

## MOMENTO ATUAL E FUTURO DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR EM PORTUGAL

José Augusto Simões, MD, PhD.<sup>1</sup>

Os cuidados de saúde primários (CSP), que se iniciaram em Portugal, com a criação dos Centros de Saúde em 1970, tiveram um marco importante, em 1982, com a implementação da carreira médica de clínica geral pública, e mais recentemente, em 2005, com uma reforma, em que se procurou inovar, apostando no trabalho em equipa, por objetivos e em auto-organização [1].

No entanto, a vida profissional de um médico de família, em Portugal, nas primeiras duas décadas do século XXI, tem um sabor agridoce, porque, apesar de tudo ter sido feito de um modo pensado, não se conseguiu escapar às armadilhas de um sistema em que os fatores económicos falam mais alto [1]. Mas, ao longo dos últimos cinquenta anos, ora a ciência, ora a ideologia, mais ou menos utópica, conseguiram sobrepor-se e assim foram permanecendo os pilares de um sistema de saúde em que os CSP são o centro, não do sistema de saúde, mas do que realmente interessa: da saúde das pessoas, do que enquadra numa vida pessoal, familiar e social com saúde. Mesmo nos momentos de grande crise económica e social, como em 2008-2014, o sistema de segurança social, de educação e da saúde não só se mantiveram, como foram um fator importante na recuperação social, evitando maiores perdas e potenciando inovação [2].

---

<sup>1</sup> Assistente Graduado Sénior e Coordenador, USF Caminhos do Cértoma, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro. Professor Associado Convidado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Em Portugal, a história dos CSP, lado a lado com a da Medicina Geral e Familiar, teve o seu início antes da Conferência de Alma-Ata, de 1978. Nela, identificam-se ciclos, que somaram atributos ao trabalho do médico na comunidade [1]. Podemos identificar sete períodos, que correspondem a outras tantas reformas do Sistema de Saúde Português [3], a última das quais está ainda em curso e que já foi chamada de «Reinvenção dos Cuidados de Saúde Primários» [4]. Dois dos objetivos desta última reforma foram a reconfiguração dos centros de saúde em unidades de saúde familiar e a promoção de «formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados» [5].

As Unidades de Saúde Familiares (USF), imagem de marca da reforma de 2005, são «equipas multiprofissionais constituídas por especialistas em Medicina Geral e Familiar, enfermeiros e administrativos» que se associam voluntariamente «com vista a uma prestação de cuidados de saúde mais próxima dos cidadãos» [4]. Estas USF, que elaboram um regulamento próprio, uma carta da Qualidade e um plano de ação, têm objetivos e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, continuidade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência, produtividade e satisfação. As equipas recebem incentivos institucionais se cumprirem as metas que contratualizam e os profissionais, no modelo B das USF, são remunerados segundo um sistema misto, com uma componente fixa e uma componente variável, dependente da produtividade e qualidade das prestações, segundo critérios e indicadores predefinidos, na continuidade da experiência que tinha sido obtida com o Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Família [6].

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) possui uma rede de CSP representada por Centros de Saúde (CS), atualmente Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e suas unidades funcionais, responsáveis pelos cuidados de saúde curativos não diferenciados, preventivos e de saúde pública e comunitária [7]. Muito embora seja reconhecida a importância desta rede na organização do SNS, a verdade é que, passado o impulso inicial dos seus primeiros anos de existência, os CSP foram relegados para um papel secundário face aos cuidados hospitalares [7].

Uma primeira constatação desse facto é obtida pela análise da produção, relacionada com esse nível de cuidados, a partir dos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nos Inquéritos aos Centros de Saúde. Por exemplo, o número total de consultas foi de quase 23,4 milhões em 1990. O máximo de consultas nos CSP foi atingido em 2008, com quase 31,15 milhões, para descer para os 25,6 milhões em 2012. O INE

inexplicavelmente cancelou os Inquéritos aos Centros de Saúde a partir de 2012, último ano em que foram publicados, e assim perdeu-se uma fonte importante de informação. Assim, o máximo de consultas realizadas nos CS terá sido no ano de 2008, sendo estas só 1,3 vezes maiores que em 1990 [7]. Avaliando o número total de consultas constata-se que, ao longo de 24 anos, o seu crescimento foi medíocre, com um máximo em 2008, para depois cair, mesmo considerando toda a capacidade acrescida em termos de formação de médicos e enfermeiros ocorrida nesse período. No caso dos médicos de família, é interessante notar que, decorridos todos estes anos e apesar de todas as reformas dos CSP desenvolvidas pelos diferentes governos, como as USF e a introdução do salário por produtividade nas USF-B, o melhor que o Ministério da Saúde (MS) tem para mostrar é a expansão do número de utentes com médico de família, derivada sobretudo do aumento do número de utentes que cada médico de família passou a ter ao seu cuidado, ou seja, o aumento dos ficheiros de 1500 para 1900. Acontece que um médico de família com mais utentes é um médico com menos tempo para cada utente. De resto, trata-se de um recuo relativamente ao quadro que existia nos anos 80 do século XX, onde o número de referência era 1500 utentes por médico de família. Seria de esperar que, passados todos estes anos, com o enorme aumento de médicos formados, esse quadro fosse outro. Esta relação entre maior número de utentes e menor tempo de atendimento resulta em menor qualidade dos CSP [7].

Outra constatação- foi o desaparecimento das consultas de especialidades médicas nos CS. Tendo sido quase 1,1 milhão em 1990, em 2012 esse número era de pouco menos de 142 mil, ou seja, 0,13 do valor de 1990. Essa evolução, mais do que favorecer o papel do médico de família, o que seria verdade se tivéssemos observado uma evolução positiva no número destes profissionais (o que não é verdade como já tivemos oportunidade de referir), representa antes uma cultura hospitalocêntrica, na medida em que transfere todo esse serviço para os hospitais. Assim, a lógica da racionalidade de recursos tem sido esvaziar os CSP de consultas que poderiam até potenciar a intervenção local, sem necessitar de recurso aos hospitais, com todos os constrangimentos em termos de tempo e custos a isso associados [7].

E por fim, temos as urgências do SNS cada vez mais a cargo dos hospitais, por destruição desse serviço nos CS. Essa foi, aliás, uma característica fruto de uma opção mais político-económica do que técnica. Essa opção, por um lado, retirou um bom mecanismo de controlo da «urgência social», que seria manter nos CSP aquelas que são do seu âmbito, ainda que urgentes, e transferindo para as urgências hospitalares o que necessita de

especialidades hospitalares. Aparentemente, este é um mecanismo simultaneamente eficiente e caro. A diminuição das urgências nos CS cria, por um lado, uma pressão sobre as urgências hospitalares, ao misturar aí urgências simples e complexas. Mas, simultaneamente, retira pressão ao dificultar, de facto, o acesso à população mais isolada e afastada. Por outro lado, esta opção também contribui para o isolamento das regiões mais periféricas, para além de reduzir, de facto, uma parte do direito aos cuidados de saúde a uma parcela da população. Note-se que os números desse serviço são da mesma ordem de grandeza das urgências hospitalares. Essa queda foi determinada por uma política económica que, a pretexto de diminuir custos na saúde, foi fechando serviços de urgência nos CS. Em 2012 havia 72 centros de saúde com serviço de atendimento permanente (urgência). Esse número era de 235 em 1996 [7].

No entanto, o SNS do futuro precisa lidar com desafios múltiplos e complexos relacionados não só com a economia e a sustentabilidade financeira, mas também com a disponibilidade de uma força de trabalho em saúde em número adequado e com as competências ajustadas às necessidades da população e às mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas. Os problemas atuais não se limitam às fronteiras nacionais. Expandem-se tal e qual como é necessário ampliar a discussão acerca da procura por sistemas abertos e a internacionalização dos cuidados [1]. O aumento da expectativa de vida, aliado a um baixo período de vida saudável após os 65 anos em Portugal, a crescente taxa de doenças crónicas, em especial diabetes e demência [8], somado a fatores como sedentarismo, obesidade, tabagismo, transtornos psiquiátricos e uma limitada oferta de saúde oral [9], exigem novas e audaciosas mudanças no SNS, para se construir um SNS com futuro para a comunidade do futuro.

Ações que estimulem a literacia em saúde, a participação dos cidadãos e uma coordenação dos cuidados mais partilhada com maior autonomia do paciente são estratégias de arranque [10], cujos primeiros passos já foram dados. No entanto, a complexidade das organizações de saúde pressupõe caminhos de inovação aberta [11], fora dos limites tradicionais, nos quais se criem e estabeleçam redes colaborativas e interfaces funcionais entre os diferentes níveis de cuidados [12].

Mas, para o cidadão é importante, por exemplo, ter uma acessibilidade ao seu médico de família em cinco dias?

Sim, é muito importante [13], e por duas ordens de razões. A primeira é puramente matemática, se a oferta semanal for inferior à procura, quer dizer que vão sobrar doentes e que estes se vão acumular e o tempo de

espera vai progressivamente aumentando até se estabilizar por equilíbrio entre a procura e as desistências (quer por entretanto se ter resolvido a situação que motivou o pedido de consulta, ou por o utente ter ir procurado solução noutro lado) [13].

Outra razão, mais concetual, tem a ver com a essência do conceito de Médico de Família. Conceito assente numa relação continuada no tempo e baseada na confiança e acessibilidade. Se as vertentes de promoção e prevenção da saúde podem ser programadas, já os cuidados assistenciais requeridos por uma multiplicidade de fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, não. Ou o médico do utente está disponível num prazo curto, ou o momento de intervenção passou. E isto tanto é verdade para uma pneumonia em início, como para o sofrimento gerado para uma crise conjugal [13].

A confiança de se poder recorrer em tempo útil ao “seu” médico de família é assim estratégica em Medicina Geral e Familiar.

Cito Juan Gervas [14]: *«el tiempo máximo para ver al propio médico de cabecera (“mi médico”) no debería ser mayor de 24 horas; en otro caso el médico general se convierte en médico de pacientes crónicos estabilizados obedientes y bien organizados (justo el grupo de pacientes que no necesitan médico) -la flexibilidad horaria y de atención en clave en Medicina General».*

Assim, a prática assistencial em Medicina Geral e Familiar, deve estar organizada para dar resposta às situações agudas no próprio dia e a todas as demais no espaço de uma semana, porque nunca se sabe quais as que podem esperar e as que não podem. Perguntarão: e o aumento da oferta não leva a um aumento da procura, tornando insuportável a vida de um médico? A resposta é não! O facto de a lista ser limitada leva que a procura não aumente. Em dois anos seguidos, tive exatamente o mesmo número de consultas [13].

Por outro lado, a oferta em cinco dias torna a vida da USF mais calma e desaparece a pressão diária de todos aqueles que dizem que não podem esperar três semanas [13].

Apesar de tudo, a atual reforma dos CSP em Portugal é considerada uma das mais bem-sucedidas reformas de serviços públicos das últimas décadas. Fez evoluir os CSP, alterou profundamente o modo como os profissionais de saúde estão nos serviços, melhorou a relação entre cidadãos e as equipas de saúde e otimizou resultados [15]. Os CSP portugueses foram alvo de atenção pela sua singularidade e pelos resultados que conseguiram alcançar. O Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e a OCDE, em 2017, exprimiram isso mesmo ao avaliarem a taxa de hospitalização evitável em Portugal, a mais baixa da União Europeia para a diabetes,

asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência cardíaca, e concluíram que estas doenças estão a ser geridas com eficácia a nível dos CSP e que estes são de boa qualidade [16]. Um editorial da revista *Lancet*, de setembro de 2017, referindo-se a um estudo que demonstrou que Portugal tem uma esperança média de vida bastante elevada, tendo em consideração as suas condições socioeconómicas, recomendou que se analise as suas políticas de saúde nacionais [17]. O aspeto mais saliente da atual reforma dos CSP foi a implementação das USF, cujo número tem vindo a aumentar desde 2006 [15].

Existem 553 USF, estimando-se que abranjam cerca 10.200 profissionais e prestem cuidados a mais de metade da população portuguesa, 6.357.664 utentes [15]. O número de novas USF modelo A, a iniciar atividade em cada ano tem tido uma tendência decrescente desde 2009 (39 em 2018 e 22 em 2019). Já em relação às USF B, durante todo o ano de 2018 nenhuma foi autorizada apesar de haver USF A que cumpriam os requisitos para passagem a B, e em 2019 apenas foram autorizadas 20 USF-A a passar a B a 23 de dezembro. A queda no número de candidaturas para mudança de modelo (43 em 2016, 31 em 2017, 26 em 2018 e 24 em 2019) é certamente reflexo da morosidade de todo este processo, o que desmotiva as equipas [15].

A USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, tem vindo a realizar anualmente um questionário aos coordenadores de USF, e os cinco principais problemas por estes identificados, em 2019, nos CSP e nas USF a necessitarem de resolução urgente foram: o equipamento telefónico, é o problema mais importante a carecer de resolução urgente neste nível de cuidados, sendo um aspeto crucial para a comunicação das unidades com os seus utentes; o segundo é a dimensão das listas de utentes, por refletir uma carga de trabalho excessiva; o terceiro são os incentivos institucionais e a capacidade de investimento nas USF; o quarto é o desenvolvimento da carreira de secretariado clínico, reconhecendo-se a importância deste grupo profissional em toda a dinâmica das USF; e quinto, o software disponível, programas informáticos de apoio à atividade clínica e de registo, uma das áreas que mais impacto tem na atividade de uma USF e na sua capacidade de resposta e de demonstração de efetividade de cuidados [15].

Das utopias que permanecem na MGF, nos CSP e no SNS, ambiciona-se um futuro modelado por três “R’s”[1]: (a) Reestruturação organizacional das redes hospitalar e de cuidados de saúde primários para uma maior autonomia e capacidade de resposta; (b) Recursos sustentáveis, que promovam uma utilização consciente dos recursos estruturais, financeiros

e humanos, estimulando um processo de trabalho mais colaborativo e integrado entre as profissões da saúde e menos centrado no médico de família; (c) Redes de conectividade, em ambientes virtuais e reais [1].

Todos estes “R’s”[1] devem ser integrados por um olhar centrado na comunidade e numa partilha digital, mas sem nunca esquecer o que é humano, a pessoa que necessita de cuidados, com a qual se devem estabelecer uma forte relação médico-doente. Incentivando os afetos e a solidariedade de se viver e cuidar em comunidade. É assim que se perspetiva a relação, digital, em rede e comunitária do médico de família, no futuro, com a sua lista de cidadãos.

## Referências

- [1] Biscaia AR, Fehn AC, Pereira A. O médico de família português: uma narrativa. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(1):e00127118. doi: 10.1590/0102-311X00127118.
- [2] Caetano E. Os anos da troika. Portugal foi o único país a sair da crise com menos desigualdade. *Observador* [online]. 2017-out-25. [citado 2020-03-22]. Disponível em <https://observador.pt/especiais/os-anos-da-troika-portugal-foi-o-unico-pais-a-sair-da-crise-com-menos-desigualdade/>.
- [3] Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. A história recente do sistema de saúde português. In: *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2006.
- [4] Biscaia AR. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do Pensamento. *Rev Port Clin Geral*. 2006;22:67-79.
- [5] Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. *Diário da República, I Série-B N.º 196* (2005, out. 12). p 5981-82.
- [6] Direção-Geral da Saúde. Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral – Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004.
- [7] Varela R. História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. A saúde e a força de trabalho, do estado novo aos nossos dias. Lisboa: Âncora Editora; 2019.
- [8] Crisp N. The future of the Portuguese health system. *Acta Med Port*. 2015; 28:277-80.
- [9] Almeida J, Gonçalo S, Augusto F, Fronteira I, Hernández-Quevedo C, Nolte E, et al. Portugal health system review. *Health Systems in Transition*. 2017; 19:1-184.
- [10] Crisóstomo S, Matos AR, Borges M, Santos M. Mais participação, melhor saúde: um caso de ativismo virtual na saúde. *Forum Sociológico* [online]. 2017; 30. [citado 2020-03-22]. Disponível em <http://journals.openedition>.

- org/sociologico/1729.],[Lobo L. Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica* [online]. 2008;26(2):367-371. [citado 2020-03-22]. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312008000200017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000200017&lng=pt&nrm=iso)>.
- [11] Länsisalmi H, Kivimäki M, Aalto P, Ruoranen R. Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. *Nurs Sci Q* 2006; 19:66-72.
- [12] Ramos V. A interface entre cuidados de saúde primários e o hospital. In Campos L, Borges M, Portugal R (Eds.). *Governança dos hospitais*. Lisboa: Casa das Letras / ARSLVT; 2009. P 333-347.
- [13] Alvim A. É possível um utente conseguir marcar uma consulta para o seu Médico de Família num prazo até 5 dias úteis? *Jornal Médico*. 2011 Nov; 222:4-5. Disponível em <https://jornalmedico.pt/opiniao/28279-opiniao-14.html>.
- [14] Gervas J, Perez Fernández M, Gutiérrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria* 2009 ene; 41 (1): 41-4.
- [15] Biscaia AR, Pereira A, Cardeira R, Fehn AC. O momento atual da reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2018/2019. Questionário aos coordenadores de USF. Lisboa:USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar; 2019.
- [16] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU; 2017. Disponível em [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_pt\\_portuguese.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_pt_portuguese.pdf).
- [17] Life, Death, and Disability in 2016. Editorial. *Lancet*. 2017; 390:1083. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32465-0.

## Conflitos de interesse

O autor declara ser coordenador de USF, de 2009 a 2016 da USF Marquês de Marialva, em Cantanhede, e desde 2018 da USF Caminhos do Cértoma, na Pampilhosa, Mealhada.

Artigo escrito durante a Pandemia Covid-19 em que a maioria dos contactos com os meus pacientes está a ser feita por telemóvel e email.

## Endereço para correspondência

José Augusto Rodrigues Simões  
Rua Teófilo Braga, 25, 6º Dto, 3030-076 Coimbra  
Email: jars@ubi.pt