

# EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE CENTRO DE SAÚDE NO ÂMBITO DO NOVO ESTATUTO DO S.N.S. E A CRIAÇÃO DO NÍVEL LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

JAIME CORREIA DE SOUSA, LUÍS CAMPOS, MARGARIDA MIRANDA,  
MARIA DOS ANJOS REIS LIMA, MARIA GABRIELA COSTA,  
MARIA MANUELA ORNELAS, MIGUEL GALAGHAR

Centro de Saúde de Ermesinde. Centro de Saúde de Rebordosa. Centro de Saúde de Sr.<sup>a</sup> da Hora. Centro de Saúde de Aldoar. Centro de Saúde de St.<sup>o</sup> Tirso. Centro de Saúde de Vila do Conde. Centro de Saúde de Valongo. Sub-região de Saúde do Porto.

## RESUMO

Os autores apreciam a legislação publicada nos últimos anos sobre a reforma do sistema de saúde em Portugal, nomeadamente a Lei de Bases de Saúde e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, e constataam algumas contradições entre os dois diplomas. Neste trabalho os autores, procuram adoptar a legislação vigente, sobretudo a Lei de Bases de Saúde de 24 de Agosto de 1990, como padrões de referência para a conceptualização de um modelo. Uma das propostas desta lei, a Área de Saúde, é analisada de acordo com o conteúdo funcional aí expresso. Retomando a ideia, os autores aprofundam o conceito propondo a criação de uma função local de administração de saúde, sediada numa Área de Saúde e destinada a uma população de cerca de 30 000 habitantes (de 10 a 50 mil) e dirigida por uma Administração Local de Saúde (A.L.S.). São definidas as funções e a estrutura funcional e organizacional deste órgão sendo igualmente avançadas propostas para a sua composição. No que respeita à estrutura organizacional os autores propõem que, dependendo da Administração Local de Saúde, exista um Serviço de Saúde Pública, um Serviço de Secretaria e Contabilidade, um Serviço Social e outros serviços considerados necessários. É igualmente apresentado o novo conceito de Centro de Saúde, a unidade prestadora de cuidados primários, avançando-se o conceito de Unidade de Medicina Familiar cujas funções, definições e âmbito são apresentadas.

## SUMMARY

### Evolution of the Concept of Health Center in the New Portuguese National Health Service Act and the Local Level of Health Administration

The authors consider the recently passed about the Portuguese health system reform, namely bills Laws 48/90 and 10/93 (the Bases for Health Law and the National Health Service Act) and they existing some contradictions between the two Laws. In this paper the authors try to adopt point out legislation, mainly the Bases for Health Law from August 24, 1990, as a standard for the conceptualization of a model. One of the proposals in this law, the Health Area, is examined according to the functional contents expressed therein. The authors then probe the concept further, suggesting a local health administration function, at in a Health Area and aimed based a population of about 30 000 inhabitants (from 10 to 50 thousand) and headed by a local Health Administration. The duties and the functional and organizational structure of this body are defined; suggestions for its composition are also advanced. Considering the organizational structure, the authors suggest some services to be supervised by the Local Health Administration: a Public Health Service, a Secretariat and Accounting Service, a Social Service and other. The new concept of Health Center, as the primary care providing unit, is introduced, as is the ideia of a Family Medicine Unit, whose functions, definition and scope are proposed.

## INTRODUÇÃO

Vivemos um período de grandes mudanças que irão seguramente afectar o exercício profissional de todos os que desenvolvem a sua actividade principal no Serviço Nacional de Saúde. As propostas políticas sucedem-se, provenientes dos mais diversos sectores, a maior parte das vezes com escassa participação dos directamente interessados. Muito se tem falado e escrito sobre o rumo que devem tomar as reformas do Sistema, mas, infelizmente, poucas contribuições têm surgido vindas de profissionais dos cuidados de saúde primários, um dos sectores chave no desenvolvimento e concretização de qualquer política de saúde orientada segundo parâmetros de garantia de qualidade, em que se promova uma boa acessibilidade, a equidade na utilização dos serviços, a melhor relação custo benefício e uma boa satisfação de prestadores e utilizadores.

Legislação recentemente publicada em que se pretende regulamentar a Lei de Bases do SNS,<sup>1</sup> veio contribuir ainda mais para a indefinição e conseqüente inquietação dos profissionais dos cuidados de saúde primários sobre o seu futuro profissional e sobre o papel a desempenhar pelos Centros de Saúde no Sistema de Saúde. Há, inclusive, contradições aparentes entre a referida Lei de Bases e o Estatuto,<sup>2,3</sup> no que respeita, por exemplo, à formação e papel das Unidades de Saúde, que levaram os autores a debater como levar à prática o conjunto de conceitos expressos na Lei de Bases, conceitos esses que possibilitam o pleno desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, da Clínica Geral/Medicina Familiar e da Saúde Comunitária como elementos fundamentais e base de qualquer sistema coerente.

É o resultado dessa reflexão que se encontra patente neste texto. Assumimos os riscos de que esta se revele tardia em relação a legislação complementar que entretanto possa ter sido emitida. Foi, contudo, impossível produzir este conjunto de ideias de forma coerente e perceptível, num trabalho de equipa, sem longas sessões de debate e confronto de ideias que protelaram a sua divulgação. Se não servir aos responsáveis pela saúde para complementar ou mesmo modificar qualquer proposta de texto legal, que sirva, ao menos, a todos os que lerem estas notas, como ponto de partida para um repensar e reequacionar dos problemas sob uma óptica diferente.

## AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

As Administrações Regionais de Saúde deverão ser responsáveis pelo planeamento de saúde de uma região e pela aplicação, a nível regional, da política de saúde do País; deverão ainda ter um papel regulador na garantia da equidade de acesso a cuidados de saúde por parte dos cidadãos e ser responsáveis pela promoção da utilização racional de recursos financeiros públicos destinados ao sector da Saúde.<sup>4</sup>

## NÍVEL LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Ao nível local situa-se o fulcro do processo de gestão do Sistema. Considerando que as decisões de recurso e utilização de bens e serviços decorrem sobretudo a nível local, é neste nível que se devem situar os mecanismos fundamentais de administração/regulação da utilização dos serviços de saúde.<sup>4</sup>

Tal conceito implica a criação de um nível local de Administração de Saúde (distinto do conceito de gestão de serviços de saúde);<sup>5</sup> este nível deve ser participado pelos profissionais, instituições locais e comunidade, cabendo uma quota parte da responsabilidade à Administração Regional.<sup>4</sup> As tarefas de planeamento e gestão de saúde implicam um certo grau de diferenciação pelo que é recomendável que a equipa responsável por estas tarefas incorpore técnicos com formação na área de administração de saúde.

## ÁREA DE SAÚDE

O âmbito de actuação desta Administração Local de Saúde, a Área de Saúde, poderá ser definido pela área geográfica ou populacional mínima capaz de garantir uma gestão eficiente dos recursos como resultado da proximidade entre técnicos e comunidade; não é recomendável que a Área de Saúde seja definida simplesmente por limites administrativos autárquicos, mas sim que se tenha em conta comunidades que partilham determinados recursos e os movimentos populacionais habituais<sup>1</sup> (utilização de equipamentos colectivos, correios, feiras, comércio, recurso a cuidados de saúde primários ou secundários, farmácias, etc); os limites populacionais devem ter em conta quer a especificidade das regiões de grande concentração urbana, quer as zonas rurais de grande dispersão habitacional mas com grande densidade populacional, quer ainda as de baixa densidade populacional em grandes áreas territoriais.

É desejável que os gestores desta área possam ter uma proximidade suficiente da comunidade para conhecerem os recursos disponíveis, quer ligados organicamente aos SNS, quer aqueles cuja utilização seja necessário promover através de acordos com entidades exteriores ao SNS; recomenda-se que seja progressivamente atribuída aos responsáveis por esta área um maior poder de decisão sobre celebração de contratos, de modo a promover um equilíbrio entre equipamentos de saúde estatais, privados e convencionados que resulte em benefícios para a população.

## A ÁREA DE SAÚDE E O ESTATUTO DO SNS

Para atingir estes objectivos propõe-se a criação de uma *função local de administração de saúde*, abrangendo uma população de 10 a 50 mil pessoas (considera-se ideal 30 mil), sediada numa Área de Saúde.<sup>4,6</sup>

O conceito de Área de Saúde, previsto na Lei de Bases<sup>1</sup> mas não desenvolvido no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde,<sup>2</sup> fica, de certa forma, prejudicado pela criação dos Grupos Personalizados de Centros de Saúde e das Unidades de Saúde;<sup>2</sup> cabe aqui uma chamada de atenção para a nomenclatura utilizada no Estatuto que se recomenda seja revista; assim, sugere-se que se utilizem respectivamente os termos “Grupos de Centros de Saúde” e “Unidades Funcionais de Saúde”<sup>7</sup>. Apesar das críticas à ausência de definição de conteúdo funcional destas duas entidades no Estatuto, a existência do diploma legal e a persistência dos responsáveis do actual ministério em o aplicar “ipsis verbis”, implicam uma solução de adaptação à realidade. Recomenda-se assim que a Área de Saúde possa, em certos casos ser coincidente com os Grupos de Centros de Saúde e noutros com Unidades Funcionais de Saúde. Nas Áreas Metropolitanas, é pouco provável que se obtenham bons resultados de gestão se se vier a juntar Centros de Saúde com populações de várias dezenas de milhar de habitantes em Grupos de Centros de Saúde, agrupando-os depois com unidades de cuidados secundários formando Unidades Funcionais de Saúde, criando-se um complexo ingerível, agravado ainda pela enorme dimensão das unidades hospitalares dos grandes centros urbanos.

#### A ÁREA DE SAÚDE A ADMINISTRAÇÃO LOCAL DE SAÚDE

A Área de Saúde corresponderia praticamente à dimensão dos actuais Centros de Saúde e seria dirigida por uma *Administração Local de Saúde*; os Centros de Saúde tornar-se-iam assim unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, organicamente dependentes do Ministério da Saúde, mas com gestão tão autónoma quanto possível, independentemente dos modelos de gestão e modelos funcionais inovadores que venham a ser experimentados, funcionando lado a lado com unidades de cuidados primários igualmente enquadradas no SNS mas sob outro estatuto.

O conceito de Centro de Saúde previsto no Despacho Normativo 97/83 de 22/4/83 (Regulamento dos Centros de Saúde),<sup>8</sup> na definição do âmbito geográfico, âmbito pessoal e âmbito material, compreendia já a ideia de área de saúde, mas localizava a responsabilidade pela administração de saúde ao nível local como um dos serviços do Centro de Saúde, hierarquicamente dependente da Direcção que acumulava funções de gestão de serviços de saúde com a responsabilidade pela administração de saúde da zona funcional. A ideia de criar uma responsabilidade autónoma pela Administração Local de Saúde, resulta da constatação da necessidade de separar a administração de saúde da sua prestação,<sup>6</sup> sobretudo quando se prevê a diversificação das formas de exercício dos cuidados de saúde, a fim de se atingir uma maior eficácia, de acordo com as novas leis que regulam o sector.

#### FUNÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO LOCAL DE SAÚDE

As funções deste nível de administração são facilmente entendidas quando se considera a possível coexistência numa mesma Área de Saúde de diferentes formas de organização da prestação de cuidados de saúde - unidades de saúde do SNS, profissionais organizados autonomamente convencionados com o SNS, empresas prestadoras

ou Misericórdias, ao nível dos **Cuidados de Saúde Primários** e hospitais privados, clínicas, consultórios individuais ou empresas de cuidados de saúde, ao nível dos **Cuidados Secundários e Terciários**.

Neste contexto, a equipa responsável por este nível local de Administração de Saúde, teria como *funções*: o planeamento adequado às necessidades de saúde da população, a responsabilidade pela promoção de uma correcta utilização de cuidados de saúde, pela prevenção e controlo de situações, pela satisfação dos cidadãos e essencialmente pela garantia da oportunidade de acesso dos cidadãos aos diferentes níveis de cuidados; seria responsável pela aquisição de serviços de cuidados secundários, pela celebração de contratos com entidades convencionadas, pelo licenciamento de instalação de consultórios, clínicas, postos de enfermagem e farmácias; retomaria ainda algumas funções anteriormente atribuídas aos Centros de Saúde<sup>8</sup> (a Autoridade de Saúde, o Planeamento e Controlo, a Saúde Ocupacional, a promoção da Educação para a Saúde Comunitária, a responsabilidade pelo Controlo dos Grupos Populacionais Vulneráveis ou de Risco, a Vigilância Epidemiológica das Doenças Infecto-contagiosas de Grande Impacto Comunitário - como a tuberculose e a Sida, a Vigilância das Doenças Evitáveis pela Vacinação, a Saúde Ambiental, a Saúde Escolar);

Esta funções, que se consubstanciam a nível local pela promoção da utilização dos recursos disponíveis e pela responsabilização e garantia de acesso a recursos mais diferenciados, existentes dentro ou fora da Área de Saúde, adquirem uma importância vital quando se considera a complexidade do sistema, a multiplicidade das formas de organização dos prestadores actualmente existentes e previstas na Lei de Bases e as novas formas em estudo para o financiamento do sistema.

De modo a garantir a absoluta independência deste órgão, essencialmente técnico, em relação quer ao poder central e regional, quer aos próprios profissionais de saúde da área, deverá ser estudada a composição da sua comissão de administração e o acesso aos cargos considerando-se uma componente técnica de administração de saúde, uma componente epidemiológica e de autoridade de saúde, uma componente de gestão de serviços e uma componente clínica, esta eventualmente através de critérios de representação profissional.

Embora não seja, para já, de prever que este Nível Local de Administração de Saúde se assuma como entidade responsável por um orçamento e gestora e pagadora dos cuidados às diferentes unidades prestadoras, é de prever uma maior responsabilização desta entidade, com o apoio técnico das ARS's, na definição e regulação do sistema retributivo dos profissionais, públicos e privados e parecer na fixação dos montantes das tabelas de convenções.

#### COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO LOCAL DE SAÚDE

A composição da equipa dirigente deste organismo de administração de saúde deverá ter uma correspondência directa com as funções anteriormente definidas. A composição desta Comissão deverá variar de acordo com a dimensão populacional ou geográfica da Área de Saúde e com a diversidade das estruturas prestadoras de cuidados.

Resulta óbvio das funções definidas no capítulo anterior que a Autoridade de Saúde Concelhia ou seu substituto (no caso de a Área de Saúde ser de dimensão inferior a um Concelho) tem assento automático neste órgão; a ela se juntarão um representante dos Médicos de Clínica Geral, seleccionado por mecanismos de representação a definir de acordo com as organizações profissionais e um representante dos Profissionais de Enfermagem escolhido por processo idêntico.

Nas Áreas de Saúde de maior dimensão a Comunidade deverá estar representada (através de delegado da Autarquia ou outro), a Administração Regional de Saúde deverá nomear um técnico com diferenciação em Administração de Saúde podendo ainda existir um gestor de serviços, sempre que a dimensão o justifique.

## ESTRUTURA FUNCIONAL E ORGANIZACIONAL

A Administração Local de Saúde deverá adoptar os modelos funcionais e esquemas organizativos apropriados à sua dimensão geográfica e populacional, adaptando-se às necessidades de saúde da comunidade que serve. De acordo com as funções que lhe são atribuídas deverá organizar um Serviço de Secretaria e Contabilidade, um Serviço de Saúde Pública e um Serviço Social; em certos casos poderá ter igualmente Serviços de Medicina Dentária, de Fisioterapia, Técnicos de Nutrição, Psicólogos Clínicos, Optometristas, Podologistas ou serviços de outras especialidades médicas de ambulatório.<sup>9</sup>

**Serviço de Saúde Pública** - Este serviço proporcionará apoio logístico e técnico à Autoridade de Saúde.<sup>10</sup> Deverá ainda conter como áreas funcionais a Epidemiologia e Estatística, a Educação para a Saúde Comunitária, o Controlo dos Grupos Populacionais Vulneráveis ou de Risco, a Vigilância Epidemiológica das Doenças Infecto-contagiosas, o Planeamento e Controlo, a Saúde Ocupacional e a Saúde Ambiental.

Os recursos humanos deste Serviço deverão ser equacionados de acordo com a dimensão da Área de Saúde e deverão incluir médicos de saúde pública, enfermeiras especialistas de saúde pública, técnicos auxiliares sanitários e os funcionários administrativos necessários ao apoio logístico dos restantes profissionais.

O Serviço de Saúde Pública terá funções de prestação directa de cuidados de saúde a grupos populacionais e a indivíduos; deverá articular-se com as Unidades de Medicina Familiar através da concepção *conjunta* de programas de saúde e do planeamento de tarefas e actividades em que deverão ser claramente definidas as áreas de actuação da competência de cada um dos sectores, de acordo com o perfil profissional dos respectivos elementos.

O Serviço de Saúde Pública solicitará periodicamente às Unidades de Medicina Familiar os elementos estatísticos necessários à gestão e avaliação de programas e obrigá-lo-á igualmente a fornecer informação de retorno às referidas unidades.

**Serviço de Secretaria e Contabilidade** - Este serviço tem como atribuições secretariar a Comissão de Administração, assessorá-la em todos os aspectos administrativos, assegurar o funcionamento da tesouraria e executar as tarefas de gestão financeira.<sup>10</sup>

**Serviço Social** - Este serviço tem como funções o apoio específico a pessoas e núcleos familiares em situação de carência social proporcionando-lhes o suporte necessário com especial atenção para o tipo de ajuda requerido; é da competência dos técnicos de serviços sociais conhecer a situação da comunidade em todos os aspectos que possam condicionar a sua actuação (tipo de população, nível socio-económico, estrutura urbanística e das residências, equipamentos dos serviços, instituições, entidades e associações existentes na área de actuação, etc) identificando as necessidades e carências da população e oferecendo informação e orientação sobre os recursos existentes.<sup>11</sup>

Este Serviço deverá ter um número de profissionais e uma dimensão ajustada à área geográfica e populacional abrangida pela Área de Saúde, articulando-se com as instituições locais e regionais de segurança social, públicas, privadas e de solidariedade social.

**Outros Serviços** - De acordo com as necessidades locais outros serviços poderão ser equacionados em cada Área de Saúde.

## OS CENTROS DE SAÚDE

Neste contexto, importa igualmente mencionar as alterações a operar nos Centros de Saúde, de acordo com as ideias atrás expostas. As **unidades prestadoras de cuidados primários** actuarão assim como verdadeiras portas de entrada no sistema, responsáveis pela promoção da saúde e prevenção da doença, pelo primeiro nível assistencial e pela garantia dada aos cidadãos da continuidade assistencial durante e após a utilização de outros níveis de cuidados.

As **unidades de saúde locais**, os **Centros de Saúde** deverão ser consideradas como a base essencial da assistência às populações na esfera dos cuidados primários; os profissionais organizados autonomamente convencionados com o SNS, as empresas prestadoras e as Misericórdias, deverão ser situações de prestação complementar, sempre que as necessidades locais e a lógica do planeamento assim o determinarem.

A existência de uma rede de Centros de Saúde cobrindo todo o território Nacional, com sólida inserção comunitária, com planos de actividades com forte componente de prevenção primária e com uma população habituada a utilizá-los e o investimento único feito no nosso País na construção de raiz e na transformação de instalações destinadas à prestação de cuidados primários, são vantagens que convém preservar em qualquer transformação a operar no Sistema.

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

A gestão empresarial de unidades de saúde do SNS, se bem que aceitável, será de considerar apenas quando se puderem assegurar regras e contratos de prestação de cuidados e garantir aos cidadãos utilizadores cuidados de

saúde de qualidade, com igualdade de direitos e regalias com os restantes beneficiários do SNS. Em alternativa, será importante rever o modelo de gestão e o modelo funcional dos Centros de Saúde, substituindo o actual Regulamento dos Centros de Saúde, de forma a permitir uma lógica de gestão desfuncionalizada e desburocratizada, com maior autonomia.

A autonomia da gestão, a par de uma maior responsabilização pelos resultados obtidos deverá ser a lógica de funcionamento destas unidades. Muito embora estas unidades de saúde não sejam empresas comerciais, a gestão deverá, contudo, ser o mais próxima possível da gestão empresarial, tomando em consideração a realidade sócio-cultural local.<sup>4</sup>

Cada Centro de Saúde poderá conter no seu seio uma ou mais Unidades de Medicina Familiar.

### AS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR - FUNÇÕES

As unidades elementares prestadoras de cuidados de saúde dentro dos Centros de Saúde são as Unidades de Medicina Familiar<sup>12</sup> que deverão abranger os domínios da prevenção primária, secundária e terciária, nas instalações de saúde, nos domicílios dos utentes ou noutras locais da comunidade.

As funções destas unidades deverão incluir:<sup>9,10,13,14</sup>

- a) cuidados acessíveis e continuados aos indivíduos e às famílias que optem pela inscrição num dos Médicos de Família da equipa;
- b) atendimento em situações de urgência em moldes a definir caso a caso;
- c) cuidados de enfermagem aos indivíduos e às famílias;
- d) medidas especiais dirigidas a grupos vulneráveis (crianças, adolescentes, grávidas, idosos, deficientes e outros);
- e) promoção da saúde das crianças em idade escolar inscritas nos médicos de família da UMF;
- f) exames complementares de diagnóstico
- g) tratamentos
- h) fornecimento de medicamentos, vacinas e outros produtos essenciais;
- i) assistência a doentes internados, quando as unidades de saúde possuam sector de internamento;
- j) orientação e seguimento dos doentes na utilização de outros serviços de saúde, através da referência;

### AS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR - DEFINIÇÃO E ÂMBITO

1. Uma Unidade de medicina Familiar (UMF) deve servir uma base populacional média de 9000 habitantes a que deverão corresponder 6 médicos, 6 enfermeiros e 3 administrativos;<sup>12</sup> poderá, em certos casos assegurar cuidados de saúde a populações menores ou maiores (6 000 a 12 000), devendo-se então ajustar o número de profissionais mantendo as proporções relativas (4 a 8 médicos, 4 a 8 enfermeiros e 2 a 4 administrativos).

2. Cada UMF assegurará a prestação de cuidados de saúde a um conjunto de cidadãos que optaram pela inscrição num dos Médicos de Família da equipa, sem prejuízo de os cuidados serem assegurados por qualquer

dos restantes em caso de ausência ou indisponibilidade do respectivo médico.

3. Cada UMF acordará com a Administração Local de Saúde num Plano de Actividades que incluirá certas actividades complementares para além do conjunto base de tarefas decorrentes do perfil profissional dos seus membros.

4. As UMF contratadas ou organicamente dependentes do SNS poderão acordar com as ALS um pagamento por salários, orçamento, remunerações dos profissionais de acordo com contratos individuais ou outra forma.

5. O sistema retributivo dos médicos de clínica geral deverá ser constituído por diversos componentes: um salário base, um pagamento por capitação corrigida para a idade, pagamentos por acto, pagamento de tarefas relacionadas com o cumprimento de programas de saúde, serviços de turnos e compensações de inospitalidade; deverá ainda haver remunerações adicionais para orientação de formação, docência e coordenação de actividades ou grupos de trabalho;<sup>9</sup> é desejável incluir uma indexação relacionada com a graduação na carreira e o cumprimento de programas de formação contínua devidamente creditados. Os restantes profissionais da UMF acordarão formas de pagamento em função do seu estatuto profissional e do sistema retributivo em vigor.

6. As UMF deverão dispor de modelos de gestão e sistemas organizacionais próprios e com completa autonomia,<sup>12</sup> subordinadas aos contratos estabelecidos com as ALS.

7. As UMF deverão dispor de sistemas de informação que garantam o fornecimento de dados necessários à gestão, assegurem a continuidade de cuidados e permitam a utilização de programas de garantia de qualidade.<sup>12</sup> A utilização de equipamentos e programas informáticos específicos deverá ser rapidamente generalizada a todas as UMF.

8. Cada UMF terá um médico coordenador que será responsável perante a ALS pelo cumprimento dos programas acordados com a equipa.

9. Uma UMF poderá possuir instalações autónomas quando, por exemplo, ocupar integralmente uma unidade de saúde. Em certas situações poderão coexistir várias UMF num mesmo edifício formando um Centro de Saúde; neste último caso um dos médicos coordenadores assegurará funções de coordenação do conjunto das UMF. Como em certos edifícios poderão igualmente estar alojados outros serviços - a Administração Local de Saúde, os Serviços de Saúde Pública, Administrativos, ou outros, deverão ser estudadas caso a caso soluções que adequem a gestão dos espaços aos diferentes serviços existentes.

### CONCLUSÃO

Os autores confirmam a existência de contradições entre o conteúdo da Lei 48 / 90 (Lei de Bases)<sup>1</sup> e o Decreto-Lei 10/93 (Estatuto do SNS),<sup>2</sup> como aliás já o Documento do Fórum Médico<sup>3</sup> evidenciara. No que respeita aos Cuidados de Saúde Primários, as alterações verificadas no articulado legal entre o primeiro e o segundo diploma trazem poucos benefícios aparentes e são geradoras de grande desconfiança por parte dos profissionais que não foram ouvidos na concepção de legislação tão importante como a referida.



No presente texto fornecem-se algumas pistas de trabalho para o desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários que correspondam ao estabelecido na Constituição e na Lei de Bases. Alguns dos documentos consultados para a elaboração do presente texto constituem já, por si só, valiosos contributos para o desenvolvimento de alternativas, desde que as autoridades competentes tenham sensibilidade para aproveitar as recomendações aí expressas.

Existem diversos sistemas organizativos capazes de proporcionar a criação de uma rede de estabelecimentos de saúde prestadores de cuidados de saúde primários. Neste trabalho procurou-se adoptar a legislação vigente, sobretudo a Lei de Bases de Saúde de 24 de Agosto de 1990,<sup>1</sup> como padrão de referência para a conceptualização de um modelo.

Como questões determinantes do sucesso e insucesso das reformas em curso que urge debater com todos os interessados destaca-se:

- Financiamento do Sistema de Saúde
- Modelos de Gestão
- Estrutura Organizativa do SNS
- Sistema Retributivo dos Profissionais
- Formação Profissional e Garantia de Qualidade
- Papel relativo dos estabelecimentos públicos e privados no Sistema de Saúde

Recomenda-se que estes temas venham a constituir matéria de debate entre as partes interessadas: profissionais, através das suas organizações de classe, autoridades e comunidade.

## AGRADECIMENTOS

Ao Colega Miguel Andrade, pelo impulso dado a este Grupo de Trabalho.

Aos Colegas Mário Moura e Vitor Ramos, por terem disponibilizado ao Grupo textos e documentos, alguns ainda inéditos, e que em muito contribuíram para enriquecer esta reflexão.

Aos restantes Colegas que participaram no Curso para Gestores de Unidades de Saúde promovido pela Adminis-

tração Regional de Saúde do Porto, por terem possibilitado a formação deste grupo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Assembleia da República: Lei nº 48/90. Diário da República I Série 1990; 195: 3452-8.
2. Ministério da Saúde: Decreto-Lei nº 10/93. Diário da República I Série 1993; 12: 126-38.
3. Fórum Médico: Estatuto do Serviço Nacional de Saúde Análise e Recomendações. Revista Ordem dos Médicos, 1993 Maio; Destacável.
4. MOURA M: Gestão de Unidades de Saúde. Setúbal 1994 Março. Documento de trabalho inédito.
5. RAMOS V: Níveis e Funções de Gestão no Sistema de Saúde. Relatório do Workshop O Sistema de Saúde e a Gestão das Unidades de Saúde. Lisboa 1994 Fevereiro. Documento de trabalho inédito.
6. Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Condições para a Mudança na Medicina Familiar em Portugal. 1993 Novembro. Documento de trabalho inédito.
7. MENDO P et al: Zona Funcional Hospitalar Zona Funcional de Saúde um Novo Modelo de Organização na Prestação de Cuidados de Saúde. O Médico, 1992; 127: (2071) 26-28.
8. Ministério dos Assuntos Sociais. Despacho Normativo nº 97/83. Diário da República I Série 1983; 93: 1439-53.
9. Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Um Futuro para a Medicina de Família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais APMCG. 1991.
10. Grupo de Trabalho da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Projecto de Regulamento dos Centros de Saúde. Lisboa 1992 Setembro/Outubro. Documento de trabalho inédito.
11. ZURRO AM, FERRERO XP, BAS CS: A equipa de Cuidados de Saúde Primários. In: Zurro AM, Pérez JFC, editores. Manual de Cuidados Primários. Lisboa: Farmapress Edições, 1991: 35-6.
12. RODRIGUES A, BISCAIA JL: Pensar uma Unidade de Medicina Familiar. Rev Port Clin Geral 1991; 8: 248-53.
13. Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Decreto-Lei nº 310/82. Diário da República I Série 1982; 177: 2283-98.
14. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 73/90. Diário da República I Série 1990; 54: 958-70.