo impõe que, após a decisão política, se criem as condições básicas para o desenvolvimento desses departamentos e se proceda ao seu completo apetrechamento em recursos humanos e materiais.

É igualmente fundamental que o ensino pré-graduado ultrapasse a formação estritamente teórica, e avance para o contacto directo dos discentes coma realidade dos locais de exercício na comunidade. Para isso, deverão ser criados modelos de ligação a esses locais de exercício profissional, que assegurem simultaneamente um ensino metodologicamente correcto, motivador e eficaz, o desenvolvimento da investigação e uma prestação de cuidados de saúde de qualidade crescente.

Ainda no âmbito da formação médica é necessário que o Internato Geral tenha objectivos pertinentes e estratégicos e métodos de treino/aprendizagem adequados a este período formativo.

## **2.2. TREINO PÓS-GRADUADO DE ESPECIALIZAÇÃO**

A especialização em Clínica Geral/Medicina de Família deverá caminhar no sentido da uniformização dos currícula a nível nacional, com definição dos objectivos expressos por capacidades/competências, respeitando-se contudo as características dos diversos locais de formação e as especificidades do futuro local de exercício profissional do médico em formação.

A APMCG recomenda que o treino pós-graduado de especialização decorra fundamentalmente nos locais de exercício prático da Clínica Geral/Medicina de Família.

É necessário que exista um corpo de formadores de reconhecida competência técnico-científica em formação pedagógica e que os critérios de idoneidade a reunir pelos locais de formação estejam definidos.

As novas tecnologias audio-visuais e informáticas deverão desempenhar um papel cada vez mais importante no processo de formação dos internos, pelo que os formadores deverão também ser treinados nestes campos. A avaliação do treino pós-graduado é uma condição fundamental a observar e terá de ser efectuada por profissionais de comprovada experiência prática no âmbito assistencial, como tal reconhecidos inter-pares, e apoiados no conhecimento dos princípios pedagógicos modernamente aceites do ensino de adultos, segundo moldes credíveis e prestigiantes para a especialidade.

É hoje possível aferir os critérios de titulação por padrões seguidos por organizações, sociedades e academias internacionais de Clínica Geral/Medicina de Família.

## **3. FORMAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA**

A formação médica contínua deverá fazer parte integrante das actividades normais do médico de família.

A formação contínua verdadeiramente útil e eficaz é a que parte da iniciativa pessoal do próprio médico, e, em especial, a que é organizada e se realiza na própria unidade de saúde, seguindo uma dinâmica inter-pares ou até inter-profissional.

Deverão ser criados incentivos à formação médica contínua, quer através de mecanismos de creditação, quer através de facilidades para a sua realização.

### **3. INVESTIGAÇÃO**

A investigação é base de toda a evolução científica, e um dos pontos-chave de desenvolvimento desta especialidade. Torna-se assim crucial incentivá-la a todos os níveis.

O ensino da sua metodologia deverá iniciar-se a nível da formação pré-graduada, e a aplicação desses conhecimentos deverá ser encorajada em todas as fases da vida profissional do médico. Na formação pós-graduada a investigação deverá simultaneamente surgir como processo lógico decorrente de sistemas de garantia da qualidade dos serviços prestados, devendo nesta perspectiva entrar na rotina do médico de família.

Esta afirmação não pode porém ser lida como se a investigação fosse estritamente um acto de voluntarismo por parte do médico. Pelo contrário, deverão ser previstos recursos e financiamentos específicos para este tipo de actividade, criando um fluxo constante de informação de suporte para todas as actividades do médico de família.

É para nós, responsáveis pelo Departamento de Edições Especiais, motivo de regozijo podermos apresentar os Cadernos Edições Especiais. Com esta colecção abre-se mais um espaço de comunicação com os colegas, visando-se completar a área dos nossos livros.

Serão, assim, editados através desta colecção, textos sobre temas de interesse para a Clínica Geral/Medicina de Família que, pela sua dimensão mais reduzida, não possam ser editados em livro.

Luis Nunes  
Director das Edições Especiais.



Associação Portuguesa dos Médicos  
de Clínica geral