



Agradeço ao Dr. Hernâni Caniço toda a disponibilidade e orientação que me deu ao longo deste processo.

E a cada um, que com a sua ajuda e apoio de algum modo se foi fazendo presente.

Dedico este trabalho ao meu avô, tendo partido recentemente deixou-nos a serenidade de quem agradece uma vida profundamente entregue.

*A.M.D.G.*

## ÍNDICE

▪ Lista de Abreviaturas .....	5
▪ Resumo.....	6
▪ Abstract .....	7
▪ Palavras Chave .....	8
▪ Cuidados de Saúde Primários – Alma-Ata.....	9
▪ Sistemas de Saúde .....	18
○ O Sistema de Saúde em Portugal .....	25
▪ A Medicina Geral e Familiar.....	29
▪ A Formação – um todo contínuo.....	38
○ A formação pré e pós-graduada – um todo contínuo .....	40
○ Formação específica.....	42
○ Em Portugal.....	46
▪ Bibliografia.....	48
▪ Anexo I.....	52

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

MGF – Medicina Geral e Familiar

ODM- Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Plano de Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations  
of General Practitioners/Family Physicians- World Organization of Family Doctors

## RESUMO

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata definiu os cuidados de saúde primários como a chave para o desenvolvimento económico e social, melhor qualidade de vida e paz mundial.

Para atingir estes objetivos, a declaração defende princípios como a acessibilidade, uso adequado de recursos, equidade e justiça social.

O modo como os princípios revolucionários de Alma-Ata foram aplicados não permitiu que se atingissem os objetivos de “Saúde para Todos no Ano 2000”, e assim, surgem no ano de 2000 os “Objetivos de Desenvolvimento do Milénio” com metas concretas a serem atingidas pelos países membros das Nações Unidas até ao ano de 2015.

Os cuidados de saúde primários devem desempenhar um papel central nos sistemas de saúde, o que nem sempre aconteceu, havendo tendencialmente maior atenção dada aos serviços especializados e uma coexistência de múltiplos programas dirigidos, o que levou muitas vezes a menor acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde. É importante colocar os Cuidados de Saúde Primários no centro dos sistemas de saúde, de modo a que possa haver uma coordenação de serviço e que se possam prestar cuidados de saúde de qualidade e custo-efetivos com bons resultados nos indicadores de saúde.

A Medicina Geral e Familiar é a especialidade médica que presta estes cuidados de saúde abrangentes, que levam em conta o contexto familiar e comunitário do doente, e cuja definição e características vão evoluindo de modo a que se possa alcançar cada vez mais cuidados de saúde de qualidade.

A formação de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar é feita de acordo com o programa de formação pós-graduada de cada país, sendo de crucial importância que a especialidade tenha também forte presença na fase de formação pré-graduada para que se possam formar médicos capazes de prestar cuidados de saúde de qualidade.

## ABSTRACT

In 1978 the Declaration of Alma-Ata defined primary health care as the key to economic and social development, a better quality of life and to world peace. To achieve these goals, the statement advocates principles such as accessibility, appropriate use of resources, equity and social justice.

The way the revolutionary principles of Alma-Ata were used did not allow reaching the goals of "Health for All by the Year 2000", and thus in 2000 the "Millennium Development Goals" appear with specific objectives to be achieved by member countries of the United Nations by the year 2015.

Primary health care should play a central role in health systems, which didn't always happened. There tends to be greater attention given to specialized services and a coexistence of multiple targeted programs, which often led to lower accessibility and quality of health care. It is important to place the primary health care in the center of health systems, so that there may be a coordination of services and which may provide quality health care and cost-effectiveness with good results in health indicators.

General Practice/ Family Medicine is the medical specialty that provides this comprehensive health care, taking into account the family and community context of the patient, and whose definition and characteristics will evolve so that we can reach better health care quality.

The training of specialists in General Practice/Family Medicine is made in accordance with the program of postgraduate training of each country, being of crucial importance that the specialty has also a strong presence on the stage of pre-graduate training so that they can form physicians capable of providing quality health care.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Medicina Geral e Familiar; Cuidados de Saúde Primários; Especialidade; Sistemas de Saúde; Formação

## **Cuidados de Saúde Primários – Alma-Ata**

*A declaração de Alma-Ata é um marco histórico para os Cuidados de Saúde Primários. Ao longo das décadas que se seguiram muitas coisas mudaram, desde conflitos armados ao surgimento de novas doenças, o que obriga a constante avaliação e adaptação por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Os princípios saídos de Alma-Ata, apesar de não se terem atingido os objetivos de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, não só prevaleceram como renasceram nos “Objetivos de Desenvolvimento do Milénio”, ganhando nova força e fazendo com que ainda hoje, os Cuidados de Saúde Primários representem a chave para se alcançar um bom nível de saúde a nível mundial, numa sociedade baseada na equidade e na justiça social. No entanto, estes princípios ainda não são uma realidade, e se ao longo das últimas décadas os Cuidados de Saúde Primários se têm vindo a afirmar como uma aposta válida, as limitações na sua aplicação são ainda muitas, o que por vezes se deve a uma prioridade no sentido de se investir primeiramente ou até apenas, nas necessidades mais imediatas e nas soluções que requerem menos recursos, ficando uma visão mais abrangente muitas vezes posta de lado.*

*É fundamental encarar a implementação dos princípios de Alma-Ata como um todo cuja fragmentação leva à deterioração dos resultados possíveis, tornando-se assim necessário assumir compromissos e mostrar empenho para que aquilo que outrora eram apenas princípios revolucionários possam de facto fazer a diferença e consolidar-se, de uma vez por todas, como a melhor aposta no que toca à prestação de cuidados de saúde.*

Entre 6 e 12 de Setembro de 1978 decorreu em Alma-Ata, URSS (atualmente Almaty, Casaquistão) uma Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP) que reuniu representantes de 134 países e 67 organizações internacionais e múltiplas organizações não-governamentais. (Declaração Alma-Ata; Gilliam S. 2008; Hixon AL et al. 2008)

Baseando-se na constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e definindo assim saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, a declaração (Anexo I) saída desse encontro é um marco histórico para a saúde e para os CSP a nível mundial. (OMS 2006; Declaração Alma-Ata; Hixon AL et al. 2008)

Apresentando princípios revolucionários, afirma que o alcance de um elevado nível de saúde é uma meta mundial importantíssima, defendendo uma colaboração entre diferentes sectores sociais e económicos, promovendo a equidade, esclarecendo que desigualdades nacionais ou internacionais a nível do estado de saúde são inaceitáveis; defende também que a promoção e proteção da saúde são um ponto-chave para o desenvolvimento económico e social contribuindo para melhor qualidade de vida e para a paz mundial. Lembrando ainda que os governos locais têm uma responsabilidade neste processo, a Declaração atesta que devem ser efetuados esforços para que se possa atingir um nível de saúde no plano mundial que permita uma vida social e economicamente produtiva; apontando ainda os CSP como meio para atingir este fim, através do desenvolvimento de uma justiça social e uso racional e apropriado dos recursos disponíveis. (Declaração Alma-Ata; Hixon AL et al. 2008). O seu conteúdo demonstrava assim uma abrangência muito maior do que os CSP, pois traduz uma filosofia integrada para o desenvolvimento. (Hixon AL et al. 2008; Lawn JE et al. 2008)

A Declaração definia ainda os CSP como “cuidados essenciais de saúde (...) colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (...). Fazem parte

---

integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, (...) e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde”. (Declaração de Alma-Ata - artigo VI)

Ainda sobre os CSP, a Declaração de Alma-Ata afirma que estes são uma imagem direta das condições económicas, socioculturais e políticas de uma comunidade e que devem recorrer à aplicação de medidas tendo por base uma pesquisa direcionada. Declara ainda, que dependendo das necessidades, devem ser assegurados serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação; lembrando ainda, que também devem ser incluídos a educação em relação a condições de saúde mais dominantes, ações direcionadas para a distribuição de alimentos e nutrição, fornecimento de água e saneamento básico; cuidados de saúde materna e infantil, abrangendo também planeamento familiar; imunização contra doenças infecciosas relevantes, prevenção e controlo de doenças endémicas, tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Relembra para além disto, que é necessário o envolvimento e o esforço coletivo de outros sectores para além da saúde, nomeadamente a agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, habitação; e que é importante desenvolver as capacidades e promover a participação comunitária no planeamento, organização, funcionamento e gestão dos CSP, potenciando assim o melhor uso dos recursos locais. Esclarece ainda, que a melhoria dos cuidados de saúde é potenciada quando os CSP são apoiados por um sistema de referência integrado e funcional, e que a nível local, os CSP devem ser baseados no trabalho de uma equipa que inclui médicos/as, enfermeiros/as, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, que responde às necessidades de saúde da comunidade, necessitando para isso de ser treinada a nível técnico e social.

Os anos que se seguiram à Declaração de Alma-Ata foram marcados por um clima político global de alguma instabilidade, devido à Guerra Fria por exemplo, e por uma política

de desenvolvimento, que de algum modo se opunha aos princípios defendidos em Alma-Ata, e que era dominada por políticas macroeconómicas neoliberais e sociais. (Chan M. 2008; Gilliam S. 2008; Hixon AL et al. 2008; Lawn JE et al. 2008)

No que toca à prestação de CSP, um dos grandes debates das décadas de 1980 e 1990 e que foi contribuindo para que se fosse perdendo o entusiasmo inicial criado pela Declaração, girou em torno de uma abordagem mais seletiva e vertical (principalmente quando o financiamento é escasso, o tempo disponível é pouco e é necessário dar mais atenção a condições prioritárias), ou por outro lado uma abordagem mais abrangente e horizontal, sendo que o esforço mais recente tem sido o de combinar as qualidades das duas abordagens de modo a criar sistemas de saúde integrados e eficientes. (Gilliam S. 2008; Lawn JE et al., 2008; Rohde J et al. 2008; Walley J et al. 2008)

Houve, no entanto, uma mudança no que toca à atenção que estava previamente centrada na doença e na medicina hospitalar, e que passa a colocar a tónica nas comunidades e famílias, de modo a que elas próprias tenham o poder de tomar decisões face à sua própria saúde. E foi em parte, este esforço de conseguir uma cobertura mais global, e de envolver os indivíduos não apenas no que toca aos benefícios para a sua saúde individual, mas também no que diz respeito a decisões e ações que promovem a saúde comunitária, que possibilitou que o conceito de justiça social passasse a fazer parte integrante do planeamento de saúde. (Lawn JE et al. 2008)

A família e a comunidade têm de constituir o elemento central no que toca à promoção e prestação de cuidados de saúde, e tem de ser sempre tido em conta o contexto social e intersectorial em que estão inseridos. Quando existem lacunas a nível da saúde, o mais natural é existirem também lacunas noutros sectores, como a educação ou a habitação. (Gilliam S. 2008; Hixon AL et al. 2008; Lawn JE et al. 2008; Rawaf S et al. 2008) Torna-se assim evidente, que a evolução a nível de saúde está diretamente relacionada com o que acontece

em vários sectores (agricultura, educação, habitação, etc); a nível nacional, regional e local das comunidades e das famílias, e que estes estão em relação com as políticas adotadas pelos governos. (Rohde J et al. 2008)

Apesar de a participação comunitária ter sido um aspeto central da Declaração de Alma-Ata, em que se constituía a saúde como uma prioridade e se insistia que o poder e a direção das ações devessem estar nas mãos das próprias comunidades, promovendo uma ligação a outros sectores como a educação, a agricultura, a alimentação, a água e o saneamento, este foi talvez o aspeto em que menos se tenha apostado. (Hixon AL et al. 2008; Lawn JE et al. 2008; Walley J et al. 2008)

A colaboração entre os diferentes sectores que promovem o desenvolvimento comunitário mostrou ser um ponto fraco, muito devido ao facto de cada um deles ter as suas próprias prioridades e sentirem que uma preocupação primária com a saúde cai fora do âmbito das suas responsabilidades imediatas. (Lawn JE et al. 2008; Walley J et al. 2008)

Não há dúvida de que o sucesso dos CSP depende da interação entre as famílias e comunidades com os prestadores de cuidados primários. Mais do que as suas competências técnicas, é a relação com a comunidade que torna os recursos humanos uma chave essencial neste âmbito. (Lawn JE et al. 2008; Rawaf S et al. 2008)

Assim, são necessários também agentes comunitários adequadamente treinados e em número suficiente, para que se possam prestar CSP de qualidade e com segurança. (Walley J et al. 2008) No entanto, é necessário combater o facto de em muitos países, trabalhos ligados aos CSP, serem vistos pela população em geral e também a nível político, como trabalhos de baixo estatuto e aos quais se dá pouco valor. Para fazer face a esta realidade, é necessário uma política central de compromisso e credibilidade, a par de uma movimentação no sentido de os cuidados primários poderem atrair mais agentes comunitários. (Gilliam S. 2008)

Quando existe um baixo nível de CSP, sem prestadores de cuidados competentes, o acesso a drogas essenciais ou falta de intervenções *life-saving*, a tendência da população é recorrer diretamente a centros de referência, ao sector privado ou até mesmo não procurar assistência alguma. (Lawn JE et al. 2008)

Um sistema de saúde bem organizado a nível regional é de vital importância, dado que uma unidade de saúde local é a forma mais apropriada de prestação de CSP, promovendo melhor gestão de recursos e melhor diálogo com a comunidade. Para além disto, a existência de um hospital regional facilita o acesso a cuidados de saúde secundários, e tem ainda a potencialidade de providenciar o suporte necessário aos primeiros níveis de cuidados. (Chan M. 2008; Gilliam S. 2008; Lawn JE et al. 2008) É de crucial importância que existam protocolos que indiquem claramente quando um doente deve ser referenciado pelos CSP para assistência mais especializada. (Lawn JE et al. 2008; Rawaf S et al. 2008)

Um forte sistema de saúde, baseado na prestação de CSP deve estar assente em aspetos importantes como a acessibilidade, a orientação para a pessoa e não para a doença, a consciência do contexto social, o equilíbrio entre a medicina curativa e ações de prevenção e promoção de saúde, a disponibilidade de serviços de saúde primários e a coordenação eficaz com serviços mais especializados. (Rawaf S et al. 2008; Rohde J et al. 2008).

Inevitavelmente, e quer estejamos num país com uma rede de CSP mais desenvolvida, quer estejamos num país com muitas exigências e necessidades a nível básico ainda por satisfazer, o facto de se colocar ênfase em serviços cada vez mais abrangentes e integrados leva a cada vez maior complexidade no que toca à gestão, tarefas e logística envolvidas. (Lawn JE et al. 2008)

Foi em muitos países possível atingir-se grande cobertura da população, graças a grande número de intervenções externas, através de organizações não-governamentais ou religiosas, que satisfazem uma gama variada das necessidades para a boa prestação de CSP

tais como a atenção dada a afeções prioritárias, o treino e uso de agentes comunitários, a prestação de serviços preventivos e a implementação de protocolos de gestão simplificados. (Rohde J et al. 2008) No entanto, quando o financiamento vem exclusiva ou maioritariamente do exterior, e os serviços são orientados para uma abordagem mais seletiva e vertical, há uma interferência com a responsabilidade do Estado no sentido de melhorar os seus próprios serviços de CSP. (Rawaf S et al. 2008) Deste modo, tem de ser feita a estreita ligação entre as entidades públicas, não-governamentais, religiosas e prestadores privados, de modo a que se alcance um sistema de saúde uniforme e de qualidade sob uma administração governamental. (Rohde J et al. 2008; Walley J et al. 2008)

Um aspeto que tem vindo a sofrer evolução positiva é a informação em saúde, sendo que as tecnologias de informação e comunicação têm vindo a facilitar o aumento da gama de problemas passíveis de serem resolvidos a nível dos cuidados primários, assim como um aumento da qualidade dos serviços. (Lawn JE et al. 2008; Rawaf S et al. 2008)

O processo contínuo de recolha de informação a nível de cuidados primários tem vindo a melhorar e é de extrema importância, pois permite melhor avaliação das necessidades, grupos de risco, características e progresso locais, potenciando assim gestão descentralizada e planeamento de modo a que se possam tomar ações atempadas e adaptadas à epidemiologia, economia e contexto sociocultural local. (Gilliam S. 2008; Lawn JE et al. 2008; Rawaf S et al. 2008; Rohde J et al. 2008; Walley J et al. 2008) Ações de prevenção devem ter em mente a população-alvo a que se destinam, de modo a que se possam estabelecer prioridades tendo como objetivo a redução de doença, a minimização os riscos, a evicção de efeitos adversos e a promoção de maior equidade. (Rawaf S et al. 2008)

As drogas e tecnologias apropriadas à saúde eram outro princípio-chave da Declaração de Alma-Ata. Um meio de limitar o poder da indústria farmacêutica e de conseguir maior disponibilidade de drogas essenciais foi a criação de uma política de drogas essenciais,

atualmente estabelecida em quase todos os membros da OMS e que tem tido grande sucesso. (Hixon AL et al. 2008; Lawn JE et al. 2008)

“Saúde para Todos no Ano 2000”, falhou em alcançar os seus objetivos no tempo proposto de início (Chan M. 2008; Lawn JE et al. 2008; Rawaf S, et al. 2008), e assim, surgem em Setembro de 2000, na Cimeira do Milénio das Nações Unidas, os “Objetivos de Desenvolvimento do Milénio” (ODM) (Tabela I), com três objetivos diretamente relacionados com a saúde (reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater VIH/SIDA, malária e outras doenças), sendo de formulação mais clara e concreta, e conseqüentemente de avaliação mais objetiva que os anteriores, e tendo levado a maior compromisso para o seu atingimento. (Lawn JE et al. 2008; Walley J et al. 2008)

Com a esperança que os benefícios trazidos pela globalização possam ser mais justamente distribuídos por todos, os ODM acabaram por reavivar os princípios de equidade e justiça social de Alma-Ata, assim como a necessidade de progresso e colaboração a nível global e intersectorial. (Chan M. 2008; Rohde J et al. 2008)

Decorridos mais de 30 anos sobre a Declaração de Alma-Ata, os seus desafios continuam atuais, ao mesmo tempo que novos foram surgindo, com mudanças a nível demográfico e epidemiológico: infeção por VIH/SIDA, doenças crónicas, saúde mental (Chan M. 2008; Lawn JE et al. 2008; Walley J et al. 2008)

Ao contrário do que se verificava na altura da Declaração de Alma-Ata, hoje em dia, existe muito mais evidência sobre a efetividade e eficácia dos CSP. Países com fortes serviços de prestação de saúde primários têm melhores indicadores de saúde a menores custos. (Chan M. 2008; Gilliam S. 2008; Hixon AL et al. 2008; Rawaf S et al. 2008)

Para que se possam atingir os ODM em 2015 e em diante, será necessário revitalizar os princípios defendidos em Alma-Ata, insistindo cada vez mais num núcleo de valores como o acesso universal a cuidados, equidade, participação comunitária, colaboração intersectorial e

uso apropriado de recursos. (Lawn JE et al. 2008; Walley J et al. 2008) O objetivo é que no futuro toda a população mundial tenha acesso a CSP de boa qualidade e custo-efetivos, sendo apenas referenciada para serviços de saúde secundários quando se justificar.

<b>OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO</b> <b>Até 2015, os 189 Estados Membros das Nações Unidas comprometeram-se a:</b>	
<b>1. Erradicar a pobreza extrema e a fome</b>	Reduzir para metade a percentagem de pessoas com rendimentos inferiores a um dólar por dia e das pessoas que passam fome
<b>2. Alcançar o ensino primário universal</b>	Garantir que todas as crianças, rapazes e raparigas possam concluir um ciclo completo de ensino básico
<b>3. Promover a igualdade de género e a autonomização da mulher</b>	Garantir que as crianças de ambos os sexos tenham igual acesso aos níveis de ensino
<b>4. Reduzir a mortalidade de crianças</b>	Reduzir em dois terços a taxa de mortalidade de crianças abaixo dos 5 anos de idade.
<b>5. Melhorar a saúde materna</b>	Reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna
<b>6. Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças</b>	Deter e reduzir a propagação do VIH/SIDA, paludismo e de outras doenças graves
<b>7. Garantir a sustentabilidade ambiental</b>	Integrar princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais Inverter a tendência de perda de recursos ambientais Reduzir para metade a percentagem de pessoas sem acesso permanente a água potável Até 2020 melhorar consideravelmente as condições de pelo menos 100 milhões de habitantes das zonas degradadas
<b>8. Criar uma parceria global para o desenvolvimento</b>	Propugnação de um sistema comercial e financeiro multilateral, aberto, equitativo, baseado em normas, previsível e não discriminatório Ter em conta as necessidades especiais de países menos avançados Abordar de forma global e eficaz os problemas da dívida dos países em desenvolvimento Satisfazer as necessidades especiais dos países em desenvolvimento sem litoral e dos pequenos estados insulares Em cooperação com a indústria farmacêutica, aumentar o acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento Tornar acessíveis a todos os benefícios das novas tecnologias, em particular das tecnologias da informação e das comunicações.

**Tabela I-** Adaptado de Nações Unidas, *Declaração do Milénio*, 2000

## SISTEMAS DE SAÚDE

*Para que os Cuidados de Saúde Primários possam de facto cumprir o seu papel no caminho para o bem-estar mundial, é preciso encontrar a abordagem e a estrutura em que eles melhor possam cumprir a sua função. Se os Cuidados de Saúde Primários são a chave para alcançar esses objetivos, os sistemas de saúde são a estrutura na qual eles têm de estar suportados, e isto implica naturalmente que o modo como são prestados está dependente e “limitado” pelo sistema em que estão inseridos.*

*No entanto, cai-se demasiadas vezes no erro de centrar os sistemas de saúde à volta dos serviços mais especializados, sendo que os problemas mais prevalentes tendem a ser muitas vezes combatidos com base em programas dirigidos que acabam por existir em paralelo e que levam inevitavelmente à fragmentação do sistema de saúde. Sendo que um sistema de saúde fragmentado, permite uma maior comercialização de serviços, o que traz consequências negativas para a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde.*

*Mesmo quando haja um sistema baseado na prestação de cuidados de medicina geral que servem de porta de entrada para os serviços do sistema de saúde, é importante que esta esteja aliada a uma abordagem centrada na medicina familiar, que perceba o contexto do doente e que ajude a abordar os problemas encontrados de uma forma multidimensional, permitindo a efetiva coordenação dos serviços ao dispor da comunidade.*

Há países que fizeram bons progressos e que estão no caminho certo para atingir os ODM, no entanto, também há países em que não se verifica esta tendência, especialmente no que toca aos países africanos. De facto, os piores resultados no que toca à redução da mortalidade infantil em idades abaixo dos 5 anos registam-se em países da África subsariana, e parece que este baixo ritmo de progresso está diretamente relacionado com a falta de melhoria de acesso a cuidados de saúde. (OMS 2008)

Para que os CSP possam fazer frente aos desafios que vão surgindo, é importante que os sistemas de saúde estejam assentes em políticas e direções fortes. (OMS 2008)

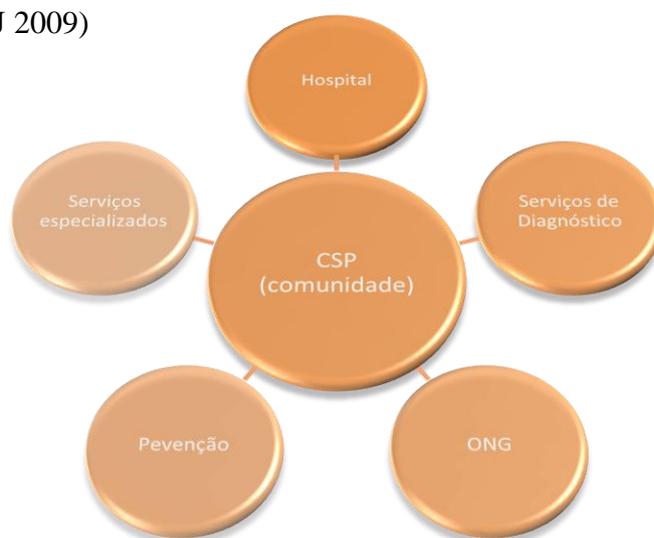
Atualmente os sistemas de saúde seguem um conjunto de tendências, como sejam: uma atenção desproporcionada dada aos cuidados secundários especializados, centrando-se muitas vezes a nível hospitalar; uma multiplicação de programas e projetos que existem em paralelo e que levam à fragmentação do sistema de saúde; a existência de sistemas não regulamentados que leva a uma comercialização generalizada dos cuidados de saúde. (OMS 2008)

Durante a maior parte do século XX, o papel central nos sistemas de saúde foi dado aos hospitais. (OMS 2008) Em muitos países de alto rendimento, não se deu ênfase a uma centralização nos CSP, por se pensar que estes já estavam suficiente e eficientemente implementados. (Green A, et al., 2007) No entanto, esta atenção desproporcional leva a que hoje em dia se encontre uma grande desigualdade e ineficácia nestes sistemas, o que está a ser muito difícil de mudar. De facto, desde a década de 1980, que a maioria dos países da OCDE tem vindo a fazer um esforço no sentido de diminuir a sua excessiva dependência dos especialistas e tecnologias hospitalares ao mesmo tempo que tentam manter os custos sob controlo. (OMS 2008)

Mas se é verdade que estes cuidados especializados são necessários, também é verdade que a sua concentração desmesurada e a centralização hospitalar dão pouco retorno ao investimento financeiro que implicam, ao mesmo tempo que comprometem as dimensões humana e social da saúde. Isto mostra que este não é o modo mais efetivo, eficiente e equitativo de organizar os cuidados de saúde e de abordar os seus problemas. (OMS 2008) De facto, uma centralização na Medicina Geral e Familiar (MGF) permite um controlo de custos desmesurados, de modo a que os cuidados de saúde se possam tornar mais universais e abrangentes. (Hixon AL et al. 2008; Radford J 2009)



**Figura 1** – Esquema clássico de um sistema de saúde baseado nos CSP; adaptado de OMS, Relatório Mundial de Saúde 2008



**Figura 2** – Esquema de CSP como núcleo de coordenação; adaptado de OMS, Relatório Mundial de Saúde 2008

Nos anos de 1980 e 1990, a aposta nos CSP em muitos países de elevado rendimento levou a melhor equilíbrio entre cuidados curativos especializados, cuidados primários e promoção de saúde, o que veio a repercutir-se significativamente nos resultados em saúde. (OMS 2008)

Esta mudança, aliada à busca de uma cobertura universal, de maior acessibilidade por parte dos cidadãos e a maior proteção social, foi recentemente seguida por países de rendimento médio, como o Chile, o Brasil e a Tailândia, sendo que têm obtido resultados encorajadores para uma fase inicial. (OMS 2008; Rawaf S et al. 2008)

Em 1994, foi implementado o “Plano de Saúde da Família” (PSF), que é um marco histórico da presença dos CSP na política brasileira, e que foi considerado como um meio importante da estruturação dos sistemas municipais de saúde. (Escorel S et al. 2007)

A realidade brasileira é no entanto marcada por grandes diferenças e desigualdades sociais. Nos municípios mais pequenos e com poucos serviços de saúde previamente instalados, a implementação do PSF deu-se de forma rápida. Por outro lado, nos grandes centros urbanos este processo tem sido mais demorado e de maior complexidade devido à concentração demográfica, falta de equidade nos acessos aos serviços de saúde, problemas de saúde característicos das grandes cidades e a uma rede de serviços desarticulada e mal distribuída previamente estabelecida. Isto levou a que a implementação do PSF não fosse uniforme. Existem casos em que esta abordagem centrada na saúde familiar constituiu um programa paralelo em relação à rede de prestação de cuidados pré-existente e dirigindo-se maioritariamente aos grupos mais pobres, desenvolvendo ações de prevenção e promoção de saúde, sem que haja uma articulação com o sistema de saúde, não conseguindo, por conseguinte, uma abordagem integrada. Há no entanto outros casos, em que o PSF foi implementado com o objetivo de mudar o modelo de prestação de cuidados primários, substituindo total ou parcialmente as unidades pré-existentes; nestes casos, é possível observar diferentes características entre os diferentes locais, o que traduz uma especificidade local tida em atenção pela equipa de saúde familiar e dos gestores locais durante o processo de implementação. (Escorel S et al. 2007)

No entanto, hoje em dia, países de médio e baixo rendimento estão a cair na mesma dependência desproporcional dos hospitais e dos cuidados especializados dos países industrializados nas últimas décadas em prejuízo dos cuidados primários. Isto deve-se em parte à grande pressão por parte do consumidor de serviços, às profissões médicas e ao

complexo médico-industrial. Por sua vez, as autoridades nacionais têm por vezes dificuldade em atingir melhor equilíbrio devido à falta de apoio financeiro e político. (OMS 2008)

Os sistemas de saúde centrados em programas prioritários, com uma abordagem mais “seletiva” ou “vertical” levam muitas vezes à sua fragmentação, sendo que esta realidade é particularmente perceptível a nível das populações rurais. Estes programas surgiram como intervenções de grande relação custo-efetividade, para fazer frente a situações de grande morbidade e mortalidade ao mesmo tempo que se verificava uma expansão demasiado lenta do acesso aos cuidados de saúde. (OMS 2008; PNUD 2010)

No entanto, os ganhos mais imediatos destes programas não duraram muito, e a fragmentação dos serviços de saúde a que levaram tem gerado grande preocupação por parte das autoridades. De facto, têm levado a que, como resultado das cadeias de comando e de financiamentos paralelos, assim como duplicação de esquemas de supervisão e de formação, estes programas acabem por competir entre si por recursos e doadores, ao mesmo tempo que os problemas de financiamento, pagamentos e recursos dos sistemas de saúde recebem pouca atenção. Neste contexto, a prestação de serviços acaba por ter uma abordagem exclusiva sobre as doenças para as quais existe um programa específico, sendo que só são abrangidas as pessoas com esse problema de saúde em particular. (OMS 2008)

Se à primeira vista, a simplicidade de gestão e de financiamento pode parecer atrativa para as autoridades locais, à medida que estes se multiplicam, acabam por levar a uma fragmentação cada vez mais incontrolável e insustentável, e as vantagens de uma abordagem mais integrada acabam por se tornar evidentes. (OMS 2008)

Na maioria dos países de médio e baixo rendimento, a falta de recursos e a fragmentação dos sistemas de saúde levam a uma crescente comercialização dos cuidados de saúde, ou seja, à venda desregulamentada de cuidados de saúde em troca de um pagamento. Isto traz implicações quer a nível de qualidade, quer a nível de acesso aos serviços,

significando que pessoas em melhor situação socioeconómica têm melhor acesso aos serviços de saúde. (OMS 2008; PNUD 2010) Para além disso, tem repercussões negativas sobre o desenvolvimento, dado que este está diretamente ligado ao combate de meios de empobrecimento, opressão ou injustiça social, incorporando aspetos fulcrais como a equidade, a sustentabilidade e o respeito pelos direitos humanos. (PNUD 2010) Apesar disto, o facto de todas as pessoas deverem ser capazes de tomar conta da sua saúde e de receber o tratamento de que necessitam, sem que para isso tenham de cair na pobreza, recebe já um grande consenso na maioria das sociedades. (OMS 2008)

Apesar de uma cultura de consumo globalizada, a verdade é que as pessoas se preocupam cada vez mais com a saúde como parte integrante da sua vida pessoal, mas também familiar. As pessoas têm a expectativa das suas famílias e comunidades serem protegidas dos riscos e perigos para a saúde e capacitadas para que possam ser incluídas e beneficiar do processo de tomada de decisões. (OMS 2008; PNUD 2010)

Tanto nos países em desenvolvimento como nos países industrializados, as pessoas não procuram apenas competência técnica mas também prestadores de cuidados de saúde que sejam compreensivos, respeitadores e dignos de confiança. Esperam cuidados de saúde organizados com base nas suas necessidades e que levem em linha de conta as suas crenças e a sua situação particular. Cada vez mais há consciência de que a resolução dos problemas de saúde tem que ter em consideração o contexto sociocultural em que as famílias e as comunidades se encontram. (OMS 2008)

A experiência em países industrializados tem mostrado que os serviços de saúde mais orientados para as pessoas se tonam mais eficazes assim como também criam um ambiente de trabalho mais recompensador. No entanto, esta abordagem orientada para a pessoa falha muitas vezes nos países em desenvolvimento, talvez fruto da ilusão de ser uma abordagem menos relevante em situações onde os recursos disponíveis são mais limitados. Não levar os

serviços de saúde ao encontro das necessidades das pessoas é, no entanto, um passo no sentido de separar os serviços de saúde das comunidades que devem servir. Só orientando os serviços para as pessoas é que se consegue minimizar a exclusão social e evitar a comercialização de cuidados de saúde de forma desregulamentada. (OMS 2008)

É hoje em dia também irrefutável que as mudanças demográficas atuais trazem novos desafios para a prestação de cuidados de saúde. (Korin EC et al. 2005; Pratt HD et al. 2007) As minorias étnicas ainda não conseguiram tirar benefícios dos avanços científicos ao nível da medicina como o resto da população. (Pratt HD, et al., 2007)

É cada vez mais necessário uma abordagem multicultural, em que se toma consciência de que quer a comunicação verbal quer não-verbal por parte do doente, têm de ser interpretadas à luz do seu contexto cultural, o que nem sempre acontece na sociedade ocidental. (Korin EC et al. 2005; Pratt HD et al. 2007) É importante perceber que o contexto cultural influencia aspetos da doença, como a manifestação de sintomas, a procura de assistência médica, a forma de lidar com a doença e as preocupações que esta desperta, o apoio prestado por parte da família e da comunidade, e até mesmo a aceitação do diagnóstico ou a adesão ao tratamento. Deste modo, será possível agir de modo a que se consiga uma prestação de cuidados de saúde mais efetiva. (Korin EC et al. 2005; Pratt HD et al. 2007)

Dado tudo isto, é facilmente perceptível que os valores incorporados nos CSP no tempo da Declaração de Alma-Ata continuam presentes e de forma ainda mais poderosa, pois deixaram de ser convicções morais radicais para passarem a ser expectativas sociais concretas. (OMS, 2008)

### *O Sistema Nacional de Saúde em Portugal*

Após a queda do antigo regime não democrático em 1974, a Constituição Portuguesa de 1976 reconhece a saúde como direito dos cidadãos, e o Serviço Nacional de Saúde nasceu da pressão social para alcançar maior equidade na saúde da população, e é financiado por impostos, com complementação de seguros públicos e privados, para além de pagamentos diretos. (OMS 2008; Barros P et al. 2011).

A sua implementação deu-se entre os anos de 1979 e 1983, e foi organizado assente nos princípios dos CSP, sendo constituída uma rede de centros de saúde que abrange todo o país. (OMS 2008) Os hospitais são os principais locais de prestação de cuidados secundários e terciários. (Barros P et al. 2011) As carreiras médicas, incluída a carreira médica de clínica geral, foram definidas em 1982 com o decreto-lei nº 310/82, de 3 de Agosto, e posteriormente reformuladas no decreto-lei 73/90 em 6 de Março de 1990.

O médico de MGF no centro de saúde é o primeiro ponto de contato do utente com os serviços do sistema de saúde. As pessoas devem estar registadas na lista de um médico de família da sua área de residência ou de trabalho. (OMS 2008; Barros P et al. 2011)

O que muitas vezes acontece é que o doente acaba por contornar o sistema de referenciação e dirige-se diretamente a um serviço de urgência ou ao setor privado, na intenção de ser atendido de forma mais célere e de ter meios complementares de diagnóstico disponíveis em menos tempo. Nem mesmo a existência de taxas moderadoras nos serviços de urgência parece evitar esta conduta. Esta situação leva a uma utilização desmesurada dos serviços de urgência dos hospitais, assim como ao uso inapropriado de recursos. (Barros P et al. 2011)

Desde os anos de 1990 que se tem feito um esforço no sentido de melhorar a acessibilidade aos serviços de CSP e aumentar a motivação dos profissionais de saúde desta

área, quer implementando um novo sistema de remuneração, quer estimulando os serviços ao domicílio ou aumentando a qualidade. (Barros P et al. 2011)

O decreto-lei nº28/2008 criou os chamados agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços públicos com autonomia administrativa e constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm como função garantir à população de uma determinada área geográfica a prestação de CSP. Para tal, devem desenvolver ações de prevenção e de promoção de saúde, assim como prestação de cuidados aos indivíduos, famílias e comunidades e estabelecer a ligação com outros serviços de modo a permitir continuação de cuidados. Para além disto, devem ainda compreender atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação nas diferentes fases de formação de diversos grupos profissionais.

O conjunto de unidades funcionais de prestação de CSP constitui um centro de saúde que é o componente dos ACES. Os utentes devem ter a maior acessibilidade possível, o que deve ser assegurado pelo centro de saúde através do princípio de atendimento no próprio dia e da marcação de consultas para hora determinada.

Cada unidade funcional tem uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, sendo que a intercooperação com as outras unidades funcionais do centro de saúde e do ACES está garantida.

As várias unidades funcionais que podem estar compreendidas num ACES são:

**Unidade de Saúde Familiar (USF)** - unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que tem por base uma equipa multiprofissional, constituída por médicos (que têm de ter, pelo menos, o grau ou a categoria de assistente da carreira de clínica geral ou o título de especialista em MGF), por enfermeiros e por pessoal administrativo, e que tem autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica

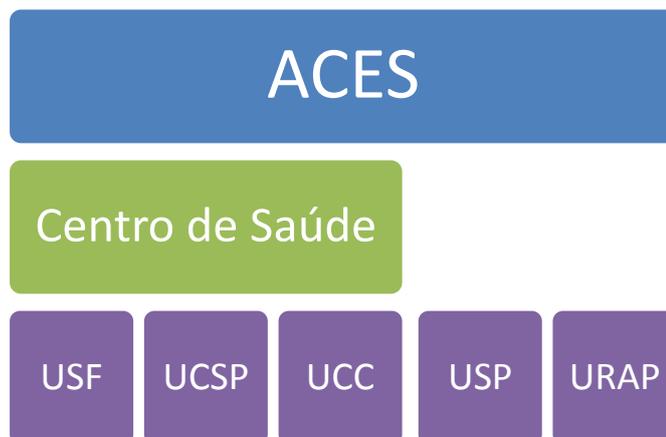
de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. A sua missão é a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade desses cuidados (DL 298/2007).

**Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP)** - com estrutura idêntica das USF, presta cuidados personalizados garantindo a sua acessibilidade, continuidade e globalidade.

**Unidade de cuidados na comunidade (UCC)** – composta por uma equipa de diversas áreas (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, e outros profissionais) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às famílias e grupos mais vulneráveis e de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção

**Unidade de saúde pública (USP)** – funciona como observatório da área geodemográfica da ACES a que pertence, sendo sua função a elaboração de informação e planos em áreas de saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou dos grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

**Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP)** – presta serviços de consultoria e assistenciais às diferentes unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.



**Figura 3** – ACES e Unidades Funcionais - Cada centro de saúde de uma ACES deve ter pelo menos uma USF ou UCSP e uma UCC. Cada ACES deve ter apenas uma USP e uma URAP.

## **A Medicina Geral e Familiar**

*A Medicina Geral e Familiar é a especialidade médica que presta estes Cuidados de Saúde Primários, essenciais para o bem-estar mundial, e que devem ter um papel estruturante nos Sistemas de Saúde. Como é facilmente perceptível, apesar de haver aspetos da Medicina Geral e Familiar que são transversais à maioria das realidades já que idealmente se tende sempre para os mesmos objetivos, as diferentes abordagens e estrutura dos Sistemas de Saúde condicionam o modo como a Medicina Geral e Familiar está presente e presta cuidados de saúde às populações. Ao longo dos últimos anos, e à medida que o modo de prestação de cuidados de saúde vai mudando e evoluindo, devido também à realidade mundial em constante mudança, assim também as características da Medicina Geral e Familiar se vão adaptando, de modo a que se possam prestar cuidados tendo como objetivo sempre maior nível de saúde.*

A necessidade de humanizar e integrar os cuidados prestados às pessoas levaram à criação da especialidade de MGF, que surge num momento em que os cuidados médicos eram caracterizados por uma despersonalização e fragmentação. (Gascón TG et al. 2008)

Nos Estados Unidos da América, após a Segunda Guerra Mundial, tornou-se evidente que o ano de formação pós-graduada, na altura requisito para os médicos generalistas, não era suficiente para os preparar para uma prática que tinha em vista a prestação de cuidados abrangentes. Assim, em 1969, a MGF foi reconhecido como especialidade médica. (Stephens M et al. 2011)

Ao longo das últimas décadas, a MGF foi evoluindo, integrando muitos dos princípios de Alma-Ata. (Hixon AL et al. 2008)

É entendida como uma disciplina académica, uma especialidade médica e uma profissão ligada à saúde com várias dimensões, como sejam a prestação de cuidados de saúde, a formação, a investigação e a gestão. O seu objeto de conhecimento é a pessoa entendida como um todo. (Casado Vicente V et al. 2011)

A medicina geral presta cuidados a qualquer pessoa que os procure, enquanto outras especialidades médicas limitam o acesso tendo por base a idade, o sexo ou o diagnóstico em causa. (WONCA, 1991)

O médico de família, faz uso dos instrumentos da Medicina da Família, e entende o indivíduo à luz da família a que este pertence, e a família no contexto da comunidade de que faz parte. (Gascón TG et al. 2008; WONCA 1991)

A família satisfaz as suas necessidades mais básicas de segurança física e emocional, saúde e bem-estar do indivíduo. É necessário dar-lhe atenção, reconhecê-la como o contexto primário de necessidades de saúde e reconhecer o impacto dos fatores familiares na saúde do doente, até porque esta pode ser fonte de apoio mas também de *stress* para o doente; e é no seio familiar que se vão desenvolvendo comportamentos e crenças que se relacionam diretamente com a saúde dos indivíduos. Para além disto é preciso reconhecer o impacto da doença sobre a família. (WONCA 1991; Campbell TL et al. 2005; Campbell TL et al. 2006)

Embora o doente seja o foco primário dos cuidados de saúde, a família é muitas vezes o contexto social mais importante que deve ser percebido e considerado ao prestar cuidados de saúde. (Campbell TL et al. 2005) O médico de família deve tomar estes aspetos em atenção nas ações preventivas e curativas, tendo em consideração o impacto, positivo ou negativo que a família pode ter sobre a saúde do doente. (WONCA 1991; Campbell TL et al. 2006)

Torna-se evidente que o trabalho com as famílias e a capacidade de as usar como recurso importante da prestação de cuidados de saúde, deva ser uma característica que defina

o médico de família. É preciso que este tenha em atenção o contexto familiar e entenda as relações dentro da família. E se a família influencia comportamentos relacionados com a saúde, é importante que os médicos de família se sintam encorajados a pensar para além da saúde individual do doente, promover a saúde familiar e direcionar os esforços de medicina preventiva também às famílias. (Campbell TL et al. 2005)

Infelizmente, a prestação de cuidados está muitas vezes orientada apenas ao indivíduo e não tem em conta a abordagem familiar. (Campbell TL, et al., 2006)

Para que a medicina da família possa ser uma realidade, é preciso que os médicos em formação nesta especialidade recebam também formação no sentido específico da abordagem familiar. (Campbell TL, et al., 2006)

No entanto é necessário encontrar um equilíbrio. Os médicos de família tratam os indivíduos inseridos nas famílias e não as famílias só por si. (Campbell TL et al. 2005) O ponto de partida e o centro da prestação dos cuidados é o doente, encarado nas suas diversas dimensões e não apenas na sua afeção biomédica. É necessário, então, perceber o modelo biopsicossocial e a inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais e abordá-los equitativamente para se conseguir perceber o doente e a sua doença e atingir uma prestação de cuidados baseada nas necessidades do doente. (WONCA 1991; WONCA 2002)

#### WONCA-1991

Em 1991 a WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practicioners/Family Physicians- World Organization of Family Doctors*) definia o médico de MGF como o principal responsável pela prestação de cuidados de saúde abrangentes ao utente que os procurasse, e que devia ser capaz de promover a prestação de outros cuidados sempre que estes fossem necessários.

O médico de MGF presta cuidados abrangentes, tendo em consideração o contexto social, económico e psicológico do doente.

Além disso, assume compromissos para com a comunidade tais como o ter como objetivo o conhecimento das especificidades epidemiológicas locais; conseguir a maior influência possível nos problemas de saúde que afetam a comunidade; ter uma abordagem abrangente, identificando os problemas da comunidade para além dos problemas individuais; dar suporte à comunidade percebendo os seus comportamentos, e apoiando os esforços da própria comunidade no sentido de salvaguardar a sua própria saúde; promover ações de prevenção de doença, promoção de saúde, tratamento de doenças e reabilitação.

Perante o indivíduo o médico de MGF tem de ter uma prestação de cuidados abrangentes, identificando os problemas que o doente apresenta, definindo as suas necessidades não apenas a nível físico, mas também a nível mental e social; diagnosticar doenças prevalentes, eliminar doenças graves e coordenar outros serviços de saúde quando necessários. Percebe também porque um determinado doente se apresenta com uma doença particular numa altura específica; identifica e corresponde às expectativas do doente em cada encontro e percebe como aquela doença específica afeta o doente.

Para cumprir estes pressupostos, são apresentadas pela WONCA, em 1991, algumas especificidades da disciplina:

Cuidados abrangentes – cuidados longitudinais, que incluem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Os médicos de MGF estão preocupados com o bem-estar global do doente e não apenas com o diagnóstico e tratamento de uma doença específica.

Coordenação de outros serviços - o médico de MGF deve estar integrado no centro do sistema nacional de saúde e tem a responsabilidade de servir de coordenador dos outros serviços necessários ao doente e à sua família

Papel de advogado – deve ter um papel de advocacia do doente perante os outros serviços de saúde que este vier a necessitar, isto implica também capacitar e ajudar o doente a tomar decisões quanto à sua própria saúde. Para além disto, é trabalhar também para que se consiga cada vez mais equidade nos serviços de saúde.

Base de informação - o médico de MGF deve estar a par não só dos aspetos clínicos mas também pessoais do doente, dado que estes desempenham também um papel importante na prática clínica

Relação médico-doente – é fundamental que se estabeleçam laços de confiança entre o médico e o doente.

Acessibilidade – tem de haver a maior acessibilidade possível aos serviços de saúde por parte dos utentes e de outros prestadores de cuidados

Gestão de recursos – o especialista de MGF, pela sua posição central no sistema de saúde, deve assumir um papel preponderante no que toca à gestão de recursos e de serviços.

Decisão clínica – a decisão clínica em MGF difere das outras especialidades médicas por lidar muitas vezes com problemas de saúde indiferenciados; por muitas vezes o principal objetivo ser excluir uma doença grave, dado que por vezes não é possível chegar a um diagnóstico definitivo; pelo valor preditivo de um determinado sinal ou sintoma ser diferente do ambiente hospitalar, dado a prevalência das doenças também diferir; e pelo fato dos dados clínicos e os exames complementares de diagnóstico serem muitas vezes usados de forma diferente da medicina hospitalar pelo facto de a doença se apresentar muitas vezes numa fase inicial, sem que se tenha desenvolvido ainda um quadro clínico típico.

Para além disto, chama também à atenção para que os CSP sejam incorporados na formação pré-graduada e para o facto da investigação nesta área ainda não estar suficientemente desenvolvida.

WONCA Europa-2002

A WONCA Europa produziu em 2002 uma definição na perspetiva de definir a disciplina e as competências dos médicos de família transversais a todos os sistemas de saúde da Europa de modo a que se possam prestar cuidados de qualidade que vão ao encontro das necessidades da população.

Assim, são apresentadas 11 características da MGF:

- 1) É o primeiro ponto de contato com o sistema nacional de saúde, proporcionando acesso ilimitado aos utentes e uma prestação de cuidados abrangentes e não condicionados pelas características das pessoas (sexo, idade,...)
- 2) Promove um uso eficiente dos recursos de saúde, tendo um papel de coordenação em relação a outros serviços e um papel de advocacia perante o doente.
- 3) Tem uma abordagem centrada na pessoa, na sua família e na comunidade em que está inserida
- 4) A comunicação médico-doente permite que se estabeleça uma relação ao longo do tempo, através de um processo de consulta singular.
- 5) Presta cuidados continuados longitudinalmente
- 6) A prevalência e a incidência da doença na comunidade determinam um processo de decisão clínica singular.
- 7) É responsável pela gestão dos problemas do doente, sejam eles agudos ou crónicos.
- 8) É chamado a intervir na doença que muitas vezes se apresenta de forma indiferenciada, em estádios precoces da história natural, mas que pode necessitar de uma intervenção urgente.
- 9) Tem intervenções que promovam a saúde e o bem-estar de modo efetivo

10) A saúde da comunidade que serve é também uma responsabilidade da MGF

11) Lida com os problemas de saúde em todas as suas dimensões: física, psicológica, social, cultural e existencial.

Para que possa ter uma prática clínica que vá de encontro às características da MGF, o médico deve ter seis competências nucleares:

- 1) Gestão de cuidados de saúde primários
- 2) Cuidados centrados na pessoa
- 3) Aptidões específicas de resolução de problemas
- 4) Abordagem abrangente
- 5) Orientação comunitária
- 6) Modelação holística

E implementá-las em três áreas: tarefas clínicas, comunicação com os doentes e gestão da prática clínica.

Devem ainda ser tidos em conta três aspetos de fundo: de contexto (ter sempre em consideração o contexto pessoal, familiar, comunitário e cultural da pessoa); de atitude (o médico deve ter sempre presentes as suas capacidades, valores e ética profissional) e científicos (o médico deve procurar uma formação e atualização contínuas, para uma prática clínica baseada na investigação científica e encarada com crítica).

Para além de definirem a disciplina e orientarem os atributos do médico de família, estas características da MGF estão também relacionadas com os resultados positivos obtidos ao nível da satisfação dos doentes (acessibilidade e continuidade de cuidados), qualidade de saúde (relação médico-doentes, continuidade, ações preventivas) e custos (continuidade,

---

relação-médico doente, ações de prevenção traduzem uma abordagem custo-efetiva). (Sana-Corrales M et al., 2006)

#### WONCA Europa -2005

Em 2005, a definição foi revista, no entanto, manteve todos os elementos da formulação anterior, não se tendo modificado as características da disciplina ou as competências nucleares. (WONCA, 2011)

#### WONCA Europa-2011

Do concílio da WONCA Europa em Málaga no ano de 2010 saiu uma comissão com o objetivo de fazer mais uma pequena revisão desta definição no sentido de que dois conceitos fossem nela incluídos: “*empowerment* do doente” e “aumento contínuo de qualidade”. No final, a MGF ganhou uma 12ª característica: promove o *empowerment* do doente. A procura contínua de um aumento de qualidade não foi acrescentada como característica por não ser um espeto essencial exclusivo da disciplina mas transversal à prática médica. (WONCA, 2011)

Aspetos	Áreas	Competências Nucleares	Características	
De contexto	Tarefas Clínicas	Gestão de cuidados de saúde primários	Primeiro ponto de contato, acesso ilimitados, cuidados abrangentes	
			Uso eficiente dos recursos de saúde, papel de coordenação, papel de advocacia	
		Cuidados centrados na pessoa	Abordagem centrada na pessoa e na comunidade em que está inserida	
			Promove o <i>empowerment</i> do doente.	
De atitude	Comunicação com os doentes	Relação médico-doente	Cuidados longitudinais	
			Aptidões específicas de resolução de problemas	Decisão clínica baseada na incidência e prevalência.
		Estádios precoces e indiferenciados da doença	Abordagem abrangente	Problemas agudos ou crónicos.
				Promove a saúde e o bem-estar
Científicos	Gestão da prática clínica	Orientação comunitária	Responsável pela saúde da comunidade	
		Modelação holística	Lida com os problemas de saúde em todas as suas dimensões: física, psicológica, social, cultural e existencial.	

**Tabela II** – Esquema definição da Medicina Geral e Familiar, adaptado de WONCA, a Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, 2011

## **A Formação – um todo contínuo**

*Apesar de a Medicina Geral e Familiar surgir como centro da prestação de cuidados de saúde e ter características que a tornam singular em relação às especialidades hospitalares, é muitas vezes encarada como sendo uma especialidade “menor”. No entanto, o seu modo de intervenção faz com que sejam necessárias aptidões específicas para que possa haver uma prestação de cuidados efetiva e de qualidade. Deste modo torna-se fácil entender, que para que tenhamos médicos especializados em Medicina Geral e Familiar capazes de uma prática médica competente, são necessários também programas de formação específicos e de qualidade. E para isto, é importante que a Medicina Geral e Familiar e a formação em cuidados de saúde primários tenham um papel de destaque nas escolas médicas. Uma formação que, desde a fase de formação pré-graduada, tenha um equilíbrio entre a abordagem hospitalar e a abordagem comunitária seja importante para a formação de médicos capacitados para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.*

*É claro que a formação entre países distintos tem diferenças, logo porque as características da Medicina Geral e Familiar estão condicionadas pela realidade em que está inserida. Mas todos eles estão desenhados para que se aponte sempre para a capacitação dos jovens médicos de modo a que possam desempenhar da melhor forma possível o papel do médico especialista em Medicina Geral e Familiar, inserido num sistema de saúde desenhado para prestação de cuidados de saúde primários de qualidade e que integrem os princípios de Alma-Ata de modo a que se atinjam bons níveis de saúde, contribuindo assim para o desenvolvimento e bem-estar mundial.*

Tanto em Portugal como noutros países, a falta de interesse pela MGF por parte dos jovens médicos tem sido alvo de análise (Radford J 2009; Villanueva T 2009; Gaspar D et al. 2011) A origem deste desinteresse tem múltiplas causas, e parece afetar, a nível global, várias especialidades generalistas, em que há menos procedimentos técnicos, um menor investimento tecnológico e que parecem inspirar um menor prestígio em termos de cultura médica (Gaspar D 2006; Radford J 2009)

Em Portugal, tem-se verificado que a escolha da especialidade de MGF se dá maioritariamente a nível das classificações mais baixas da Prova Nacional de Seriação, o que parece fazer com que a especialidade de MGF seja encarada como um recurso para quem não consegue vaga numa especialidade de cuidados secundários. (Gaspar D 2006)

Uma forma de mudar a imagem da MGF ser uma “especialidade menor” é a adoção de medidas que permitam uma maior satisfação profissional, passando por remuneração mais equitativa, transmitindo maior gratificação e reconhecimento pelo trabalho dos médicos desta especialidade, aumentando também assim o seu prestígio social e médico. (Gaspar D 2006; Villanueva T 2009)

É importante encarar a motivação profissional como um aspeto que pode determinar o sucesso profissional (Gaspar D et al. 2011)

Na escolha da especialidade de MGF, os jovens médicos esperam ter uma prática clínica diferente da prática hospitalar, com maior proximidade das populações e dos problemas comunitários e sociais (Gaspar D 2006; Shadbolt N et al.,2009)

Valores humanísticos, como o trabalho direto com pessoas e o seu contexto familiar, são aspetos positivamente ligados à escolha desta especialidade; enquanto fatores como a remuneração e o prestígio têm uma correlação negativa. (Gaspar D 2006; Shadbolt N et al. 2009) Estes aspetos mais humanísticos, e mais diretamente relacionados com as

características da MGF, são também relacionados com a maior satisfação nesta especialidade (Gaspar D 2006)

Os médicos com mais idade ou do sexo feminino estão entre o grupo que mais elege a MGF como especialidade. (Gaspar D 2006; Shadbolt N et al. 2009; Gaspar D et al. 2011) Para isto parecem contribuir fatores como o número de horas de trabalho semanal ou o tempo disponível para outros interesses. (Gaspar D 2006; Shadbolt N et al. 2009)

Um estudo efetuado em Portugal mostrou que os médicos internos de MGF, ao contrário da perceção geral, se encontram motivados profissionalmente. (Gaspar D et al. 2011) Para além disto, parece que a especialidade de MGF se vai encontrando cada vez mais entre as primeiras escolhas dos jovens médicos. (Villanueva T 2009; Gaspar D et al. 2011)

### **A formação pré e pós-graduada - um todo contínuo**

Faz sentido que, se a MGF e a prestação de cuidados primários devam ocupar um lugar nuclear nos Sistemas de Saúde, o seu papel no processo de formação médica não deve ser menor. (Casado Vicente V et al. 2011)

Durante a década de 1960, a MGF foi sendo consolidada enquanto disciplina académica, e passou a marcar presença na maioria das faculdades de medicina europeias. (Casado Vicente V et al. 2011)

A imagem que os estudantes de medicina adquirem da especialidade influencia a sua escolha. No entanto, a imagem adquirida durante a formação pré-graduada na maioria das vezes não corresponde à realidade. (Gaspar D 2006; Bunker J et al., 2009; Casado Vicente V et al., 2011; Phillips J et al. 2012)

É extremamente importante desenvolver estratégias para aumentar o interesse dos estudantes pela MGF, nomeadamente através de uma forte presença na faculdade de um Departamento de MGF, e de mais professores desta especialidade (especialmente quando têm

uma prática médica inserida num centro de prestação de cuidados primários), assim como a existência de um currículo longitudinal, que permita maior contato direto com a prática profissional. (Gaspar D 2006; Casado Vicente V et al. 2011) De facto, quando comparados com o ensino tradicional e de aspeto mais teórico, a possibilidade da implementação de estágios longitudinais, com a possibilidade de maior participação em experiências de contacto com a comunidade, com maior proximidade da prática da Medicina Familiar, aumentam o interesse por esta especialidade (Gaspar D 2006; Casado Vicente V et al. 2011)

A existência de estágios em Centros de Saúde durante o ensino pré-graduado pode contribuir para consolidação da opção de escolha de MGF como especialidade médica, especialmente quando são acompanhados de perto por parte de tutores de MGF, que têm um papel importante na transmissão de uma imagem positiva e dos aspetos mais atrativos da especialidade. (Gaspar D 2006; Bunker J et al. 2009; Gaspar D et al. 2011)

As razões que motivam os médicos de MGF a aceitar alunos, são maioritariamente fatores intrínsecos de motivação, como o sentirem que é sua função colaborar na educação dos futuros médicos, sendo que aspetos como infraestruturas e recompensas monetárias ou de outra ordem são fatores secundários. (Larsen K et al. 2006) No entanto há fatores, como a pressão que sentem e a carga laboral excessiva que os levam a ponderar o contrário, o que compromete a sustentabilidade de uma formação médica baseada no componente prático. (Larsen K et al. 2006)

Para se poder melhorar o ensino a este nível, seria também importante incluir no programa de formação pós-graduada em MGF, o desenvolvimento das aptidões de ensino dos médico em formação pós-graduada, sendo que também nessa fase, pode haver um contributo muito positivo no que toca à educação médica no âmbito dos CSP, para além do facto da própria formação pós-graduada sair enriquecida. (Future of Family Medicine Project Leadership Committee 2004; Lacasse M et al. 2009; Rushforth B et al. 2010)

A presença da MGF na formação pré-graduada permite também equilibrar a formação atual baseada maioritariamente na medicina hospitalar com uma medicina de abordagem comunitária, com as suas especificidades, permitindo ao estudante de medicina a familiarização com um processo de avaliação crítica e de tomada de decisões, uma abordagem abrangente e integrada do doente, tendo em atenção o seu contexto familiar e comunitário; e uma integração de ações preventivas a par de ações curativas. (Casado Vicente V et al. 2011)

De facto, um estudo Australiano mostrou que alunos que tinham recebido formação prática no seio de centros de prestação de cuidados primários, tinham tido melhores resultados nos seus exames de aptidões médicas do que os colegas colocados em centros hospitalares. (Worley P et al. 2004; Larsen K et al. 2006)

### **Formação específica**

A fase de formação específica tem como objetivo habilitar o médico a um exercício tecnicamente diferenciado na respetiva área de especialização.

O parlamento europeu aprovou legislação no sentido de uma formação específica ser indispensável em todos os estados membros até Janeiro de 1995, e que esta formação estivesse centrada na prática de medicina comunitária. (O'Shea EE 2009)

Houve sugestões de um plano de formação específica de 3 anos, onde dois fossem passados em ambiente hospitalar e apenas um em ambiente de medicina geral; não eram suficientes para preparar uma prática clínica autónoma, especialmente quando este ano passado em contacto direto com a abordagem comunitária está demasiado preenchido por elementos de avaliação o que não possibilita aos médicos em formação as oportunidades necessárias para consolidar as suas capacidades específicas. (O'Shea EE 2009)

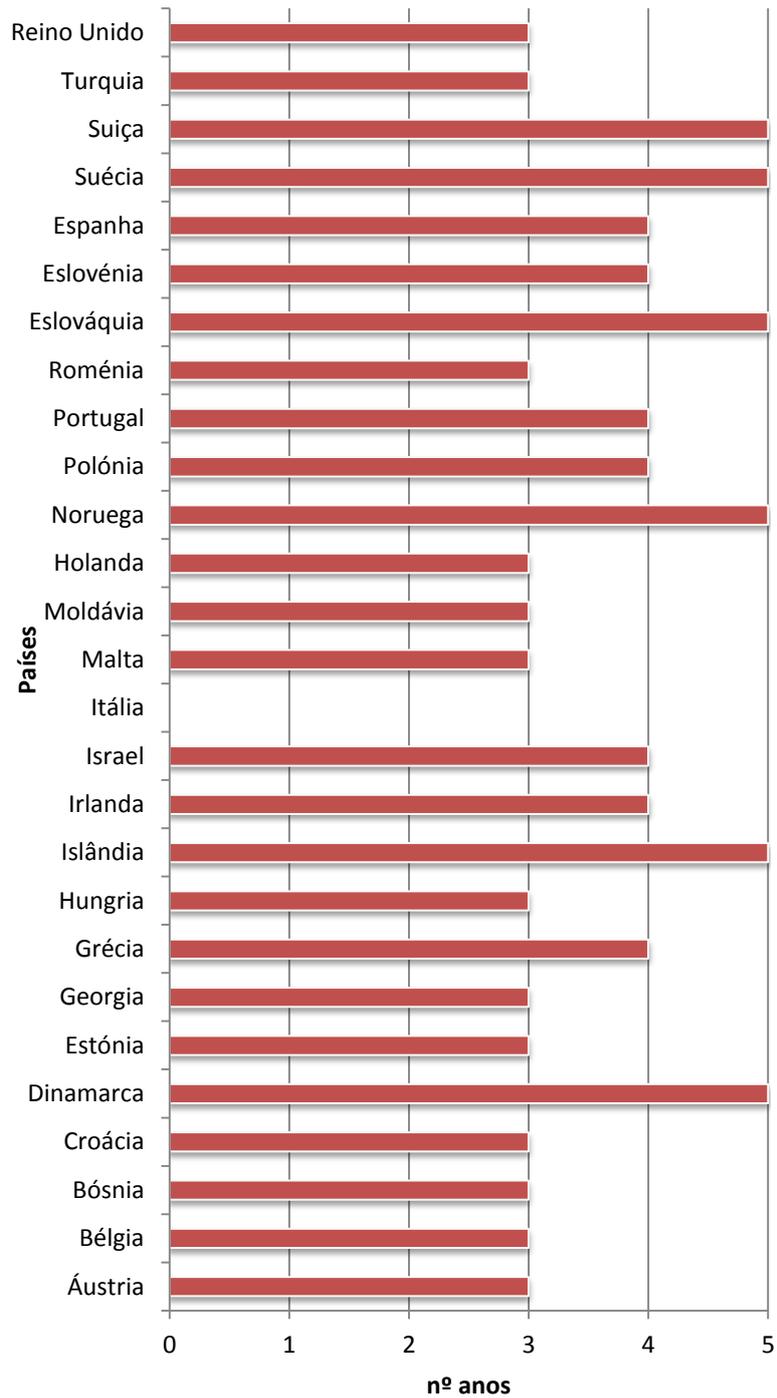
Na Europa ocidental, os programas de formação específica em MGF têm em média a duração de 4 anos, sendo em média dois passados em ambiente hospitalar, e outros dois em medicina comunitária. (O'Shea EE 2009; EURACT 2011)

As diferenças entre países são muitas: em Espanha a formação específica foi introduzida em 1978 com a duração de 3 anos, tendo sido alargada em 2005 para 4 anos de duração. (Gofin J et al. 2008); o Canadá tem um plano de formação específica com uma duração de 2 anos, em que se dá importância à continuidade de cuidados e à prestação de cuidados às diferentes faixas etárias (The College of Family Physicians of Canada 2006); na Alemanha, por outro lado, a formação em MGF tem a duração de 5 anos, sendo que os primeiros 3 consistem numa formação pós-graduada em medicina interna. (Bundesärztekammer 2010)

Um modelo de formação estruturado a partir de cuidados primários orientados para a comunidade permite uma aprendizagem dos problemas de saúde da comunidade e a compreensão da sua importância para a prática clínica. (Dobbie A et al. 2006)

Esta abordagem consiste num processo contínuo em que são prestados CSP a uma população definida tendo por base as suas necessidades, sendo que se aponta para uma integração dos CSP com a saúde pública. (Gofin J et al. 2008) Assim, são elementos fundamentais os CSP, a definição de uma população, uma equipa responsável pela saúde dessa comunidade, intervenções direcionadas às necessidades da população e o envolvimento da comunidade em todos os passos deste processo. (Gofin J et al. 2008)

A implementação bem-sucedida de uma formação estruturada tendo por base CSP orientados para a comunidade, pode estar dependente das características do sistema de saúde e no facto de a população abrangida por um determinado centro de cuidados de saúde estar bem definida; o que pode causar dificuldades em países com um sistema de saúde fragmentado como os Estados Unidos da América. (Dobbie A et al. 2006)



**Gráfico 1** – Duração formação específica em MGF na Europa, adaptado de EURACT, <http://www.euract.eu/resources/specialist-training> acedido a 9 Março 2012

Um aspeto que também deve ser incluído no plano de formação pós-graduada em MGF deve ser o treino de procedimentos técnicos específicos, para que os futuros especialistas estejam habilitados a prestar os melhores cuidados à população. (Nothnagle M et al. 2008; Kelly BF et al. 2009)

A investigação tem também um papel importante na formação em MGF. É importante que os cuidados de saúde evoluam com base em evidência científica, e os CSP não são exceção. Sendo que o desenvolvimento de novos conhecimentos é crucial para que a MGF continue a evoluir como disciplina. (Carek PJ et al. 2008) É importante, direcionar a investigação em medicina não só para os aspetos biomédicos dos tratamentos, mas também para o impacto que a implementação dos novos tratamentos tem nos cuidados de saúde dos doentes, nomeadamente aqueles a que o doente recorre com mais frequência, como os CSP, e se aí continuam o mostrar eficácia e efetividade; assim como para a estrutura e prestação dos CSP ou questões de multiculturalidade e diversidade social. (van Royen O et al. 2010; Schäfer W et al. 2011)

Deste modo, investigações futuras não se deviam focar exclusivamente na doença, mas adaptar princípios da MGF como o papel central do doente e da comunidade, a equidade ou a coordenação de serviços. (van Royen O et al. 2010)

Como o financiamento nesta área é escasso, é importante estabelecer prioridades de modo a que se possa fazer o melhor uso possível dos recursos financeiros disponíveis. (Schäfer W et al. 2011) Para isto, é importante que a investigação seja uma parte integral da atividade de qualquer médico de MGF, e portanto deve estar também integrada nos planos de formação pós-graduada da disciplina. (Future of Family Medicine Project Leadership Committee 2004) Esta atividade constitui também uma ferramenta para que os médicos em formação em MGF desenvolvam um pensamento crítico e desenvolvam capacidades de prestação de cuidados,

que são importantes para prática clínica de qualidade. (Future of Family Medicine Project Leadership Committee 2004; Carek PJ et al. 2008)

### **Em Portugal**

Atualmente, em Portugal, após a conclusão do curso de Medicina, o jovem médico submete-se a uma Prova Nacional de Seriação, organizada pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Seguidamente inicia o seu processo de formação pós-graduada com um ano de formação genérica que é comum a todas as especialidades, designado de “Ano Comum”, e que tem a duração total de 12 meses, divididos em cinco blocos formativos: medicina interna (4 meses); pediatria (2 meses); cirurgia geral (2 meses); obstetrícia (1 mês) –e cuidados de saúde primários (3 meses).

Após a conclusão com aproveitamento do Ano Comum, inicia-se a formação específica. (DL 45/09)

Em Portugal, a formação específica em MGF, cujo programa de internato consta da Portaria 300/09 de 24 de Março de 2009, tem a duração de 4 anos (48 meses); sendo que anteriormente a duração era de 3 anos. (Villanueva T 2009)

Este período está estruturado em estágios obrigatórios: medicina geral e familiar 1; medicina geral e familiar 2 (MGF1 e MGF2 - 10 meses), medicina geral e familiar 3, medicina geral e familiar 4 (MGF3 e MGF4 – 18 meses), pediatria (3 meses), obstetrícia/ginecologia (3 meses), saúde mental/psiquiatria (3 meses) e urgência (2 meses); estágios opcionais (na seleção destes estágios o interno deve ter em conta as suas necessidades de formação e o seu possível contributo para o desempenho das suas funções como médico de família); e ainda por estágios curtos (que têm como objetivo a aquisição de competências em procedimentos específicos).

A avaliação do internato é feita ou no final de cada estágio, ou após cada período de 12 meses, correspondendo, neste caso à avaliação de todos os estágios realizados nos 12 meses anteriores.

A avaliação final do internato de formação específica em MGF é composta por uma prova de discussão curricular, uma prova prática e uma prova teórica. A classificação final resulta da média aritmética obtida em cada uma das três provas.

## BIBLIOGRAFIA

- Barros P, Machado S, Simoes J. (2011); Portugal health system review.; *Health Syst Transit*; 13(4):1-156.
- Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) (2010); (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003
- Bunker J, Shadbolt N. (2009); Choosing general practice as a career - the influences of education and training; *Aust Fam Physician.*; 38(5): 341-4.
- Campbell TL, Larivaara P (2005) Working with families in primary care *in Oxford Textbook of Primary Medical Care* (Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C), vol I, pp 299-302; Oxford University Press
- Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K (2006) Aspectos de la familia en la asistencia sanitaria. *in Medicina de Familia – principios y práctica* (Taylor RB) pp 26-33; Elsevier Masson
- Casado Vicente V, Bonal Pitz P, Cucalón Arenal JM, Serrano Ferrández E, Suárez Gonzalez F. (2011); Family and community medicine and the university. *SESPAS report 2010.*; *Gac Sanit.*
- Carek PJ, Mainous AG 3rd. (2008) The state of resident research in family medicine: small but growing; *Ann Fam Med.*;6 Suppl 1:S2-4.
- Chan M. (2008) Return to Alma-Ata; *Lancet*; 372(9642):865-6.
- Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata; URSS; 6-12 Setembro 1978; Declaração de Alma-Ata
- Decreto-Lei 310/82 de 3 de Agosto *in Diário da República*, 1ª série; Nº 177 de 6 de Março de 1982
- Decreto-Lei 73/90 de 6 de Março *in Diário da República*, 1ª série; Nº 54 de 6 de Março de 1990
- Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto *in Diário da República*, 1ª série; Nº 161 de 22 de Agosto de 2007
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro *in Diário da República*, 1ª série; Nº 28 de 22 de Fevereiro de 2008
- Decreto-Lei nº 45/2009 de 13 de Fevereiro *in Diário da República*, 1ª série; Nº 31 de 13 de Fevereiro de 2009
- Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. (2006) Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge.; *Fam Med.*; 38(6):399-407.

- Escorel S, Giovanella L, Magalhães de Mendonça MH, de Castro Maia Senna M. (2007); The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil; *Rev Panam Salud Publica*; 21(2-3):164-76.
- EURACT; EURACT Specialist Training Committee (2011) <http://www.euract.eu/resources/specialist-training> acedido a 9 march 2012
- Future of Family Medicine Project Leadership Committee (2004) The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community; *Ann Fam Med* 2004;2:S3-S32. DOI: 10.1370/afm.130.
- Gaspar D.(2006); General and family medicine: a gratifying choice; *Acta Med Port*;19(2):133-9.
- Gaspar D, Jesus SN, Cruz JP. (2011); Professional motivation and family medicine residency: a national study; *Acta Med Port.*; 24(2):255-64.
- Gillam S. (2008) Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?; *BMJ*; 336(7643):536-8.
- Gofin J, Foz G. (2008); Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain.; *Fam Med.*; 40(3):196-202.
- Gascón TG, Ceitlin J (2008) Medicina de familia en España y otros países. in *Atención Primaria – conceptos, organización y práctica clínica* (Zurro AM, Pérez JFC), vol I, pp301-310; Elsevier.
- Green A, Ross D, Mirzoev T. (2007); Primary health care and England: the coming of age of Alma Ata?; *Health Policy*; 80(1):11-31
- Hixon AL, Maskarinec GG. (2008) The Declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today; *Fam Med*; 40(8):585-8.
- Kelly BF, Sicilia JM, Forman S, Ellert W, Nothnagie M. (2009) Advanced procedural training in family medicine: a group consensus statement; *Fam Med*; 41(6):398-404
- Korin EC, Lebensohn P (2005) Families, health, and cultural diversity in *Oxford Textbook of Primary Medical Care* (Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C), vol I, pp 303-308; Oxford University Press
- 
- Lacasse M, Ratnapalan S. (2009); Teaching-skills training programs for family medicine residents: systematic review of formats, content and effects of existing programs; *Can Fam Physician.*; 55(9):902-3.e1-5.
- Larsen K, Perkins D. (2006); Training doctors in general practices: a review of literature; *Aust J rural Health*; 14(5):173-7.
- Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. (2008); Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise; *Lancet*; 372(9642):917-27.

- Nações Unidas (2000); Declaração do Milénio das Nações Unidas
- Nothnagle M, Sicilia JM, Forman S, Fish J, Ellert W, Gebhard R, Kelly BF, Pfenninger JL, Tuggy M, Rodney WM; STFM Group on Hospital Medicine and Procedural Training (2008); Required procedural training in family medicine residency: a consensus statement; *Fam Med*; 40(4):248-52
- OMS; Constitution of the World Health Organization; Basic Documents, forty-fifth edition, Supplement; October 2006
- OMS (2008); Relatório Mundial de Saúde 2008 – Cuidados de Saúde Primários- Agora mais que nunca
- O'Shea EE. (2009); Extension of training for general practice: a review of evidence; *Educ Prim Care.*; 20(1):15-20.
- Phillips J, Weismantel D, Gold K, Schwenk T. (2010); How do medical students view the work life of primary care and specialty physicians?; *Fam Med*; 44(1):7-13.
- PNUD (2010); Relatório de Desenvolvimento Humano 2010 – A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano
- Portaria nº 300/2009 de 24 de Março *in* Diário da República 1ª série Nº 58 de 24 de Março de 2009
- Pratt HD. (2007) Apple RW Cross-cultural assessment and management in primary care; *Prim Care*; 34(2):227-42;
- Radford J. (2009) General Practice and the NHHRC report; *Aust Fam Physician*; 38(11): 855-6.
- Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. (2008); From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care; *Lancet*; 372(9647):1365-7
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE. (2008) 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?; *Lancet.*; 372(9642):950-61.
- Rushforth B, Kirby J, Pearson D. (2010); General practice registrars as teachers:a review of the literature; *Educ Prim Care.*; 21(4):221-9.
- Sana-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. (2006), Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs; *Fam Pract*;23(3):308-16.
- Shadbolt N., Bunker J. (2009); Choosing general practice - a review os career choice determinants; *Aust Fam Physician*; 38(1-2): 53-5.

- 
- Schäfer W, Groenewegen PP, Hansen J, Black N.(2011); Priorities for health services research in primary care.; *Qual Prim Care.*;19(2):77-83.
  - Stephens M, Lennon R, Saguil A, Reamy BV.(2011); Four-year training in family medicine: strength through versatility using the uniformed services as a model.; *Fam Med*; 43(9):664-6.
  - The College of Family Physicians of Canada (2006); Standards for Accreditation of Residency Training Programs
  - van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler JK, Stoffers HE, Topsever P, Ungan M, Hummers-Pradier E. (2010); Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 5: Needs and implications for future research and policy.; *Eur J Gen Pract.*;16(4):244-8.
  - Villanueva T. (2009); Family Medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context.; *Int Arch Med.*; 11;2(1):36.
  - Walley J, Lawn JE, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I, Bhutta ZA, Black RE; Lancet Alma-Ata Working Group (2008) Primary health care: making Alma-Ata a reality.;*Lancet*; 372(9642):1001-7.
  - WONCA (1991); The role of General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems
  - WONCA Europa (2002); A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)
  - WONCA Europa (2011); The European Definition of General Practice / Family Medicine
  - Worley P, Esterman A, Prideaux D (2004); Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings. *British Medical Journal*; 328:207

## **ANEXO I**

### **DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000**

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários  
12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS

A conferência internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, sublinhou a necessidade de ação urgente por parte de todos os governos, de todos os que trabalham nas áreas da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade em geral, e formulou a seguinte Declaração:

#### **I**

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a ação de muitos outros sectores sociais e económicos.

#### **II**

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro de países, é, política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países.

#### **III**

O desenvolvimento económico e social alicerçados numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos, e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos povos dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial.

#### **IV**

É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde.

#### **V**

Os governos têm responsabilidade pela saúde da sua população, implicando a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década, deve ser a de que todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que essa meta seja atingida, através do desenvolvimento e do espírito da justiça social.

#### **VI**

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.

## VII

Os cuidados de saúde primários:

- Refletem, e a partir delas evoluem, as condições económicas e as características sócio-culturais e políticas do país e suas comunidades, e baseiam-se na aplicação de resultados relevantes de pesquisa social, biomédica e de serviços da saúde, e da experiência em saúde pública.
- Têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
- Incluem pelo menos: educação em relação a problemas prevaletentes de saúde e a métodos para sua prevenção e controlo, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controlo de doenças endémicas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais.
- Envolvem, além do sector da saúde, todos os sectores e aspetos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros sectores, e requerem os esforços coordenados de todos os sectores.
- Requerem e promovem a autoconfiança e a participação comunitária e individual no planeamento, organização, funcionamento e gestão dos cuidados de saúde primários, fazendo o mais pleno uso dos recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim, desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
- Devem ser apoiados por sistemas de referências integrados e funcionais, que levem à progressiva melhoria dos cuidados de saúde para todos, e dando prioridade aos mais necessitados.
- Baseiam-se, a nível local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, incluindo médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, convenientemente treinados, social e tecnicamente, para trabalharem ao lado das equipas de saúde e para responderem às necessidades de saúde expressas da comunidade.

## VIII

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados de saúde primários em coordenação com outros sectores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

## IX

Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados de saúde primários a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde da população de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório da OMS-UNICEF sobre cuidados de saúde primários constitui uma base sólida para o aprimoramento e funcionamento dos cuidados de saúde primários em todo o mundo.

## X

Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até ao ano 2000, mediante o uso racional dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz e desarmamento pode e deve disponibilizar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos, e conduzir à aceleração do desenvolvimento social e económico, do qual os cuidados de saúde primários, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

--- --- ---

A conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde incentivou a ação internacional e nacional, urgente e eficaz, para que os cuidados de saúde primários sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, particularmente nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica, em consonância com a nova ordem económica internacional. Exortou os governos, a OMS e a UNICEF, assim como outras organizações internacionais, organizações não-governamentais, agências financeiras, os trabalhadores na área da saúde e toda comunidade mundial em geral, a apoiar um compromisso nacional e internacional com os cuidados de saúde primários, e a canalizar mais apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A conferência encorajou os participantes a colaborar, para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta declaração.