



Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos – a perspetiva de um futuro médico de família

Manuel Alberto Silva¹

RESUMO

Os cuidados de saúde primários em Portugal contam com uma história de mais de cinquenta anos, que teve início nos anos 70, ficou marcada pela criação da carreira e do internato complementar em clínica geral e pela grande reforma de 2005, que conduziu à criação das unidades de saúde familiares. Atualmente, os cuidados de saúde primários têm apresentado bons resultados, destacando-se no panorama internacional, apesar das inúmeras dificuldades que encontram no dia-a-dia. É necessário continuar o bom trabalho das gerações passadas, nunca esquecendo a pedra basilar da sua prática: a relação médico-doente.

Palavras-chave: Cuidados de saúde primários; Medicina geral e familiar; História da medicina.

INTRODUÇÃO E MOTIVAÇÃO

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem o primeiro ponto de contacto dos indivíduos e das famílias com o sistema de saúde.¹ O seu objetivo é garantir o nível mais elevado de saúde e de bem-estar, bem como a sua distribuição equitativa, atuando num *continuum* que vai desde a promoção da saúde e prevenção da doença ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, estando tão próximos quanto possível do ambiente da sua população.² Os CSP são indissociáveis da especialidade de medicina geral e familiar (MGF), cujos conceitos e definições básicas se encontram representados visualmente através da árvore da WONCA, revista em 2011, estando já disponível com tradução e adaptação cultural para português.³

Em Portugal, os CSP têm uma história de mais de cinquenta anos, que se iniciou com a criação dos centros de

saúde, em 1970, e que teve dois marcos fundamentais – um em 1982, com a implementação da carreira médica de clínica geral (CG), e outro em 2005, com o início de uma importante reforma dos CSP, que levou ao desenvolvimento das unidades de saúde familiares (USF).⁴

Mas porquê falar da história dos CSP? Sou interno de MGF, atualmente no 3.º ano de formação e, como tal, sou do tempo das USF. Quando surgiu o despacho que deu origem às primeiras USF tinha apenas dez anos e certas expressões que fui ouvindo de utentes e de outros profissionais mais antigos – “o médico da caixa”, o “posto médico”, o “médico de clínica geral”, as “subregiões de saúde”, etc. – nada me diziam. Por este motivo, sempre tive curiosidade acerca da forma como tinham surgido e evoluído os CSP em Portugal. Foi neste contexto que tive a oportunidade de assistir à palestra *Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*, ministrada pelo Prof. Jaime Correia de Sousa. Tratou-se de uma excelente exposição histórica, pautada pela perspetiva pessoal de alguém que participou ativamente na reforma dos CSP em Portugal.

1. Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. USF Sanus Carandá, ACeS Cávado I – Braga, Braga, Portugal.



Apesar de ver respondidas muitas das minhas questões senti a necessidade de saber um pouco mais sobre esta história de cinquenta anos dos CSP. Por este motivo, apresento, de seguida, um breve resumo dos pontos essenciais do percurso realizado desde os anos 70 até à atualidade.

DOS CENTROS DE SAÚDE DE PRIMEIRA GERAÇÃO À CRIAÇÃO DAS USF

Tudo começou com a criação dos centros de saúde de primeira geração, em 1971, que tinham um perfil de atuação prioritariamente ligado à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco (vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade, etc.). Simultaneamente existiam os postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência, onde eram prestados cuidados extra-hospitalares.⁵ É muito provavelmente daqui que vêm as expressões “médico da caixa” e “posto médico”, que ainda hoje são utilizadas por muitos utentes apesar de remontarem a 1970.

Em 1975 foi criado o Serviço Médico à Periferia, que consistia na prestação obrigatória de um ano de serviço a nível concelhio ou local. A sua realização era condição *sine qua non* para todos os médicos que, tendo terminado o internato de policlínica, desejassem prosseguir na carreira médica, seja através da realização de internato de especialidades seja através do concurso para os quadros das instituições públicas de saúde.⁶ Com esta medida, o Estado Português conseguiu melhorar a cobertura de profissionais de saúde nas áreas rurais, evidenciando carências sanitárias.⁷

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979. É neste contexto que surgiu a necessidade de um novo tipo de médico que assumisse os cuidados aos cidadãos numa perspetiva personalizada. Foram, assim, criados a carreira de generalista, em 1980, e o internato de formação complementar em CG em 1981. O internato tinha a duração de três anos e era organizado da seguinte forma: clínica geral (ou medicina geral) — trinta meses de treino nas áreas médicas hospitalar e ambulatória; seis meses de treino em saúde pública e saúde mental. Em 1982 foi definido o perfil profissional do médico de CG e prevista a criação dos

Institutos de CG, que tinham como objetivo propor e desenvolver ações de formação e atualização, bem como permitir a formação de médicos em exercício dando-lhes a equiparação ao grau de especialista. No mesmo ano foi criado o Colégio de CG da Ordem dos Médicos. A Associação Portuguesa dos Médicos de CG (APMCG) foi fundada um ano depois. Em 1984 teve lugar em Évora o Encontro Internacional de Clínica Geral, organizado pela APMCG, com a colaboração ativa de figuras de relevo e futuros líderes da MGF portuguesa. No mesmo ano, a APMCG publicou o primeiro número da Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG).⁸⁻⁹

O desenvolvimento da CG teve múltiplas influências internacionais. A *general practice* britânica foi responsável pelo impulso inicial e pelos primeiros contactos, fornecendo referências académicas e bibliografia de apoio. Ao longo dos anos seguintes destacaram-se a cooperação norueguesa com o Norte de Portugal através do projeto NORAD, por influência de Nuno Grande; os contactos de alguns médicos de família com a medicina familiar norte-americana (Canadá e Estados Unidos); e alguns contactos com a Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária e com colegas holandeses.¹⁰

Foi também no ano de 1984 que na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) foram criados o Departamento de Clínica Geral e o ensino da disciplina de Saúde Pública e Medicina Comunitária, que incluía conteúdos da MGF. O ensino da Clínica Geral integrou o plano de estudos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 1987 e o plano de estudos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 1989, tendo sido mais tarde, em ambos os casos, celebrados acordos entre estas instituições de ensino superior e as respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS).⁹

É curioso notar que o primeiro internato de CG, com vista à formação de especialistas em CG e posteriormente em MGF, tem mais de quarenta anos. A primeira geração de médicos que tomou este caminho está agora, muito provavelmente, a terminar a sua carreira. Apesar disto, não é infrequente ser questionado em consulta, por utentes de todas as gerações, pelos motivos que me levaram a não querer “tirar uma especialidade”, ficando apenas como “clínico geral”. Mesmo



com a modificação da designação da especialidade (que ocorreu apenas em 1996), e talvez dada a abrangência da área da atuação, os médicos de família continuam a ser vistos como não-especialistas ou indiferenciados – o que não é verdade desde 1981.

Após a criação do SNS e da carreira de CG surgiu, em 1983, a segunda geração dos centros de saúde. Resultou da mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares já existentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concehlios).⁵ Este modelo organizativo centralista dos centros de saúde contribuiu para a insatisfação e desmotivação dos seus profissionais.⁷

Perante a insatisfação dos profissionais dos centros de saúde surgiram, nos anos 90, alguns projetos experimentais. O Projeto Alfa, implementado em 1996 na Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, constituiu a primeira tentativa de testar um modelo de trabalho em equipa com autonomia de gestão e responsabilização pelo alcance de objetivos. O regime remuneratório experimental (RRE), criado em 1998, constituiu o primeiro ensaio para um novo sistema retributivo, com discriminação positiva em função do desempenho. O projeto Tubo de Ensaio teve origem em 1998 num protocolo entre a Administração Regional de Saúde do Norte e o Departamento de Clínica Geral da FMUP, conduzindo à criação do Centro de Saúde São João, onde foi implementado um novo modelo remuneratório inspirado no RRE.⁷

É com base nestes três projetos que foi impulsionada a grande reforma dos CSP, com a criação oficial das USF em 2005, apesar de ter sido logo em novembro de 1999 que iniciaram funções as primeiras unidades com esta designação, ainda no seguimento do RRE.¹¹

As USF são equipas multiprofissionais compostas por especialistas em MGF, enfermeiros e assistentes técnicos que se associam voluntariamente com vista a uma prestação de cuidados de saúde mais próxima dos cidadãos.¹² As USF elaboram um regulamento próprio, uma carta de qualidade, um plano de ação e têm objetivos e metas a atingir. As equipas recebem incentivos institucionais se cumprirem as metas que contratualizam e os profissionais, no modelo B das USF, são remunerados segundo um sistema misto, com uma componente fixa e uma componente variável, dependente da produtividade e qualidade da presta-

ção de serviços.¹³ Mas as USF não foram a única novidade do novo modelo de CSP. Em 2008 foram criados os agrupamentos de centros de saúde (ACeS), que são serviços desconcentrados da respetiva ARS, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. Cada centro de saúde componente do ACeS é um conjunto de unidades funcionais de prestação de CSP, individualizado por localização e denominação determinadas. Cada ACeS tem uma unidade de saúde pública e uma unidade de recursos assistenciais partilhados; e cada centro de saúde componente de um ACeS funciona com, pelo menos, uma USF ou uma unidade de cuidados de saúde personalizados e uma unidade de cuidados na comunidade ou serviços desta.^{7,14}

A caminhada desde os anos 80 até hoje não foi fácil. Muito do que foi conseguido deveu-se às iniciativas dos médicos de família em torno dos Encontros Nacionais de CG, à publicação de textos e artigos de opinião e debate na RPCG ou no *Jornal Médico de Família*, aos Encontros e Jornadas locais e distritais, à atividade científica e académica dos departamentos ou cadeiras de CG nas faculdades de medicina, à atividade do Colégio de MGF da Ordem dos Médicos e aos sindicatos, que permitiram mudar a forma de ver e praticar a profissão. Foi neste contexto que foi produzido, em 1990, um documento marcante e estruturante para a APMCG.¹⁰ Com o título original *Um Futuro para a Medicina de Família em Portugal*, passou a ser rapidamente conhecido como o Livro Azul, fazendo justiça à cor da capa da primeira edição do documento. O seu conteúdo é um valioso contributo conceptual, pleno de atualidade e de visão. Mais do que um contributo para a evolução e afirmação da especialidade de MGF constitui uma afirmação pela garantia da satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos de forma completa, acessível e de qualidade; e a preocupação pela satisfação dos médicos de família, profissionais de saúde essenciais a um sistema de saúde evoluído e sustentável.¹⁵

MOMENTO ATUAL

A atual reforma dos CSP em Portugal é considerada uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos nas últimas décadas,¹¹ e os seus resultados



estão à vista. Segundo um documento do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e da OCDE, de 2021, Portugal tem das taxas mais baixas de hospitalizações evitáveis por asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes. Estes dados sugerem que a gestão das doenças crónicas pelo sistema de CSP em Portugal é eficaz e melhor do que nos outros países.¹⁶

Existiam, a 30 de abril de 2022, seiscentas e quatro USF. Pela primeira vez, há mais USF modelo B (314) do que modelo A (290) e verificou-se que, entre o final de 2021 e janeiro de 2022, todas as USF modelo A que aguardavam passagem para modelo B, e que cumpriam todos os critérios, concretizaram essa passagem. No entanto, verificou-se que o número de candidaturas a modelo B tem decrescido nos últimos anos, sendo uma explicação possível a desmotivação das equipas pelo tempo mediado entre a candidatura a modelo B e a sua efetiva passagem.¹⁷

E, de facto, nem tudo são coisas boas. Segundo o estudo *O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*, publicado anualmente pela Associação Nacional de USF (USF-AN), os principais problemas encontrados em 2021/2022 foram: a dificuldade em prestar os cuidados de saúde à população devido ao elevado rácio de utentes por médico, o elevado número de unidades ponderadas por médico – que não têm em conta a complexidade de cada utente –, a ausência de medidas de fundo que valorizem os CSP, agravada por problemas com a substituição, recrutamento e mobilidade de profissionais e aumento do trabalho gerado pelas ausências profissionais; a falta de interoperabilidade entre programas informáticos em uso nas USF e insuficiências dos sistemas de informação; a inacessibilidade aos incentivos institucionais (incentivos que foram ganhos pelas unidades e que se têm revelado inacessíveis por obstáculos à sua utilização); os problemas com o cargo de secretário clínico (inexistência de uma carreira e formação); as instalações limitadas; e as dificuldades no relacionamento institucional, entre outras.¹⁷

Outro aspeto merecedor de crítica é o facto de a atividade das USF estar muito focalizada em detalhes organizacionais, com avaliação de desempenho através de indicadores de processo e clínicos – alguns com fraca evidência científica e outros com utilidade muito

discutível. O ideal seria que o desempenho fosse avaliado com base na medição de indicadores que representem ganhos em saúde para as pessoas, respeitando os princípios e a prática da MGF.¹¹

CONCLUSÃO

Os CSP portugueses percorreram um caminho árduo ao longo destes últimos cinquenta anos. São de destacar dois marcos: a criação da carreira e do internato de generalista, nos anos 80, e a grande reforma dos CSP de 2005, que levou à criação das USF e de um novo modo de trabalho. Os resultados obtidos têm colocado os CSP portugueses numa posição cimeira, apesar das inúmeras dificuldades reportadas pelos profissionais. Assim, cabe aos futuros médicos de família honrarem o legado das gerações passadas, continuando a trabalhar por cuidados de saúde com qualidade, privilegiando a relação médico-doente que poderá vir a ser considerada Património Imaterial da UNESCO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. Declaration of Alma-Ata [homepage]. Copenhagen: WHO; 1978. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>
2. World Health Organization. United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [homepage]. Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
3. Santos P, Sá AB, Santiago L, Hespagnol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português [The WONCA tree: Portuguese translation and cultural adaptation]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2021; 37(1):28-35. Portuguese
4. Biscaia AR, Fehn AC, Pereira A. The Portuguese family physician: a narrative. *Cad Saude Publica.* 2019;35(1):e00127118.
5. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal [Primary health care in Portugal]. *Rev Port Saúde Pública.* 2001;vol. temático 2:5-12. Portuguese
6. Decreto-Lei n.º 580/76, de 21 de julho. *Diário da República. I Série;*(169).
7. Pereira TL. Unidades de saúde familiar: a evolução na gestão dos cuidados de saúde primários em Portugal [dissertation]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2012. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/61085>
8. Sousa JC, Sardinha AM, Perez Y Sanchez J, Melo M, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal [Primary health care and general practice in Portugal]. *Rev Port Saúde Pública.* 2001;Vol. Temático(2):63-74. Portuguese
9. Jordão JG. A medicina geral e familiar: caracterização da prática e sua



- influência no ensino pré-graduado [dissertation]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1995. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/2031>
10. Sousa JC. A raposa e as uvas: um olhar sobre a reforma dos cuidados de saúde primários [The fox and the grapes: a look at primary health care reform]. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(2):117-22. Portuguese
 11. Sousa JC. Celebrando 20 anos do regime remuneratório experimental em cuidados de saúde primários: uma reflexão pessoal sobre um percurso único. *Rev Port Med Geral Fam*. 2019;35(5):340-4.
 12. Biscaia AR. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento [The reform of primary care and thought reform]. *Rev Port Clin Geral*. 2006;22(1):67-79. Portuguese
 13. Simões JA. Momento atual e futuro da medicina geral e familiar em Portugal. *Accção Méd*. 2020;84(1):7-14.
 14. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Diário da República*. I Série;(38).
 15. Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; 2016.
 16. Organisation for Economic Co-operation and Development, Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: perfil de saúde do país 2021 (estado de saúde na UE) [Internet]. Paris: OCDE; 2021. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
 17. Biscaia AR, Pereira A, Alves AM, Cardeira R, Rocha L. O momento atual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal 2021/2022: questionário aos coordenadores de USF (relatório do estudo) [homepage]. Lisboa: Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN); 2022. Available from: https://app.box.com/s/hgqj72ajjfrsr4uglqv5ez2wxdbomts?utm_term=Dados+do+Estudo+Momento+Atual+da+Reforma+dos+Cuidados+de+Saude+Primarios+em+Portugal+2021%2F2022++USF-AN&utm_campaign=5%3Fcios+USF-AN_17novembro2021&utm_source=e-goi&utm_medium=email
- CONTRIBUTO DO AUTOR**
Conceptualização, metodologia, *software*, validação, análise formal, investigação, recursos, curadoria de dados, redação do *draft* original, redação, revisão e validação do texto final, supervisão, MAS.
- CONFLITO DE INTERESSES**
O autor declara não possuir quaisquer conflitos de interesse.
- FINANCIAMENTO**
Este manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo.
- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**
Manuel Alberto Silva
E-mail: manuelalbertosilva@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2604-5405>
- Recebido em 12-02-2023**
Aceite para publicação em 15-06-2023

ABSTRACT

PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL: A HISTORY WITH MORE THAN 50 YEARS – THE PERSPECTIVE OF A FUTURE FAMILY DOCTOR

Primary health care in Portugal has a history of more than fifty years, which began in the 70s and was marked by the creation of the general practice career and residency, and for the great reform of 2005 which led to the creation of the family health units. Nowadays, primary health care has presented good results, standing out in the international panorama, despite the multiple difficulties that it finds every day. We must keep up the good work of the past generations, never forgetting the cornerstone of its practice: the doctor-patient relationship.

Keywords: Primary health care; General practice; Family practice; History of medicine.
