

## O médico de família português: uma narrativa

The Portuguese family physician: a narrative

El médico de familia portugués: una narrativa

André Rosa Biscaia <sup>1,2</sup>  
Amanda Cavada Fehn <sup>3</sup>  
António Pereira <sup>2,4</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00127118

### Os ciclos do trabalho do médico na comunidade: do privado à carreira pública, do desligado ao conectado e informado, do isolado à equipe autônoma, responsável e solidária

A vida profissional de um médico de família português neste início do século XXI tem aquele sabor agridoce do que foi feito de um modo bem pensado, mas que não consegue escapar às armadilhas de um sistema em que os fatores econômicos falam muito alto. No entanto, ao longo dos últimos quase 50 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 a atenção primária à saúde (cuidados em saúde primários em Portugal) é o centro, não do sistema, mas do que realmente interessa: da saúde das pessoas, daquilo que enquadra um dia a dia pessoal, familiar e social com saúde. Mesmo em momentos de grande crise econômica e social como em 2008-2014 <sup>1</sup> 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 a inovação <sup>1</sup>.

É uma história longa a da atenção primária à saúde, lado a lado com a dos médicos de família, com início mesmo antes de Alma-Ata. Nela, identificam-se ciclos e somam-se atributos, em cada um, ao trabalho do médico na comunidade.

A atenção primária à saúde portuguesa tem o seu início em 1970, um marco fundamental em 1982 com a instituição de carreiras profissionais públicas para os médicos, e um marco mais recente em 2005, em que se tenta inovar de um modo mais marcado, apostando-se no trabalho em equipe e por objetivos e na auto-organização.

### Pré-carreira de medicina geral e familiar (até 1981): do trabalho médico privado, desligado e isolado ao exercício como funcionário público de um Serviço Nacional de Saúde em grupo profissional isolado.

Desde o fim do século XIX, procura-se uma resposta organizada para a saúde em Portugal, mas sem grande sucesso até 1970 <sup>2</sup>, quando Portugal antecipa o espírito e as orientações da *Declaração de Alma-Ata* em quase uma década.

<sup>1</sup> Agrupamento dos Centros de Saúde de Cascais, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

<sup>3</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup> Unidade de Saúde Familiar Prelada, Agrupamento do Centro de Saúde do Porto Ocidental, Porto, Portugal.

#### Correspondência

A. R. Biscaia  
Unidade de Saúde Familiar Marginal, Agrupamento dos Centros de Saúde de Cascais, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.  
Rua Actor Taborda 38, 2ª dir, Lisboa / Lisboa – 1000-008, Portugal.  
andre.rosa.biscaia@gmail.com



Até 1970, o Estado estava à margem da saúde, as pessoas individualmente, as empresas ou grupos profissionais organizavam os seus cuidados, subsistindo alguns destes esquemas até hoje, os chamados subsistemas. Em 1970, decide-se apostar mais fortemente na implementação da atenção primária à saúde pública com os centros de saúde virados para os cuidados preventivos e muito focados na saúde materna e infantil. Essa reforma enfrentou uma oposição feroz e só conseguiu uma implementação parcial. Em 1974, dá-se a revolução política de 25 de abril, que termina com décadas de ditadura, e começam os esforços para o objetivo “saúde para todos”, com um Serviço Nacional de Saúde (SNS) e carreiras médicas, procurando-se a equidade e a melhoria do acesso <sup>2</sup>.

O SNS se inicia em 1979, com a saúde chegando a cada vez mais pessoas, primeiro de um modo gratuito e depois “tendencialmente gratuito”. Mesmo assim, atualmente, metade dos usuários está isenta de qualquer pagamento.

O trabalho médico passou de um exercício integralmente privado, desligado dos restantes profissionais e serviços e em modo isolado nos seus consultórios, muitos deles de um médico só, para um trabalho maioritariamente em serviços públicos, como clínicos gerais ligados à atenção primária à saúde e que interagem dentro do seu grupo profissional, ainda que com raro trabalho em equipe multiprofissional. Os médicos e os enfermeiros passaram neste período de 94,0 e 158,9 por 100 mil habitantes em 1970 para 245,7 e 239,3 em 1985 <sup>1</sup>. O efeito não poderia ser mais dramático. As consultas passaram de 174,4 por mil habitantes para 242,8 entre 1970 e 1982 <sup>1</sup>, a mortalidade infantil começou a cair a um ritmo superior ao da melhoria das condições econômicas e sociais <sup>3</sup>, passando de 55,5 por mil nascimentos em 1970 para 19,3 em 1983, a mortalidade materna acompanhou o ritmo e a esperança de vida passou de 64,2 para 69,3 <sup>2</sup> (PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. Base de dados de Portugal. <https://www.pordata.pt/Portugal>, acessado em 20/Jun/2018).

#### **Pós-carreira médica (1982-2004): público, como médico de família, em grupo profissional no trabalho em centro de saúde**

Depois de um período em que se conseguiu concretizar muito do que se tinha preconizado, as prioridades tornaram-se outras e a atenção primária à saúde perdeu protagonismo, apoio político, financiamento e fôlego. A reforma de 1995 tenta reagir e propõe mudanças radicais de reorientação para a atenção primária à saúde. Planeja, legisla e tenta concretizar, mas não encontra a estabilidade política necessária para uma implementação efetiva. Encontra, sim, novamente, uma oposição encarniçada do *status quo* que consegue travar o processo. Subsistiram, contudo, teoria, ensaios inovadores na organização dos cuidados e experiência para futuras estratégias de implantação de reformas.

O acontecimento mais saliente é o estabelecimento de carreiras médicas públicas <sup>4</sup>, entre as quais a da medicina geral e familiar, levando a quase totalidade dos médicos da atenção primária à saúde a trabalhar para o Estado, a maioria em exclusividade. Na mesma altura, dá-se início a residência da especialidade de medicina geral e familiar (internato em medicina geral e familiar em Portugal), única via de acesso à carreira, que, atualmente, tem a duração de 4 anos e forma cerca de 400 médicos de família por ano.

A carreira médica é definida como uma sequência de graus, que são patamares de diferenciação técnico-científica de responsabilidade crescente, obtidos mediante formação com provas públicas de competência, e um número variável de posições remuneratórias, acessíveis por meio de avaliações de desempenho anual.

Nesse período, a população coberta pelo sistema de saúde público ou social passou de 60% em 1970 para 100% em 1995, e assim segue. A taxa de mortalidade infantil reduziu-se cerca de 6 vezes, passando de 19,3 para 3,5 por mil nascidos vivos <sup>2</sup>.

#### **Pós-reforma dos cuidados de saúde primários/atenção primária à saúde de 2005 (2005-2015): autonomia, responsabilidade e solidariedade no trabalho em equipe e por objetivos**

Em 2005, a população ultrapassa os 10 milhões. O número de profissionais de saúde continua a crescer, assim como a esperança média de vida. A cobertura da atenção primária à saúde e a melhoria das vias de comunicação permitem uma diminuição das unidades hospitalares.

Esta reforma retoma o caminho anterior de 1995 e vem dar uma outra oportunidade à atenção primária à saúde. Em continuidade e em coerência com o passado e a cultura dos profissionais de

saúde e da sociedade portuguesa, vai mais além, aprofundando conceitos e práticas, propondo uma renovada atenção primária à saúde, mais efetiva, mais próxima do cidadão, com maior capacidade de resposta.

O destaque é a implementação das unidades de saúde familiar (USF). Apostou-se fortemente na autonomia de profissionais e cidadãos, na multidisciplinaridade, na integração de cuidados e na informatização da atividade. Foi criada uma missão para os cuidados primários em saúde com poder, resultado da aprendizagem do que correu mal nas reformas anteriores. As primeiras USF surgiram em seis meses, assim como uma das reformas mais radicais não só da saúde, mas de toda a administração pública. Para tal sucesso, contribuiu ter-se optado por seguir um documento de 1991 <sup>5</sup>, mas permanentemente atualizado, da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar que tinha um plano detalhado para a reforma – uma verdadeira utopia profissional a que se conseguiu implementar.

A partir de então, era possível, mediante processos de candidatura voluntária, a criação de equipas com uma ampla autonomia funcional, as USF, constituídas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos (que gerem a parte administrativa dos cuidados), obrigatoriamente funcionários públicos, assumindo o compromisso de prestar assistência à população de uma determinada área. A todas as unidades foram atribuídos sistemas de informação para a gestão da prática (do paciente, administrativa, clínica e do desempenho – praticamente tudo é desmaterializado e informatizado) que permitem calcular o resultado dos indicadores e manter uma base de dados credível e fiável dos prontuários dos pacientes para além de uma (*big*) base de dados sobre toda a atividade da atenção primária à saúde e sua relação com os outros níveis de cuidados. A remuneração dos profissionais nas USF varia por grupo profissional e por modelo de USF. Além disso, os incentivos atingíveis são determinados pelo trabalho global de toda a equipa e não pelo trabalho individual <sup>6,7</sup>.

As USF podem estar organizadas em microequipas com um médico de família, um enfermeiro e um secretário clínico, e integram um centro de saúde que, por sua vez, está incluído num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS); de forma a ter uma gestão próxima dos profissionais e uma dimensão que permitisse uma economia de escala na gestão <sup>8</sup>. Esses ACeS (55 no país), conjuntamente com os hospitais, estão integrados numa Administração Regional de Saúde (ARS) (5 no país) e estas no SNS <sup>6</sup> constituído para assegurar o direito à saúde consagrado na Constituição <sup>9</sup>.

Nessa reforma, para além das USF, foram criadas Unidades Funcionais (UF) com as outras profissões da saúde nos ACeS <sup>10</sup>. O denominador comum de cada UF é uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação. Essas UF visam alcançar objetivos de qualidade em saúde enquadradas por uma carta-compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACeS e destes com as ARS. O trabalho em equipa e por objetivos é central em toda a atividade. Autonomia-responsabilização-solidariedade, a trindade que faz a diferença em todas as UF: autonomia organizativa acoplada à responsabilização em todos os sentidos e suportada na solidariedade da equipa.

Em 2015, havia 449 USF que prestavam cuidados a pouco menos de metade da população. Os profissionais que não quisessem ou não pudessem trabalhar no novo modelo de USF poderiam seguir no modelo tradicional de cuidados.

Um ator fundamental na implementação e evolução de toda a reforma foi a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN; <https://www.usf-an.pt/>, acessado em 22/Jun/2018) criada em 2008 como uma das primeiras associações multiprofissionais da saúde em Portugal. A USF-AN cria presença política e midiática, garante a coesão dos profissionais, promove a formação, assim como a entreaajuda e debates permanente sobre a reforma por intermédio de um fórum de discussão *on-line* muito ativo.

### **Relançamento da reforma da atenção primária à saúde/cuidados de saúde primários (2016-...): informado, conectado, com contratualização inteligente**

A intervenção do Fundo Monetário Internacional (FMI) em Portugal, em 2011, marcou o final de uma era e, apesar de no memorando de entendimento das condições de política económica imposto pelo FMI <sup>11</sup> existir a referência às USF propondo o seu aumento, o ritmo de abertura de USF abrandou.

Reflexo também da crise económica é a diminuição da população, sobretudo pela queda da natalidade e emigração de jovens, muitos com formação na saúde. Porém, o número de hospitais cresceu, e nas grandes cidades é patente o investimento de grandes grupos económicos em hospitais e serviços de saúde.

de privados. A esperança média de vida continua a subir, assim como a população com ensino superior completo (20,7% em 2015). Em 2018, existem 506 USF e 5.501 médicos de família em Portugal.

Em 2016, de forma a relançar a reforma, é nomeado um Coordenador Nacional e o processo de contratualização é renovado, passando a existir uma matriz que integra áreas como a formação, a investigação e a qualidade organizacional. Deixa também de existir negociação das metas de cada indicador, passando a existir um intervalo esperado e uma variação aceitável para todas as unidades. Tais melhorias foram bem recebidas pelos profissionais<sup>12</sup>. A implementação da governação clínica e de saúde (o processo pelo qual as organizações da saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade) é outro dos objetivos.

Em colaboração com a USF-AN, o Ministério da Saúde desenvolveu o portal *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários* (BI-CSP; <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>) que disponibiliza os resultados de vários indicadores de todas as equipas da APS, possibilitando transparência e governação clínica.

Quanto à qualidade dos cuidados, Portugal tem uma das mais baixas taxas de internamentos evitáveis por asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva e diabetes da OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), o que sugere efetividade no manejo dessas condições pela atenção primária à saúde<sup>13,14</sup>.

### **Rumo ao futuro: que se adivinha digital, em rede e comunitário**

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 demanda por sistemas abertos e a internacionalização dos cuidados, o que inclui obviamente a internacionalização da educação superior.

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<sup>15</sup>, somado a fatores como sedentarismo, obesidade, tabagismo e transtornos psiquiátricos e uma limitada oferta de saúde bucal<sup>16</sup>, exigem novas e audaciosas mudanças no SNS. Um SNS do futuro para a comunidade do futuro.

Ações que estimulam a literacia na saúde, a participação cidadã e uma coordenação dos cuidados mais partilhada com maior autonomia ao paciente são estratégias de arranque<sup>17,18</sup>, cujos primeiros passos já foram dados. No entanto, a complexidade das organizações de saúde sugere caminhos pela inovação aberta<sup>19</sup>, fora dos limites tradicionais, nos quais se criem e estabeleçam redes.

Das utopias remanescentes do médico de família português surgem uma atenção primária à saúde e um SNS para os quais se adivinha um futuro norteado pelos “R’s”: (a) da Reestruturação organizacional das redes hospitalar e da atenção primária à saúde para uma maior autonomia<sup>20</sup> e capacidade de resposta; (b) dos Recursos sustentáveis, que preveem a utilização consciente dos recursos estruturais, financeiros e humanos (sobre este último, a recém-criada especialização de Enfermagem de Família sugere a ampliação do escopo das atividades e da autonomia desses profissionais) estimulando um processo de trabalho mais colaborativo e integrado entre as profissões da saúde e menos centrado no médico; (c) das Redes de conectividade, em ambientes virtuais ou reais.

Todos “R’s” integrados com um olhar centrado na comunidade. Com protagonismos partilhados do que é digital e não humano, mas sem nunca esquecer o que é humano. Revigorando os afetos e a solidariedade de se viver e se cuidar em comunidade. É assim que se adivinha a relação digital, em rede e comunitária do médico de família português no futuro com o cidadão do futuro.

Como disse um dos capitães que comandou a revolução de abril de 1974 em Portugal, Salgueiro Maia: “*O difícil está feito, e o impossível só leva mais tempo*”.

## Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas de elaboração do artigo.

1. Caetano E. Os anos da troika. Portugal foi o único país a sair da crise com menos desigualdade. <https://observador.pt/especiais/os-anos-da-troika-portugal-foi-o-unico-pais-a-sair-da-crise-com-menos-desigualdade/> (acessado em 20/Jun/2018).
2. Biscaia A. Futurar em positivo – satisfação no trabalho. Sintra: Grafisol – Edições e Papelerias; 2013.
3. Biscaia A, Nogueira P, Martins J, Carreira MFP. Os desafios de um mundo em mudanças. In: Organização Mundial da Saúde, editor. Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca. [http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf) (acessado em 22/Jun/2018).
4. Portugal. Decreto-Lei nº 177/2009. Estabelece o regime da carreira especial médica, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional. Diário da República 2009; nº 149. [https://dre.pt/pesquisa/-/search/493010/details/maximized?print\\_preview=print-preview](https://dre.pt/pesquisa/-/search/493010/details/maximized?print_preview=print-preview) (acessado em 22/Jun/2018).
5. Associação Portuguesa Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a Medicina de Família em Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Livro-Azul-APMCG.pdf> (acessado em 22/Jun/2018).
6. Biscaia AR, Heleno LCV. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciênc Saúde Coletiva 2017; 22:701-12.
7. Biscaia A. Unidades de saúde familiar – USF: Modelo positivo do presente e para o futuro. <https://app.box.com/s/po82cvyt5v2mssu2japn> (acessado em 22/Jun/2018).
8. Portugal. Despacho Normativo nº 9/2006. Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar. Diário da República 2006; nº 34. <https://dre.pt/pesquisa-avancada/-/asearch/683669/details/maximized?perPage=100&anoDR=2006&types=SERIEI&search=Pesquisar> (acessado em 22/Jun/2018).
9. Portugal. Lei nº 48/90. Lei de Bases da Saúde. Diário da República 1990; nº 195. [https://dre.pt/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p\\_auth=zt2dAYbd](https://dre.pt/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p_auth=zt2dAYbd) (acessado em 22/Jun/2018).
10. Portugal. Decreto-Lei nº 28/2008. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República 2008; nº 38. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized> (acessado em 22/Jun/2018).
11. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. The economic adjustment programme for Portugal. (Occasional Papers, 79). [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2011/pdf/ocp79\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2011/pdf/ocp79_en.pdf) (acessado em 20/Jun/2018).
12. Biscaia A, Fehn AC, Carreira RPA. O momento actual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal. <http://online.fliphtml5.com/bvee/uwun/#p=1> (acessado em 20/Jun/2018).
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. Portugal: country health profile 2017. <http://www.oecd.org/publications/portugal-country-health-profile-2017-9789264283527-en.htm> (acessado em 20/Jun/2018).
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD reviews of health care quality: Portugal 2015. (OECD Reviews of Health Care Quality). [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015\\_9789264225985-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015_9789264225985-en) (acessado em 22/Jun/2018).
15. Crisp N. The future of the Portuguese health system. Acta Med Port 2015; 28:277-80.
16. De 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.
17. Crisóstomo S, Matos AR, Borges M, Santos M. Mais participação, melhor saúde: um caso de ativismo virtual na saúde. Forum Sociológico 2017; (30). <http://journals.openedition.org/sociologico/1729> (acessado em 21/Jun/2018).
18. Lobo L. Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a17.pdf> (acessado em 03/Jun/2017).
19. Lämsäalmi H, Kivimäki M, Aalto P, Ruoranen R. Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. Nurs Sci Q 2006; 19:66-72.
20. Organisation for Economic Co-operation and Development; European Observatory of Health System and Policies. State of health in the EU Portugal country health profile 2017. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/355993/Health-Profile-Portugal-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/355993/Health-Profile-Portugal-Eng.pdf?ua=1) (acessado em 22/Jun/2018).

Recebido em 29/Jun/2018

Versão final reapresentada em 13/Jul/2018

Aprovado em 15/Ago/2018