

Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal

JAIME CORREIA DE SOUSA
ANA MACEDO SARDINHA
JESUS PEREZ Y SANCHEZ
MIGUEL MELO
MARIA JOSÉ RIBAS

A medicina geral e familiar em Portugal institucionaliza-se nos princípios da década de 80. Como referências importantes deste período inicial estão o seminário sobre «o papel do clínico geral em cuidados de saúde primários» (Escola Nacional de Saúde Pública, 1979), a criação da carreira de generalista (1980), o início do internato da especialidade (1981), a criação dos institutos de clínica geral (1981-1983) e do Colégio de Clínica Geral na Ordem dos Médicos (1982) e a realização em Évora do «Encontro Internacional de Clínica Geral» (1984) organizado pela APMC. Desta forma, a medicina geral e familiar portuguesa estabeleceu muito cedo no seu processo de desenvolvimento uma formulação explícita e amplamente aceite do seu perfil profissional e dos seus requisitos de formação. Por outro lado, estando a investigação em cuidados de saúde primários numa fase inicial de desenvolvimento, é ainda necessário criar as condições indispensáveis para poder aspirar a um progresso rápido nesta área — financiamento, integração no trabalho corrente, bases de dados de fácil acesso, identificação de áreas prioritárias, estabelecimento de redes de investigação e de estruturas de apoio e acompanhamento.

A adopção de sistemas retributivos melhor adaptados à prática da medicina geral e familiar, privilegiando o trabalho organizado em equipas multidisciplinares, baseando-se

no princípio da «discriminação positiva» — pagar melhor a quem trabalhar melhor —, e a reorganização dos centros de saúde que se perspectiva («centros de saúde de terceira geração») podem constituir as bases de uma reforma estrutural do sistema de saúde necessárias para assegurar à carreira de clínica geral as condições de exercício que é possível encontrar hoje em muitos países europeus.

1. Introdução

A partir da década de 80, pela primeira vez na história do país, a maioria da população começou a ter acesso a cuidados de saúde primários com um mínimo de dignidade. Desde então a medicina geral e familiar portuguesa iniciou uma evolução sem retorno. As mudanças ocorridas foram múltiplas e traduziram-se na definição do perfil do médico de família e do seu papel dentro dos cuidados de saúde em Portugal.

Actualmente, existem cerca de 6000 médicos de família em Portugal. A rede de cuidados de saúde primários inclui cerca de 360 centros de saúde dispersos pelo país, por sua vez divididos em mais de 2000 extensões de saúde, que cobrem o país todo e têm como principal objectivo estar mais perto das populações que servem. Existem, no entanto, grandes variações, dependentes da população, regime de trabalho e organização interna dos serviços (Ramos, 1997).

Os cuidados de saúde nos países desenvolvidos estão em fase de grandes mudanças. O fim da década de 90

□

Jaime Correia de Sousa, Ana Macedo Sardinha, Jesus Perez y Sanchez e Maria José Ribas são médicos de família na Unidade de Saúde Familiar Horizonte, Centro de Saúde de Matosinhos. Miguel Melo é médico de família na Unidade de Saúde Familiar de Fânzeres, Centro de Saúde de Gondomar.

foi um período de conflito e debate sobre serviços de saúde e seu financiamento (Sousa, 1998). As mudanças actuais e futuras estão a ocorrer em paralelo e envolvem os vários intervenientes dos cuidados de saúde.

A mudança de mentalidade da população vem exigir uma nova atitude dos médicos. Os direitos dos doentes e utilizadores dos cuidados de saúde tornam-se progressivamente mais importantes e levantam questões sobre a responsabilidade de médicos, o direito de escolha, os autocuidados, as expectativas e necessidades dos utentes, o papel de *gate-keeper*, a educação para a saúde (Sousa, 1998; Sampaio, 1998). Os médicos devem questionar-se sobre qual deve ser a sua atitude dentro desta nova relação médico-utente. Apesar dos numerosos problemas ainda existentes, muitos pacientes já olham o seu médico de família como o contacto fundamental quando precisam de ajuda ou conselhos. Por outro lado, os colegas de outras especialidades começam a aceitar a verdade inevitável: a medicina familiar existe, é reconhecida como especialidade e é a base do sistema de saúde português.

2. Como surgiu esta especialidade — perspectiva histórica

Na década de 60, os responsáveis pela saúde em Portugal constataam a inexistência de uma cobertura médica satisfatória à população. São então criados os Serviços Médico-Sociais (SMS) das caixas de previdência, mais tarde associadas em federações. Estas assumem os cuidados de saúde essencialmente na área da prevenção secundária aos indivíduos que através do seu trabalho contribuem para o sistema, situação mais tarde alargada às suas famílias. Esta estrutura abrange um grande número de cidadãos, mas exclui todos os não contribuintes, devido ao tipo de vínculo laboral (por exemplo, rurais, comerciantes, empregados por conta própria, domésticas, etc.) (Portugal. DEPS. Divisão de Planeamento e Normalização, 1995).

Os cuidados médicos em Portugal ficam a cargo de instituições de três tipos: de assistência caritativa, para os pobres e indigentes; os recém-criados SMS, para os trabalhadores e suas famílias; a medicina privada e liberal, para a população mais abastada e para a restante, não enquadrada nas categorias anteriores (Hespanha, 1987). Os serviços de saúde começam a sentir a necessidade de conhecerem as populações a quem prestam cuidados (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 1997). É nesta fase que a Organização Mundial de Saúde define saúde como «estado de completo bem-estar físico, mental e social» (OMS, 1990), conceito que vem a marcar o planeamento e organização dos cuidados de saúde nas décadas seguintes.

Em 1971 o Estado reconhece em diploma legal, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e são criados centros de saúde em quase todos os concelhos, essencialmente vocacionados para os cuidados de saúde materna e infantil, incluindo vacinação, mais tarde alargados ao planeamento familiar. Estes cuidados são essencialmente prestados por pediatras e ginecologistas, alguns médicos apenas com formação básica e por um grande número de enfermeiras com razoável formação em saúde pública. Apesar dos bons programas de que dispõem, não conseguem abranger a totalidade da população-alvo (Portugal. DEPS. Divisão de Planeamento e Normalização, 1995). Estes centros funcionam em paralelo com os Serviços Médico-Sociais das «caixas de previdência».

Após 1974 é preconizada a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que vem a acontecer em 1979, através da Lei n.º 56/79, a primeira Lei de Bases da Saúde; é feita a integração da Federação das Caixas de Previdência no Ministério da Saúde e são nacionalizados os hospitais das misericórdias. No período seguinte é produzida numerosa legislação destinada a regulamentar o SNS (Portugal. DEPS. Divisão de Planeamento e Normalização, 1995).

É neste contexto que pela primeira vez surge a necessidade de um novo tipo de médico que, à semelhança do que acontecia noutros países mais evoluídos (EUA, Reino Unido, Canadá, Holanda, Dinamarca e Noruega, entre outros) (Mc Whinney, 1994), assumisse os cuidados aos cidadãos numa perspectiva personalizada. São vários os profissionais que nessa época defendem a estruturação de uma carreira e a definição de um perfil profissional. Em 1979 têm lugar diversos seminários e acções de consultoria, com participação de médicos de clínica geral do Royal College of General Practitioners britânico, do Instituto de Clínica Geral da Universidade de Oslo e de instituições congéneres holandesas. Um desses seminários teve lugar em Abril na Escola Nacional de Saúde Pública, sobre «O papel do clínico geral em cuidados de saúde primários» (Tavares, 1997). O relatório final seria designado por «relatório Horder» e constitui um marco da clínica geral em Portugal (Horder, 1997).

Em 1980 a Portaria n.º 444-A/80 institui e vem regulamentar «uma nova modalidade do exercício da medicina — carreira de generalista — consagrada ao exercício das funções da clínica geral». Em 1981 tem início o internato da especialidade de generalista (Portaria n.º 357/80).

Em 1982 é publicado o decreto-lei que regulamenta as carreiras médicas (Decreto-Lei n.º 310/82), onde pela primeira vez é definido o perfil profissional do médico de clínica geral de uma forma que se aproxima muito do que defendiam alguns médicos orga-

nizados no embrião do que viria a ser a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), nascida em 1983 (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990). O referido decreto prevê a criação de institutos que «proponham programas e desenvolvam sistematicamente acções de formação e actualização» quer para os internos, quer para os médicos que pretendam seguir a nova carreira. São, entretanto, criados os institutos de clínica geral (Jordão, 1995).

Nos antigos postos dos SMS, designados por centros de saúde desde a integração/fusão com os centros materno-infantis, são colocados em curto espaço de tempo vários milhares de clínicos gerais, muitos dos quais iniciam as suas funções sem terem sido submetidos a qualquer processo de formação de acordo com o perfil atrás definido. Houve, contudo, um grupo de médicos que iniciaram um processo de formação que, embora de início seja distante do que preconizavam, era já um esboço de uma formação complementar específica em clínica geral — o internato complementar de clínica geral.

Em 1982 é criado o Colégio de Clínica Geral na Ordem dos Médicos.

Em 1984 tem lugar em Évora o «Encontro Internacional de Clínica Geral», organizado pela APMCG, com a colaboração activa de figuras de relevo da clínica geral europeia (Tavares, 1997; Jordão, 1995). Neste mesmo ano a APMCG faz publicar o primeiro número da *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, um espaço de reflexão e de formação ainda hoje referencial no âmbito nacional e internacional.

3. A medicina geral e familiar — perfil e enquadramento conceptual

O perfil profissional do clínico geral, ou médico de família (MF), e a especialidade designada por medicina geral e familiar (MGF) estão largamente definidos em documentos oficiais ou particulares publicados no nosso país (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990; Decreto-Lei n.º 73/90; Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral, 1995; Sá, 1995) e têm igualmente sido descritos ou propostos por diversas organizações internacionais, tais como a WONCA (World Organization of Family Doctors, 1991).

A medicina geral e familiar é, antes de tudo, uma *medicina da pessoa*. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990; World Organization of Family Doctors, 1991; Pinto, 1991).

A *família* continua a ser um contexto fundamental a ter em conta na compreensão dos fenómenos de saúde e doença — o adoecer na família, a família face à doença, a família como geradora ou modeladora dos fenómenos de doença, a família doente, etc. Nessa perspectiva, a clínica geral continua-se e aprofunda-se na *medicina de família* (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990; Sá, 1995).

Uma vez que os indivíduos e as famílias se inserem num sistema social mais vasto, é importante perceber as influências do meio envolvente consideradas numa perspectiva comunitária. O sistema de saúde deve 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.

Vemos, assim, que esta especialidade aborda a *pessoa* enquadrada numa *família* e vivendo numa *comunidade*. O perfil profissional e técnico-científico do médico de família deverá ser definido de forma que ele possa ser o médico a quem a pessoa recorre em primeiro lugar. O médico de família deverá ser o mais possível «o» médico de primeiro contacto — quando alguém se sente doente ou quer cuidar da saúde, deverá sempre tentar falar primeiro com o seu médico.

Um dos fundamentos da medicina geral e familiar é a liberdade de escolha do médico por parte dos indivíduos ou das famílias, nem sempre respeitada no nosso sistema de saúde. É fundamental para que possa ser criada e mantida uma boa relação médico-paciente que cada cidadão possa escolher livremente o médico com quem irá estabelecer uma ligação duradoura. O paciente deverá sentir que escolheu o seu médico (quer tenha sido por acaso ou porque soube que era competente) e, apesar de poder realmente mudar para outro, não o quer fazer. A escolha do mesmo médico pelos restantes elementos da família deverá surgir naturalmente; poderá ser recomendada, mas nunca forçada por qualquer decisão burocrático-administrativa ou coacção psicológica.

A existência de listas de pacientes, que é uma particularidade de certos sistemas de saúde e de organização dos cuidados, foi o modelo adoptado em Portugal. Este sistema facilita os cuidados continuados e longitudinais e as actividades antecipatórias (de prevenção e promoção de saúde); permite ao paciente conhecer o seu médico de família e a este conhecer os cidadãos sob a sua responsabilidade.

Outros princípios essenciais da medicina geral e familiar são a universalidade e a equidade; todos os cidadãos, independentemente das suas condições ou características, devem ter acesso a cuidados de saúde de que necessitam, seja qual for a forma de financiamento do sistema e o modelo organizativo da prestação de cuidados.

A medicina geral e familiar deve basear a sua actuação numa perspectiva de promoção da saúde e de prevenção da doença. Ambas visam a elevação dos níveis de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades através de uma intervenção mais activa de educação para a saúde, papel que cabe a toda a sociedade, mas que pode e deve ser desenvolvido a nível individual ou colectivo pelos diversos profissionais de saúde, entre os quais os médicos de família.

O *médico de família* é um profissional com habilitação específica para prestar com independência e autonomia cuidados assistenciais aos indivíduos e famílias que o escolham como seu médico assistente. Os pacientes deverão entender a ideia de competência técnico-científica pela percepção de que vão a este médico porque ele é capaz de resolver a maior parte dos seus problemas de saúde e resolve-os bem. O *médico de família* deve exercer a sua acção integrado numa perspectiva multidisciplinar de trabalho em equipa.

O *médico de família* orienta a sua actuação para a pessoa total, independentemente da idade ou sexo, e lida com todo o tipo de problemas de saúde — globalidade. Este conceito deve ser completado pelo conceito de amplitude, definido pelo espectro de cuidados prestados, pelo «leque de oferta», bem como pelo limiar de referência e pela ligação a outros médicos e aos outros profissionais de saúde.

O *médico de família* deverá dominar um conjunto de métodos e técnicas de relação e comunicação médico-paciente e seleccioná-los em face de cada situação e contexto; deverá ser simpático (empático), ouvir o paciente, interessar-se pelos seus problemas e procurar perceber o que este sente e o que tem.

O *médico de família* aborda situações de patologia crónica múltipla e/ou em que coexistem vários problemas de saúde de natureza diversificada. Com o envelhecimento da população, as doenças crónicas mais frequentes na comunidade constituem, aliás, uma das áreas de actuação mais importantes e de magnitude tendencialmente crescente da actividade dos médicos de família em todo o mundo.

O *médico de família* utiliza, sempre que necessário, métodos e técnicas de avaliação familiar.

Actua, em suma, na promoção da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação e reinserção na comunidade.

O *médico de família* deve preocupar-se em prestar aos seus pacientes os cuidados de que estes necessitam ou julgam necessitar com a maior brevidade possível, nas condições mais favoráveis, no consultório ou no domicílio do utente, incluindo a prestação e organização de cuidados nas chamadas «horas incómodas» — acessibilidade. Esta definição conceptual de acessibilidade tem encontrado diversos obstáculos organizativos, fun-

cionais e logísticos à sua plena concretização, decorrentes do enquadramento contratual da carreira estatal de clínica geral, do sistema retributivo, dos hábitos e rotinas dos profissionais, do modelo funcional dos centros de saúde, das expectativas dos utentes e do deficiente funcionamento da equipa de saúde.

O *médico de família* deverá oferecer aos seus pacientes continuidade de cuidados assistenciais, entendendo-se isto como o assumir da responsabilidade personalizada de cuidar do cidadão que livremente o escolheu ao longo do tempo e independentemente do problema de saúde que apresenta — «os meus cuidados de saúde melhoram porque consulto o mesmo médico sempre que é possível e, quando não é, sou atendido por um colega que trabalha de forma parecida e usa a mesma ficha clínica». A necessidade de referência a outro nível de cuidados ou a ausência temporária do médico não contrariam este princípio, que deverá ser assegurado através de mecanismos de intersubstituição temporária. Como consequência da necessidade esporádica de fazer uma referência, nasce o conceito de coordenação de cuidados — «quando é necessário, este médico é capaz de me enviar a outros médicos ou a outros profissionais e, depois, interessa-se pelo resultado e organiza a continuação dos tratamentos».

Um outro conceito, o de longitudinalidade, pode ser traduzido por «já sou doente deste médico há vários anos e ele, melhor do que ninguém, sabe o que eu tenho; já passámos por muita coisa juntos». Além disso, este médico conhece bem o paciente e a sua família, percebe as suas necessidades e mantém toda a informação na ficha clínica, tendo assim um importante conhecimento acumulado.

Usa métodos de recolha, sistematização, anotação e utilização da informação clínica adequados à complexidade da sua prática profissional — sistema de informação.

Assegura uma gestão eficiente da sua prática clínica tendo em conta as necessidades de saúde dos seus utentes.

A perseguição destes objectivos tem sido, ao longo dos últimos dezanove anos, um processo longo e difícil. Mais do que descrever as definições conceptuais dos atributos dos MF, será interessante verificar até que ponto se conseguiu que isso se traduza, na prática, por um exercício profissional de qualidade e se os MF conseguiram responder às expectativas dos cidadãos. Um dos factores importantes de sucesso da profissão estará, assim, assegurado.

4. A formação em medicina geral e familiar

Para cumprir com o perfil conceptual atrás definido é necessário um profissional com habilitações específi-

cas para prestar com independência e autonomia cuidados assistenciais aos indivíduos e famílias.

Para tal deverá existir, para além de uma formação básica para todos, com precocidade no ensino da medicina na comunidade, nos primeiros anos da faculdade, e contacto com a prática nos últimos anos a par da medicina clínica, uma formação complementar específica em medicina geral e familiar.

Todo o médico deverá:

- Aprender a avaliar a pessoa na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural, juntamente com a avaliação da patologia de que essa pessoa pode padecer;
- Aprender, desde logo, a compreensão dos fenómenos da saúde e da doença integrados no contexto familiar e na modificação estrutural das famílias enquanto geradoras de problemas;
- Entender as influências do meio social envolvente e perceber as necessidades em saúde da comunidade;
- Dever ético de prestar os melhores cuidados de saúde à luz dos conhecimentos actualizados técnica e cientificamente (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990).

4.1. Formação pré-graduada

A existência de uma disciplina de medicina familiar no curso de Medicina foi, desde muito cedo, um objectivo primordial a atingir pelos médicos de família.

Tornava-se importante dar a conhecer aos estudantes de medicina o cenário dos centros de saúde, onde poderiam aperceber-se do indivíduo/pessoa na sua totalidade, inserido na sua trajetória vital e social, ao contrário dos seres diminuídos e retalhados em órgãos e sistemas que observavam nos hospitais.

Em 1984 surge o primeiro Departamento de Clínica Geral na Faculdade de Medicina do Porto e os primeiros contactos dos alunos de Medicina com os centros de saúde. Dá-se início à formação pré-graduada, num passo que foi decisivo para a implementação da clínica geral em Portugal.

Em 30 de Junho de 1987, o conselho científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa aprovou a inclusão da disciplina de Clínica Geral no *curriculum* do curso de Medicina, convidando uma médica de família para reger a cadeira.

Em 2000 todas as faculdades de medicina têm departamentos e/ou disciplinas universitárias de Clínica Geral. Têm vindo a multiplicar-se os doutoramentos e mestrados na área da medicina familiar/clínica geral (Tavares, 1997).

4.2. Formação específica

Muitos médicos da carreira de clínica geral iniciaram funções nos centros de saúde sem antes terem sido submetidos a qualquer processo de formação, previsto no Decreto-Lei n.º 310/82. Tornou-se imperativo dar resposta a esta necessidade.

Na sequência dos esforços exercidos pela União Europeia dos Médicos de Clínica Geral (UEMO), a Comunidade Europeia publica a Directiva CEE n.º 457/CEE/86, que regulamenta a formação específica.

Os institutos de clínica geral das Zonas Norte, Centro e Sul criados entre 1981 e 1983 tiveram um papel-chave no processo transitório da formação específica em exercício, tendo sido aprovado o seu regulamento pela Portaria n.º 505/86, de 9 de Setembro (Tavares, 1997). Apenas a 26 de Novembro de 1986 é publicada a Portaria n.º 712/86, que regulamenta a formação específica em exercício.

Em 1997 são, finalmente, publicados no *Diário da República* os avisos de abertura dos concursos para ingresso nos programas de formação específica nas três zonas do país.

Esta formação, além de centralizada nas grandes cidades (Lisboa, Porto e Coimbra), caracterizava-se por um ensino de sala teórico de longa duração, na maioria das vezes não adequado à prática clínica. Apesar de necessária e imprescindível, alterou por completo toda a dinâmica dos centros de saúde, devido ao número elevado de médicos que em cada período frequentavam a formação específica na área do ensino de sala, atendendo ao enorme atraso do seu início. A deslocação era penosa para muitos desses médicos, que não usufruíam de ajudas de custo; foi difícil efectuar a gestão da situação em locais mais distantes e com menos recursos humanos onde as urgências eram asseguradas pelos médicos de família.

A 11 de Junho foi publicada a Portaria n.º 425/90, que se sobrepõe à n.º 712/86, melhorando o processo formativo, individualizando-o, alargando o leque de recrutamento de orientadores, valorizando o papel destes quer no exercício orientado, quer nas outras etapas formativas, diminuindo a carga horária e dando predomínio ao exercício orientado sobre as restantes etapas (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1987).

Prevvia-se a conclusão deste processo formativo em 1995, mas veio a terminar apenas em 1997.

4.3. Internato complementar

A primeira tentativa legislativa para criar a carreira de generalista ocorreu em 1977, mas não teve êxito, pelo receio dos jovens médicos de que se tratasse

apenas de uma medida governamental de perpetuação do serviço médico à periferia.

Em 1980 surge em termos legislativos a carreira de generalista (Portaria n.º 444-A/80). Tornou-se claro que o internato complementar deveria ser a única via de acesso à carreira de clínica geral após findar a formação específica na totalidade.

Em 1981 inicia-se o primeiro programa de internato complementar de generalista (posteriormente designado por internato complementar de clínica geral), não totalmente adequado às necessidades e especificidades do médico de família (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1998).

Em 1988 surge a primeira caderneta de estágio e, finalmente, o internato tem uma ligação mais directa ao centro de saúde, sendo o último ano obrigatoriamente passado no centro de saúde.

Em 1995 foi proposto o novo programa de formação para o internato complementar pelo colégio de especialidade de clínica geral da Ordem dos Médicos. Um programa mais específico e mais aprofundado em áreas consideradas fundamentais, sendo necessário o seu alargamento de três para quatro anos. Infelizmente, não foi aprovado (Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral, 1995).

Entre 1995 e 1998 o colégio de especialidade procura aumentar o número de centros e unidades com idoneidade formativa, atribuindo idoneidades em cerca de 200 centros em todo o país.

O ano de 1997 tem o maior número de opções para o internato complementar de clínica geral, graças ao esforço conjunto das coordenações do internato para aumentarem as capacidades formativas, assim como do Colégio de Especialidade para verificar e conceder as idoneidades.

O internato complementar é hoje a única via de acesso à carreira de clínica geral, garantindo, assim, o prestígio de uma especialidade jovem mas complexa.

4.4. Formação contínua

Todos os médicos deverão manter os seus conhecimentos actualizados e responsabilizar-se por garantir cuidados de saúde de qualidade (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1990; Vilaça, 2000).

De acordo com o Colégio de Clínica Geral da Ordem dos Médicos, a formação médica contínua deverá dar resposta à rápida evolução técnico-científica, ao isolamento típico do exercício médico, às alterações das necessidades em cuidados de saúde primários e à promoção profissional e creditação (Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral, 1995).

As ofertas de acções de formação começaram a multiplicar-se no início da década de 90, sendo cada vez mais difíceis de gerir em termos de valorização profissional. As propostas eram variadas e surgiam dos laboratórios farmacêuticos, da APMCG, dos departamentos das faculdades de medicina, dos institutos de clínica geral, das ARS e sub-regiões. Existiam «fundos» comunitários e era preciso utilizá-los — esse parecia ser o fulcro da questão.

Na maioria dos casos, as acções de formação não resultavam da avaliação das necessidades formativas e carências sentidas pelos destinatários mediadas de forma científica pelos organizadores, mas sim da suposição sobre a sua necessidade por parte dos promotores ou da disponibilidade de formadores e de fundos para formação (Sousa, 1997). Os formatos, horários e calendários formativos interferiam com grande frequência nas rotinas dos serviços (Sousa e Maio, 1997; Sousa e Maio, 1996).

É imprescindível utilizar mecanismos de regulação que garantam ao utilizador não só a qualidade, mas também a adequação num mercado em que a oferta é extensa e competitiva.

Existe em Portugal, desde a criação das carreiras médicas, a consagração legal de quinze dias de comissão gratuita de serviço destinados à formação médica contínua. Existem recursos financeiros para essa formação através dos programas comunitários insuficientemente utilizados.

Existiam organismos oficiais, como os institutos de clínica geral, com experiência pedagógica, meios técnicos e recursos humanos com treino e tudo levaria a crer que, após o término da formação específica, essas instituições se reorientariam, revendo a sua estrutura, modo de funcionamento e regulamento, no sentido de efectuarem um papel de facilitador, coordenador e organizador de acções de formação contínua (Sousa, 1997). Assim não aconteceu, pois os ICG vieram a ser dissolvidos em 1998 e não houve ainda nenhuma instituição que tenha assumido essas funções. Continuam a existir muitas instituições públicas e privadas interessadas no processo e que têm organizado diversas actividades de formação esporádicas, mas não existe ainda uma política nacional de formação médica contínua.

5. A investigação e o desenvolvimento da medicina geral e familiar

O campo de actuação do médico de família não se esgota na prática clínica. A investigação é uma estratégia para o desenvolvimento da actividade profissional do MF, pois permite identificar e solucionar problemas, enriquece a prática profissional, dando

resposta à rápida evolução de conhecimentos, e é geradora de satisfação profissional. A investigação cria o hábito de reflectir e de avaliar de uma forma crítica a própria prática clínica (Sousa, 1997).

No nosso país, em que a clínica geral é uma especialidade recente e com poucas raízes, a investigação torna-se ainda mais necessária, já que ajuda a dar credibilidade científica, é demonstradora da vitalidade da especialidade, facilita a argumentação em termos das opções políticas e constitui a base sólida de uma especialidade que se pretende credível (Melo, 1996).

Constata-se, após a leitura de revistas (por exemplo, a RPCG) onde se publicam alguns estudos realizados por clínicos gerais, que a investigação na área clínica não tem suscitado grande interesse (Gervas, 1993). Este facto não deixa de ser surpreendente, uma vez que nos encontramos numa excelente posição para desenvolvermos investigação clínica. Para a praticar é apenas necessário ter acesso a doentes (de que dispomos em quantidade e variedade suficientes) e saber empregar a metodologia adequada.

A investigação clínica é um estímulo constante ao estudo da matéria clínica, alarga o conhecimento do médico, melhorando o seu desempenho profissional. Daí a sua importância.

5.1. O panorama actual

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a um aumento da prática da investigação entre nós. No entanto, corre-se o risco de ser um fenómeno fortuito e sem significado importante para a CG, se não existir um apoio deliberado a esse esforço de produção do saber (Miranda, 1996).

Na nossa especialidade, e salvo honrosas excepções, o panorama da investigação não é muito animador, existindo a ideia mais ou menos generalizada de que mais e melhor investigação deveria ser realizada. A investigação tem sido uma actividade assumida por uma minoria e é escassa, superficial, com objectivos pouco ambiciosos, com pouca aplicabilidade na prática clínica e sem uma linha condutora. Fala-se muito daquilo que já se sabe e pouco do que seria realmente útil (Maria, 1997).

Recentemente, a produção científica de investigação em CG tem-se pautado por uma grande variabilidade e pouca continuidade e desenvolvimento nos temas abordados (indefinição de grandes linhas de investigação), incidindo sobre aspectos secundários e marginais do nosso trabalho (fraca relevância) e com algumas limitações metodológicas (credibilidade) (Miranda, 1996; Maria, 1997). Esta evolução quantitativa da produção do saber poderia e deveria ser mais relevante e útil para o MF e para a MGF.

Em Portugal há carência de estudos que nos forneçam evidências da nossa realidade. São necessários estudos que se desenvolvam em ambientes mais próximos das condições de vida concretas dos pacientes que observamos na consulta, que estudem os seus problemas e o nosso trabalho específico de prestação de cuidados (Miranda, 1997). Para o crescimento do conhecimento ser consistente e sustentado, para ter real significado e importância para o desenvolvimento da nossa especialidade, é necessária uma política de investigação.

Neste momento, o financiamento e os incentivos para a investigação nos CSP são escassos. Neste aspecto, a APMCG tem assumido um protagonismo louvável, ao estimular o desenvolvimento e a publicação de investigação; a criação do Fundo de Investigação e Desenvolvimento em Clínica Geral (Portugal. Departamento de investigação da APMCG. Fundo de Investigação em Clínica Geral, 1997) (com definição de áreas prioritárias) e a publicação na RPCG são disso um excelente exemplo. Para além disso, as bolsas APMCG/HELSIN, o prémio APMCG/CIPAN, a Comissão de Fomento de Investigação (Portugal. Ministério da Saúde, 1997) e os prémios dos encontros nacionais e distritais da APMCG são incentivos a que os MF podem recorrer para apoiarem a sua investigação.

5.1.1. Dificuldades

Para além da falta de uma verdadeira política de investigação, outros obstáculos têm sido identificados (Melo, 1996; Gervas, 1993; Maria, 1997), como a ausência de uma cultura de investigação (não só da parte dos médicos, mas também dos políticos de saúde e do público), a ausência de uma massa crítica de investigadores, défice de mecanismos de apoio à investigação, fracos recursos e financiamentos e reduzida importância curricular atribuída à investigação. Temos dificuldade, nós, clínicos gerais, em efectuar investigação; para isso contribuem causas extrínsecas e intrínsecas.

De entre as causas extrínsecas, as mais importantes relacionam-se com a grande pressão para efectuar actividades assistenciais, o que conduz muitas vezes ao *stress* e fadiga (*burn-out*), o tipo de organização dos cuidados, a falta de tempo, de recursos e de incentivos. Outras causas prendem-se com o relativo isolamento do exercício profissional, a ausência de promoção dos investigadores, a falta de trabalho em equipa e a escassez de centros de investigação. De entre as causas intrínsecas, para além de uma fraca preparação a nível das metodologias de investigação, talvez a mais frequente seja a falta de auto-estima. Alguns clínicos gerais depreciam o seu pró-

prio trabalho e não se apercebem de que a sua prática diária encerra um potencial de perguntas de investigação pertinentes que, bem desenvolvidas, poderiam contribuir para o aumento do conhecimento na nossa área. Para investigarmos podemos ter necessidade de ajuda (epidemiologista, informático ou de um investigador com mais experiência); no entanto, essa ajuda é inútil se não tivermos ideias adequadas e uma grande determinação e firmeza para chegarmos até ao fim (Melo, 1996; Gervas, 1993).

5.2. Necessidades para o desenvolvimento da investigação em MGF

Existem no quotidiano dos médicos de clínica geral numerosas oportunidades de investigação. Para aumento do prestígio da especialidade, para a sua afirmação inter pares e para aumentar e consolidar o seu corpo de conhecimentos é necessário não desperdiçar as oportunidades que se apresentem. É fundamental que exista curiosidade, uma atitude mental inquiridora e incentivos ao desenvolvimento de investigação. É necessário o desenvolvimento de uma cultura de investigação. A investigação, como curiosidade organizada, não deve ser imposta nem deve restringir-se a um pequeno número de médicos; ela nasce da curiosidade do médico.

Para o médico de família, a investigação, para além de quebrar a rotina e de aumentar a sua satisfação profissional/pessoal, é uma forma válida de auto-aprendizagem, que o leva a ter um pensamento mais crítico em relação à realidade que o rodeia (Melo, 1996). Só com a combinação do exercício da clínica geral de qualidade e das actividades de investigação é que estaremos a contribuir, de forma significativa, para aumentar o corpo de conhecimentos da medicina geral e familiar e o prestígio (inter pares) da nossa especialidade (Howie, 1989).

O investimento na investigação, se não for claro, será um desperdício, a não ser que seja pensado e integrado numa política definidora de objectivos e recursos dedicados às actividades científicas (Miranda, 1997). Começa a surgir a ideia, ainda em fase embrionária, de que tem de haver uma política de investigação médica a realizar nos estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde e orientada por esse Ministério (Serrão, 1993). A APMCG começa também a delinear uma política de investigação (Portugal. Departamento de investigação da APMCG. Fundo de Investigação em Clínica Geral, 1997). É necessário dinamizar e aproveitar esta potencial força investigacional que constituem os milhares de médicos que trabalham nos estabelecimentos de saúde para que se conheça a resposta para numerosos problemas que são determinantes das

opções políticas que pretendam melhorar a qualidade de prestação de cuidados de saúde.

A consolidação de investigação nos CSP e a definição de uma correcta política de investigação passam por (Maria, 1997; Miranda, 1997; Biscaia, 1997):

- Financiamento prioritário, mais dirigido e selectivo, para os CSP/CG. Este financiamento poderia ser não só do Ministério da Saúde (por exemplo, Comissão de Fomento de Investigação), mas também de organizações (APMCG) ou de privados (por exemplo, laboratórios farmacêuticos), evitando-se, assim, os monopólios. Criação e divulgação de mais incentivos e prémios;
- Modificação da concepção do que deveria ser o trabalho do MF de forma a permitir a conjugação de actividades de investigação com as restantes actividades: integração da investigação nas actividades de FMC como forma de responder a problemas por resolver; criação de condições necessárias para a investigação nos CSP: criação de tempo protegido no horário para a realizar; alterações legislativas que facilitem a investigação nos CSP; maior valorização curricular das actividades de investigação;
- Criação de bases de dados com identificação, entre outros aspectos, dos trabalhos efectuados, de áreas prioritárias e linhas de investigação e identificação de investigadores;
- Identificação e definição consensual de áreas de investigação prioritárias para a CG geradoras de linhas de investigação. A APMCG (Portugal. Departamento de investigação da APMCG. Fundo de Investigação em Clínica Geral, 1997) identificou como áreas de investigação prioritárias para 1997-1998 a investigação clínica (dor, história natural da doença), a investigação sobre métodos e instrumentos (estudos de adequação, por exemplo, avaliação familiar, avaliação da capacidade funcional) e investigação sobre serviços de saúde (por exemplo, articulação entre os cuidados de saúde, estudos de acessibilidade, estudos de satisfação, serviços de urgência);
- Constituição e consolidação de redes de investigação, consideradas (Nutting, 1996) como «laboratórios para o estudo da saúde e dos cuidados de saúde no mundo real». Cada vez mais é desejável que a investigação realizada no nosso país deixe de ter um âmbito local e adquira uma dimensão mais abrangente (regional, nacional), com elaboração de trabalhos multicêntricos em equipas alargadas. A participação do CG em projectos de investigação e a sua integração em equipas multidisciplinares, lideradas por investigadores mais experientes, podem contribuir para a realização

de trabalhos de qualidade com aprofundamento de áreas essenciais. Em Portugal existe uma rede de investigação em CSP (Rede dos Médicos Sentinela) (Portugal. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1991) que tem revelado dados de grande utilidade. Desta forma poderemos fundamentar, com dados credíveis, atitudes e procedimentos e reorientar políticas de saúde. As novas tecnologias de comunicação e informação poderão ser aqui de grande utilidade;

- Desenvolvimento de estruturas de apoio a nível formativo e acompanhamento da investigação efectuada; desenvolvimento de relações com sectores de investigação — em centros de formação e de ensino — de forma a dar mais formação e apoio às actividades de investigação efectuadas pelos clínicos gerais (Melo, 1996). As faculdades de medicina (departamentos de clínica geral), as coordenações do internato de clínica geral (envolvendo internos em rede e em estudos de maior dimensão) e a administração pública (SRS/ARS, Ministério da Saúde) deveriam ter um papel importante na produção e divulgação da investigação relevante para a CG. As instituições com responsabilidades nesta área devem estar sensibilizadas para a importância determinante que a área da investigação, conjuntamente com a garantia da qualidade, tem para o crescimento da clínica geral nos próximos tempos.

A investigação nos cuidados de saúde primários está numa fase inicial de desenvolvimento, sendo necessário para o seu incremento que se produzam mudanças a vários níveis. Para a evolução da clínica geral é importante que possamos dispor de projectos de investigação numerosos e de qualidade que apresentem progressos reais em aspectos que sejam úteis para a actividade do clínico geral e que de certa forma a diferenciem, como área científica, das outras áreas do conhecimento.

O ideal será trabalhar com perspectiva de médio e longo prazo, instaurando linhas de investigação sólidas e com possibilidades de desenvolvimento futuro (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, 1990).

6. As perspectivas de evolução

Apesar dos avanços registados, permanecem importantes obstáculos e estrangimentos estruturais e culturais ao desenvolvimento da medicina geral e familiar. Muitos deles decorrem da natureza do funcionalismo burocrático do SNS. É cada vez mais notória a necessidade de mudança sentida, quer pelos

profissionais, quer pelos principais utilizadores do sistema: a população. Será o estatuto de funcionário público adequado a todos? Como facilitar o desenvolvimento da medicina familiar no actual contexto organizativo? Parece claro que há «clientes» para diversos tipos de prestação de cuidados e o sistema único, público e universal, até hoje em funcionamento não dá resposta a estas necessidades. É, sem dúvida, necessário provocar uma ruptura. Para isso são necessárias medidas de natureza política e organizativa e, simultaneamente, mudanças para atitudes de maior exigência de cada um e de todos com a base científica, com o rigor e com a qualidade da prática assistencial do dia a dia.

A relação contratual entre profissionais e Estado está a ser questionada e formas mais inteligentes e justas de remuneração são propostas. A relação contratual e o regime de trabalho dos médicos de família têm sido repensados, considerando as diferentes alternativas: público, privado, contratualizado. A coexistência de diversas formas de relação laboral para o exercício da medicina geral e familiar é possível. Mas a questão fundamental é que o Estado (através do Ministério da Saúde) tem a obrigação de garantir que em todas elas os cidadãos tenham idênticas oportunidades de acesso, de conforto e de qualidade técnico-científica de assistência (Sousa *et al.*, 1994).

Como regra geral, o sistema retributivo dos médicos de clínica geral deverá ser sempre constituído por diversos componentes: um salário base, um pagamento por capitação corrigida para a idade, pagamentos por acto, pagamento de tarefas relacionadas com o cumprimento de programas de saúde, serviços de turnos e compensações de inospitalidade. Deverá ainda haver remunerações adicionais para orientação de formação, docência e coordenação de actividades ou grupos de trabalho. É desejável incluir uma indexação relacionada com a graduação na carreira e o cumprimento de programas de formação contínua devidamente creditados.

Em 1998, com a aprovação de um regime remuneratório experimental para os médicos de família, numa abertura sem precedentes dentro da função pública, foi criado um novo modelo de relação contratual, aproximando Portugal de outros países europeus (Decreto-Lei n.º 117/98). Esta nova forma de pagamento privilegia o trabalho organizado em equipas multiprofissionais e baseia-se no princípio da «discriminação positiva», isto é, pagar melhor a quem trabalhar melhor. Actualmente estão a iniciar-se as primeiras experiências nesta área, algumas com mais de dois anos de evolução. Apesar dos ajustes necessários, estas experiências têm-se revelado positivas. Esta e outras formas de remuneração poderão permitir aos médicos procurar novas formas de organiza-

ção entre si e, assim, aumentar a satisfação profissional e a eficiência dos cuidados.

Estas diferentes formas de organização, já existentes noutros países, devem ser combinadas de acordo com as necessidades e realidades locais e regionais, nunca segundo um modelo único nacional, e têm necessariamente de ser objecto de investimentos em instalações, equipamentos e compensação dos profissionais pelas horas incómodas e nocturnas.

Considerando as diversas formas alternativas de organização de cuidados de saúde e a necessidade de prestação de cuidados aos pacientes 24 sobre 24 horas, é necessário ponderar com cautela mecanismos que permitam combinar a desejada proximidade física e geográfica dos profissionais médicos de família aos cidadãos/pacientes, o direito e necessidade de repouso dos médicos e a capacidade económica e logística do SNS, de forma a garantir uma adequada acessibilidade. Esta deve ser progressivamente aumentada e consolidada, mais do que imposta por normas e regulamentos legais, disponibilizando meios, criando incentivos e compensações aos profissionais e educando os cidadãos para uma boa utilização. É necessário prever e incentivar mecanismos de organização local de rotações de serviço, contacto telefónico com triagem por um MF, utilização de telemóveis, médicos de serviço nos centros de saúde, chamadas ao domicílio do doente e coordenação com centros de emergência e SU hospitalares (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, 1990; Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral, 1995; Sousa, 1997).

No âmbito das reformas em curso, é ainda proposta a redefinição dos papéis dos sectores privado e convencional na área da medicina geral e familiar, evitando redundâncias e promiscuidade com o SNS, ampliando a capacidade de escolha dos cidadãos. É fundamental que o Ministério imponha a regra de que todas as convenções em clínica geral no âmbito do SNS e/ou subsistemas (ADSE, SAMS, Ministério da Justiça, ADME, etc.) só possam estabelecer-se com médicos devidamente credenciados para a prática da medicina geral e familiar segundo regras europeias. A existência de actividade privada é uma questão à parte, mas num SNS a funcionar plenamente esta tende a tornar-se uma actividade quase residual.

As mudanças verificadas na carreira de clínica geral não se restringem apenas aos profissionais. Também os centros de saúde, como estrutura, estão a mudar. Com a publicação do diploma que regula os centros de saúde de terceira geração em 1999 é consagrada uma nova forma de organização e a autonomia administrativa e financeira dos centros de saúde. Segundo o documento da DGS «Estratégia de saúde 1998-2002», esta definição legislativa foi precedida de um

amplo período de consultas e análise técnica de soluções alternativas, assim como das primeiras avaliações positivas dos projectos «Alfa» e de outros projectos inovadores em cuidados de saúde primários. O mesmo documento estabelece como metas para os centros de saúde:

- Até final do ano 2002, toda a rede de centros de saúde do país deverá estar dotada de autonomia administrativa e financeira;
- Até final do ano 2002, toda a rede de centros de saúde deverá estar globalmente informatizada.

Os CS de terceira geração introduzem o conceito de liderança descentralizada, com uma estrutura hierárquica mais ligeira, maior autonomia e verdadeira cooperação entre profissionais, dado que se verificou ser impraticável e altamente ineficaz a sua gestão à distância. Os profissionais tornam-se mais autónomos para organizarem o CS e a equipa em que trabalham. A autonomia é viabilizada pela personalidade jurídica. Este novo estatuto jurídico e organizativo dos centros de saúde inclui a clara definição de competências, maior responsabilização e menor dependência burocrática, que premeie, por um lado, as situações de sucesso e permita, por outro, a identificação de dificuldades e sua correcção (Portugal. Equipa de Acompanhamento da Reforma e Modernização dos Centros de Saúde).

Os centros de saúde deverão ser considerados a base essencial da assistência às populações na esfera dos cuidados primários; os médicos de família organizados autonomamente em convenção com o SNS e as empresas prestadoras deverão ser situações de prestação complementar sempre que as necessidades locais e a lógica do planeamento assim o determinarem. A existência de uma rede de centros de saúde cobrindo todo o território nacional, com sólida inserção comunitária, com planos de actividades com forte componente de prevenção primária e com uma população habituada a utilizá-los e o investimento único feito no nosso país na construção de raiz e na transformação de instalações destinadas à prestação de cuidados primários, são vantagens que convém preservar em qualquer transformação a operar no sistema.

Recomenda-se, por isso, prudência nos estímulos a conceder à iniciativa privada, que deverá ser ponderada de acordo com factores locais, tendo em conta a vontade dos profissionais e a carência ou deterioração de instalações. Deverão ser definidas regras claras que regulem a relação entre o SNS e os profissionais organizados ou as entidades prestadoras, quer quanto ao âmbito de actuação, quer quanto ao conjunto de tarefas contratuais, quer ainda quanto ao sistema retributivo, entre outros.

A gestão empresarial de unidades de saúde do SNS será de considerar quando puderem assegurar-se regras e contratos de prestação de cuidados e garantir-se aos cidadãos utilizadores cuidados de saúde de qualidade, com igualdade de direitos e regalias com os restantes beneficiários do SNS. Em alternativa, será muito mais importante rever o modelo de gestão e o modelo funcional dos centros de saúde, de forma a permitir uma lógica de gestão desfuncionalizada e desburocratizada, com maior autonomia. A autonomia da gestão, a par de uma maior responsabilização pelos resultados obtidos, deverá ser a lógica de funcionamento destas unidades.

Uma vez que existe uma clara assimetria nas necessidades da população em meio urbano e em meio rural, é necessário adaptar o exercício da função de medicina familiar a esta assimetria. Esta é uma questão que tem suscitado um debate em todo o mundo. Há inegáveis assimetrias regionais, e não só a dicotomia rural-urbano; há diferenças enormes nos recursos e prática necessários entre o urbano e o suburbano, entre pequenas cidades e áreas metropolitanas, entre o rural do Norte de Portugal, densamente povoado e com grande dispersão de habitação, e o Sul, de baixa densidade, mas com povoamento concentrado.

Não há soluções universais e a MGF e os cuidados de saúde primários devem ser capazes de se adaptar às necessidades locais e regionais. Para tal é necessário aumentar o nível de autonomia periférica através da criação e aperfeiçoamento de diplomas legais.

A implementação dos sistemas locais de saúde (SLS), envolvendo centros de saúde, hospitais, serviços de saúde e comunidade como parceiros, tem como objectivo descentralizar e trazer as decisões para as equipas no terreno (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 1998). Os SLS visam, através da racionalização dos recursos existentes em cada área geográfica, a melhoria do acesso dos cidadãos à prestação de cuidados (Decreto-Lei n.º 156/99).

As formas clássicas de formação, quer seja no internato complementar, quer na formação contínua, estão também a ser questionadas e remodeladas. É proposto o aumento da capacidade formativa e a modificação do conteúdo e duração do internato, mais consentâneos com a complexidade das capacidades necessárias para a prática correcta da especialidade. A formação contínua deverá contar com as múltiplas organizações no terreno, com regras claras para todos, podendo incluir novas metodologias, de que é exemplo o ensino à distância (Portugal. Direcção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1987).

Para o ano de 2002 prepara-se a produção de uma obra portuguesa que abranja e sistematize o conteúdo conceptual, metodológico e clínico da especialidade

de medicina geral e familiar — o *Manual de Medicina Geral e Familiar*. Esta obra contará com a colaboração de mais de duas centenas de médicos de família.

Muitos médicos pensam que são urgentes reformas estruturais dos sistemas de saúde (Sousa, 1994) e certamente muitos pacientes os apoiam nesta área. Teremos de aguardar a sua concretização para podermos aspirar a uma carreira de clínica geral tal como a desejamos e como podemos encontrar em muitos países europeus.

□ Referências bibliográficas

BISCAIA, A. — Fomento da investigação em medicina geral e familiar : uma prioridade para a APMCG. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 14 (1997) 184-187.

DECRETO-LEI N.º 310/82. D. R. I Série. 177 (82-08-03) 2283-2298 — Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa.

DECRETO-LEI N.º 73/90. D. R. I Série. (90-03-06) 958-970 — Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI N.º 117/98. D. R. I Série A (98-05-05) 1991-1994 — Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI N.º 156/99. D. R. I Série A (99-05-10) 2421-2424 — Ministério da Saúde.

EDITAL. D. R. II Série n.º 11 : 431. (97-01-14) 431 — Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra.

GERVAS, J. — O médico generalista e a investigação em medicina general. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 10 (1993) 198-201.

HESPAÑA, M. J. — As grandes e pequenas reformas do sistema de saúde em Portugal : o caso da medicina familiar. Setembro de 1987. http://www.ces.fe.uc.pt/coloquio/desigualdades/Maria_José_Ferros_Hespanha.html.

HORDER, J. — Relatório Horder. In TAVARES, J. F. — Os primeiros dez anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa : Departamento Editorial da APMCG, 1997.

HOWIE, J. G. R. — Research in general practice. 2nd ed. London : Chapman and Hall, 1989.

JORDÃO, J. G. — A medicina geral e familiar : caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado. Lisboa : Edição do autor, 1995.

MARIA, V. — Investir na investigação em clínica geral [editorial]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 14 (1997) 6-7.

McWHINNEY, I. R. — Manual de Medicina Familiar. Lisboa : Inforsalus, 1994.

MELO, M. — Investigação na clínica geral [editorial]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 13 (1996) 247-251.

MIRANDA, J. A. — Da necessidade de uma política de desenvolvimento da investigação [editorial]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 13 (1996) 13-16.

MIRANDA, J. A. — A maturidade da nossa especialidade [editorial]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 14 (1997) 182-183.

NUTTING, P. — Practice-based research networks : building the infrastructure of primary care research. *Journal Family Practice*. 42 (1996) 199-203.

OMS — BASIC Documents. 38th edition. Geneva : World Health Organization, 1990.

PINTO, A. S. — Medicina familiar : o modelo biopsicossocial. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 8 (1991) 206-209.

PORTARIA N.º 357/80. D. R. I Série. (80-06-28) 1494-1496 — Ministério dos Assuntos Sociais.

PORTARIA N.º 505/86. D. R. I Série. 207 (86-09-09) 2479-2482 — Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral — Declaração da Madeira. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 15 (1998) 117-126.

PORTUGAL. DEPS. Divisão de Planeamento e Normalização — A saúde em Portugal. Lisboa : Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995. 29-43.

PORTUGAL. Departamento de Investigação da APMCG — Fundo de Investigação em Clínica Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 14 (1997) 73-74.

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários — Médicos Sentinela : um novo olhar sobre a saúde. Lisboa : DGCSP, 1991.

PORTUGAL. Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral — Declaração do Porto. Porto : APMCG, 1987 (documento de trabalho).

PORTUGAL. Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral — Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa : APMCG, 1990 (cadernos especiais).

PORTUGAL. Equipa de Acompanhamento da Reforma e Modernização dos Centros de Saúde — Texto de apoio. Lisboa : Equipa de Acompanhamento da Reforma e Modernização dos Centros de Saúde, 2000.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. A saúde dos portugueses. Lisboa : Ministério da Saúde, 1997.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Saúde em Portugal : uma estratégia para o virar do século : 1998-2002. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1998.

PORTUGAL. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral — Um novo curriculum para uma nova especialidade. Lisboa : Ordem dos Médicos, 1995. 4-13.

RAMOS, V. — State of art and a vision of the future : primary health care in the European Union. In Workshop on Training Programme in Primary Health Care : the function of training and resource health centres. Hungary, 1997.

SÁ, A. B. — Filosofia e prática da clínica geral : consequências da sua especificidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 12 (1995) 47-53.

SAMPAIO, Jorge — A prioridade é servir o cidadão : sete reflexões. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 15 (1998) 113-116.

SERRÃO, D. — Que investigação em saúde num país como Portugal? *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. 19 (1993) 5-14.

SOUSA, J. C. — General practice in Portugal. In ELLIS, N. — European Union of general practitioners reference book 1994-1995. London : Kensington Publications, 1994. 33-34.

SOUSA, J. C., et al. — Evolução do conceito de centro de saúde no âmbito do novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde e a criação do nível local de administração de saúde. *Acta Médica Portuguesa*. 7 (1994) 385-390.

SOUSA, J. C. — Formação médica contínua em clínica geral em Portugal : uma reflexão sobre as necessidades e as responsabilidades individuais e institucionais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 14 (1997) 128-131.

SOUSA, J. C. — Visitas domiciliárias em clínica geral : direitos dos pacientes, deveres do médico de família e obstáculos e incentivos à sua realização. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 14 : 3 (1997) 222-235.

SOUSA, J. C. — O futuro da saúde e dos serviços de saúde e as consequências para o planeamento da saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 15 (1998) 22-29.

SOUSA, J. C.; MAIO, R. — Um ano de formação médica contínua na Região Norte e necessidades e expectativas dos médicos de clínica geral. *ICGZ Notícias*. 3 : 2 (1996) 2-8.

SOUSA, J. C.; MAIO, R. — Necessidades de formação médica contínua nos médicos de clínica geral da Região Norte : a perspectiva dos médicos com responsabilidades de formação. *Educação Médica*. 8 : 2 (1997) 98-111.

TAVARES, J. F. — Os primeiros dez anos da Associação Portuguesa dos Médicos de clínica geral. Lisboa : Departamento Editorial da APMCG, 1997.

VILAÇA, H. — Educação médica contínua, desenvolvimento profissional permanente — ainda a problemática dos créditos. *Revista da Ordem dos Médicos*. 16 : 17 (2000).

WONCA — World Organization of Family Doctors — O papel do médico de clínica geral/médico de família nos sistemas de saúde : Declaração da WONCA. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 8 (1991) 242-247.

□ Summary

PRIMARY HEALTH CARE AND GENERAL PRACTICE IN PORTUGAL

In Portugal general practice as a recognised medical specialty «took off» during the early 80'. From 1980 to 1984, the new medical specialty was approved, a new vocational training programme in general practice was adopted and initiated, three institutes for general practice were established by the ministry of Health, a college of general practice was established by the Portuguese Medical Association, an association of general/family physician was organised and held its first international meeting on the role of general practice. In practically four years it was possible to establish the key elements of this profession's reference framework — professional profile, regulatory mechanisms, training requirements and institutional basis and appropriate organisational setting for the profession. Although some important developments can also be found in the area of general practice research it is however recognised that important support mechanisms in this area are not yet available.

The recent adoption of general practice paying schemes with performance related components on one hand and current initiatives to reform primary health care organisational infrastructures on the other, are very likely to create new opportunities for the development of the profession in Portugal.