

Médico de família: mudanças organizacionais e reconfigurações profissionais

Lurdes Teixeira

Instituto Politécnico de Saúde do Norte - CESPU e CIES-IUL, Porto, Portugal, mlurdest20@gmail.com

Resumo: A medicina geral e familiar emerge num contexto em que impera a especialização do conhecimento médico e a supremacia da medicina hospitalar, onde predomina o recurso à tecnologia e ao conhecimento de vanguarda. O percurso socio-histórico do médico de família, inextricavelmente associado ao centro de saúde, tem remetido este especialista e a especialidade para posições menos reconhecidas e menos prestigiadas socialmente. Em 2005 inicia-se a reforma dos cuidados de saúde primários, tendo como principal objetivo recentrar este nível de cuidados na estrutura global dos serviços de saúde e propondo uma profunda reconfiguração do centro de saúde. Uma das primeiras medidas preconizadas foi a criação da Unidade de Saúde Familiar, um novo modelo de organização baseado num sistema de contratualização de serviços. Partindo dos resultados de uma investigação (um estudo de caso), realizada em simultâneo com a implementação da reforma, discute-se a mudança que se operava nas esferas organizacional e profissional. Das várias dimensões analíticas, considera-se a temporalidade antes da reforma – o médico de família no Centro de Saúde; e depois da reforma – o médico de família em USF.

Palavras-chave: médico de família, centro de saúde, políticas de saúde, unidade de saúde familiar, reconfiguração socioprofissional.

Family Doctor: organizational changes and professional reconfigurations

Abstract: The general and family medicine emerges in a context dominated by the specialization of medical knowledge and the supremacy of hospital medicine, where predominates the use of technology and the vanguard knowledge. The socio-historical course of the family doctor, inextricably linked to the health center, has submitted this specialist and specialty for positions less recognized and less socially prestigious. In 2005 begins the reform of primary health care, with the primary objective to refocus this level of care in the overall structure of health services and proposing a profound reconfiguration of health center. One of the first measures was the creation of the Unity Family Health, a new model of organization based on a contract system. According to the results of an investigation (one case study), carried out simultaneously with implementation of the reform, we discuss the change that was taking place in organizational and professional spheres. Of the various analytical dimensions, we consider the temporality before reform – the family physician at the Health Center; and after reform – the family physician in the USF.

Keywords: family practitioner, health center, health policies, family health unit, socio-professional reconfiguration.

Introdução

Inseparável das orientações políticas que preconizam um serviço nacional de saúde centrado nos cuidados de saúde primários, o médico de família encontra-se inextricavelmente ligado à implementação do Centro de Saúde (CS) em 1971. O médico de clínica geral, hoje redenominado médico de medicina geral e familiar, exerce a sua atividade predominantemente em organismos de cuidados de saúde primários. É, portanto, inevitável que as transformações políticas e organizacionais da unidade centro de saúde exerçam forte influência na evolução e reconfiguração deste segmento de profissionais que, embora integrando o universo da profissão médica, apresenta um percurso socio-histórico de peculiar singularidade.

Portugal, à semelhança de outros países, tem preconizado uma política de saúde global centrada nos cuidados de saúde primários, defendendo os chamados cuidados de proximidade, geograficamente descentralizados e localizados juntos das populações. A este nível de cuidados são, comumente, reconhecidas inúmeras vantagens: mantém um sistema de vigilância da saúde dos cidadãos, são responsáveis pela prevenção da doença, protegendo a saúde do indivíduo e reduzindo os custos do tratamento da doença quando esta se instala, promovem o acompanhamento da doença crónica, em acentuado crescimento pelo envelhecimento da população, entre muitas outras. É nesta lógica de um pensamento político, fundado em velhos postulados científicos e em antigas e recentes preocupações económico-financeiras, atentas aos custos do tratamento em meio hospitalar, que os cuidados de saúde primários se têm imposto no plano das diretrizes políticas como a base dos serviços de saúde dos países desenvolvidos.

No entanto, e apesar da propalação desta ideologia, na realidade concreta os cuidados hospitalares têm assumido, desde sempre, a primazia nas preferências de profissionais e cidadãos, dando origem ao chamado hospitalcentrismo que tem caracterizado o nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta supremacia do hospital e da medicina hospitalar tem remetido a Medicina Geral e Familiar (MGF) e o centro de saúde para posições menos reconhecidas e menos prestigiadas socialmente.

Em 2005 inicia-se uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com um objetivo principal de (re)centrar os CSP na estrutura global de serviços e cuidados. Coincidentemente, desenvolvemos uma investigação sobre o centro de saúde e a nova Unidade de Saúde Familiar (USF) ao mesmo tempo em que as novas medidas políticas eram introduzidas neste setor. Este facto permitiu a observação direta e em tempo real dos processos de mudança, ou de permanência, desencadeados pelas medidas reformativas. O estudo visava obter um conhecimento aprofundado da reforma dos CSP, nos vetores organizacional e profissional, com o objetivo, entre outros, de confrontar o exercício da profissão de MGF antes da reforma, no antigo centro de saúde, e depois da reforma, na nova Unidade de Saúde Familiar (USF). Trata-se de um estudo de caso, cuja pesquisa empírica foi realizada num centro de saúde e em duas USF da área metropolitana do Porto, utilizando como principais técnicas de pesquisa a entrevista e a observação participante. Das várias dimensões analíticas que emergiram do material empírico, recortamos duas temporalidades políticas e organizacionais que enquadram distintamente o exercício da MGF: antes da reforma – o médico de família no centro de saúde; e o médico de família na Unidade de Saúde Familiar, a primeira nova unidade a ser criada e que representa igualmente um novo modelo de organização do trabalho.

Neste artigo começamos por apresentar uma breve contextualização socio-histórica do profissional médico de família, bem como das redenominações do especialista, e da especialidade que o diferencia técnica e cientificamente. Estas reconfigurações nominais, não sendo simbolicamente inócuas, integram um trajeto profissional amplamente marcado pela história do centro de saúde.

De seguida apresentamos, ainda que sumariamente, o novo desenho organizacional resultante da reforma dos CSP que, inevitavelmente, reenquadra o médico de família nas novas estruturas e nos novos modelos de trabalho.

Face a este contexto de mudança e aos novos cenários organizacionais criados pela reforma, questiona-se a condição socioprofissional do especialista e faz-se o confronto entre o exercício da medicina familiar no centro de saúde e na USF.

1. Clínica Geral ou Medicina Familiar? contextualização socio-histórica da emergência de uma nova especialidade

No século XIX surgiu, no Reino Unido, a figura do *general practitioner*, um novo tipo de agente de saúde que tendo cumprido os estudos se encontrava licenciado para exercer pelos três colégios reais – o dos médicos, o dos cirurgiões e o dos farmacêuticos, encontrando-se, assim, habilitado para fazer tudo o que era necessário e possível para diagnosticar e tratar dos doentes (Pinto, 1996, 284). Surge assim o clínico geral, figura que ficará associada à de médico de periferia, que, com maior ou menor desenvoltura, procurava resolver todos os problemas da saúde e aliviar o sofrimento dos seus doentes.

Os clínicos gerais deixaram atrás de si um rasto de “simpatia e prestígio” (Veloso, 2000, 69). É a fase do “João Semana¹” (Ramos, 1987) na clínica geral. Mas este modelo de médico desinteressado não resistiu ao desenvolvimento científico e tecnológico da medicina do século XX (Branco *et al*, 1984; Pinto, 1996; Moura, 1987; Ramos, 1987; Veloso, 2000). Nesta altura, os progressos da medicina hospitalar foram espetaculares nos diversos campos. As potencialidades terapêuticas dos novos fármacos, as novas técnicas cirúrgicas, a introdução da anestesia e as condições de assepsia, entre outros, desenvolviam-se e praticavam-se no hospital, e este deixou de ser o local onde acorriam os pobres e os indigentes e transformou-se em lugar de investigação científica e tecnológica. A medicina curativa passou a ser vedeta e as generalidades iriam dar lugar às especialidades (Veloso, 2000, 32 e 69).

As especializações atraíam os médicos, cada vez mais confiantes na eficácia da medicina curativa e no prestígio associado aos cuidados hospitalares. A clínica geral vê-se arredada dos centros de produção e de exercício do conhecimento científico – os hospitais – e entra num período de latência (Moura, 1987, 6), quase tendo desaparecido em muitos países (Ramos, 1987). Estávamos na fase de larga implantação do chamado paradigma biomédico, um modelo de prática médica centrado na visão cartesiana do homem, que equipara o corpo a uma máquina, tratando da doença, esquecendo o doente.

¹Uma figura da literatura portuguesa que integra até hoje o imaginário coletivo da medicina geral e familiar. O médico dos pobres, como também ficou conhecido. Tinha qualidades humanas excecionais, concretizadas em práticas de inextinguível abnegação, amor e solidariedade para com o próximo. Esta figura é profusamente referida em diversos artigos da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Veja-se, por exemplo, “Origens, decadência e renascimento da Clínica Geral. Do João Semana aos nossos dias”, de Alexandre de Sousa Pinto (1996), onde o autor questiona o epíteto “pobre” tantas vezes aplicado ao médico João Semana.

A biomedicina encontra excelentes condições de desenvolvimento e enraizamento nas práticas médicas hospitalares, servindo como importante reforço da importância do hospital e do domínio desta instituição – o chamado hospitalocentrismo.

No final dos anos 60 do século XX surge um movimento de crítica à profissão médica. Põe em causa a eficácia dos atos médicos (Illich, 1975), chamando a atenção para os elevados efeitos de iatrogenese (médica e farmacológica) e para a desumanização dos cuidados prestados nas estruturas hospitalares, demasiado tecnicistas e reducionistas do sujeito à vertente biológica da sua existência. A emergência da medicina familiar é, para Mauksch (1976, 282), o sintoma de um complexo desconforto com a despersonalização dos cuidados, os avanços clínicos e os profissionais de saúde.

Um conjunto de fatores de índole sociodemográfica reforça a ideia da desadequação dos sistemas de saúde hospitalocêntricos. As alterações que já vinham a ocorrer nas causas de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos provocam um aumento do consumo de cuidados de saúde. A modificação da estrutura demográfica, com o crescente envelhecimento das populações, leva a um aumento das doenças crónicas e, conseqüentemente, dos cuidados continuados (Branco *et al*, 1984; Ramos, 1987), provocando uma alteração na estrutura das necessidades de cuidados de saúde.

Na década de 70 surgem associações profissionais em vários países e a clínica geral entra numa fase de implantação nos sistemas de saúde. Em 1972 é criada a WONCA (World Organization of National Colleges Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde reconhece que a maior parte dos sistemas de saúde do mundo não dá resposta aos problemas de saúde das populações. E, em 1978, a conferência de Alma-Ata vem afirmar a responsabilidade dos governos pela saúde das populações, preconizando como uma das principais metas que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita ter uma vida social e economicamente produtiva. “Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que esta meta seja atingida” (Who, 1978).

Reconhecida a importância dos cuidados de saúde primários a nível mundial, a clínica geral entra numa fase de clara expansão numérica, implantando-se na generalidade dos países desenvolvidos.

1.1 A medicina geral e familiar em Portugal

Quando os centros de saúde são criados, em 1971, coexistentes com os serviços médico-sociais, o hospital, o lugar onde se pratica e desenvolve a medicina moderna, era já nesta altura reconhecido como um espaço de concentração tecnológica e um centro de produção do saber. É neste contexto em que ao hospital corresponde cada vez mais a hiperespecialização e a cientificização da prática clínica que emerge a clínica geral, associada a uma medicina avulsa, clinicamente pouco exigente e cientificamente pouco diferenciada. Neste contexto emerge uma nova especialidade, primeiramente designada de clínica geral, marcada por forças simbólicas que polarizarão a medicina hospitalar e a clínica geral numa hierarquia de prestígio e reconhecimento social em que a segunda surge subordinada à primeira.

A profissão de médico de família tem a sua origem histórico-legal na década de oitenta, quando foi criada, primeiramente, a carreira de generalista, através da Portaria 444 – A/1980, de 28 de julho, mais tarde redenominada carreira de clínica geral (Decreto

Regulamentar nº 16/1982, de 26 de março). A carreira de clínica geral, “sem história, comparativamente com a consolidação histórica da carreira médica hospitalar” (Carapinheiro e Hespanha, 1997, 10), é criada em 1982², pelo Decreto-Lei nº 310/1982, de 3 de agosto, dando origem a um campo científico que, embora inscrito na matriz científica da medicina, se vigorava num conjunto constelações teóricas que haveriam de definir a ideologia distintiva da identidade deste grupo de profissionais, de que se destacam as abordagens de globalidade e proximidade da doença.

Em 1984, dois anos após a criação da carreira de clínica geral, Branco *et al*, (1984, 10) diziam: “o clínico geral é, hoje, em Portugal, herdeiro das Caixas, rebatizadas de Serviços Médico-Sociais e de Serviço Médico à Periferia”. Três décadas depois desta afirmação, que herança ainda acompanha hoje o especialista e a especialidade, agora, de medicina geral e familiar?

A primeira dificuldade que se nos coloca é a de fazer o recorte temporal na história recente do pensamento e das políticas de saúde. Encontrar o *quando* – temporal, social e político – do início da construção do património simbólico e profissional da medicina geral e familiar contemporânea conduz-nos até à década de 40, quando Portugal assina a Convenção Sanitária Internacional, cria as Autoridades Sanitárias e define as atribuições dos Médicos de Saúde Pública. Ainda na década de 40, a criação das Caixas de Previdência visava estender os serviços de saúde a um maior número de beneficiários. Como dizem Branco *et al* (1984, 10):

“As caixas tiveram um papel importante na garantia de assistência médica curativa, porém a sua acção foi-se deteriorando progressivamente, mercê do facto de revestir o papel de segundo emprego (...) e de à qualidade dos actos médicos se ter sobreposto a quantidade de doentes a observar, necessariamente à pressa e mal.”

Pinto (1996, 283-284) considera que um quarto de século de “caixificação” desacredita o sistema de cuidados e não deixa incólume os profissionais. A imagem de desprestígio do médico da “caixa” associa-o a um lugar de menoridade científica e social, muito diferente do estatuto do médico hospitalar. O “médico da caixa” presta cuidados na rede dos Serviços Médico-Sociais, uma estrutura de cuidados de saúde financeiramente custeada pelas contribuições dos trabalhadores feitas para a Federação das Caixas de Previdência.

Na opinião de Biscaia *et al* (2006, 24) é, igualmente, a batalha contra a pobreza e as desigualdades que está na base da criação dos centros de saúde na década de setenta, levando para este organismo as clientelas mais pobres e possuidoras de menor nível de educação, impondo-se a associação identitária dos grupos profissionais que ali trabalham com a dos consumidores, pelo que ao segmento profissional que se ocupa destas populações é normalmente atribuído menor prestígio social (Ruivo, 1988, 24).

A implementação da especialidade de clínica geral inicia-se nos anos setenta (Biscaia *et al*, 2006). Embora ainda não esteja institucionalizada, é nesta década que acontece um conjunto de iniciativas com vista à sua criação. No período pós-revolucionário, procurou-se democratizar o acesso a cuidados médicos e combater as enormes assimetrias na oferta de serviços (Carapinheiro e Pinto, 1987), para o que foi criado, em 1975, o Serviço Médico à Periferia (SMP), a cargo de jovens médicos. Ramos

² Em 1980 havia já sido criada a carreira de generalista (portaria 444/A/1980, de 28 de julho), justificada pela necessidade de incrementar a função de clínico geral. Em 1982, é feita uma reformulação das carreiras médicas. O Decreto-Lei nº 310/1982, no seu ponto 13, cria a carreira médica de Saúde Pública, a carreira médica hospitalar e a carreira médica de Clínica Geral.

(1987, 163) acrescenta que o SMP servia igualmente como válvula de escape e compasso de espera a numerosos médicos que aspiravam regressar aos hospitais para se especializarem.

Em 1974 dá-se início a um projeto de Cooperação entre Portugal e a Noruega, no âmbito da Agência Norueguesa para o Desenvolvimento, que visava a criação de uma rede de CSP no distrito de Vila Real. Igualmente importante é a vinda a Portugal de uma comissão de médicos ingleses do Royal College of General Practitioners com o objetivo de apoiar a criação da especialidade no nosso país. Esta mesma comissão virá depois a elaborar, em 1979, documentos sobre o clínico geral.

Para Pinto (1996) o renascimento da clínica geral apareceu como um remédio pela via legislativa, porque era necessário reestruturar a prestação de cuidados ambulatoriais, e também porque o sistema tinha excesso de médicos, recém-formados e com aspiração a especialistas hospitalares. Mas “nesse tempo já havia serviços hospitalares onde havia mais médicos do que doentes (...) A especialização em generalista surgiu como uma alternativa oportuna” (Pinto, 1996, 284).

Em 1981 e 1983 são criados os Institutos de Clínica Geral, (portarias nº 767/1981; 539/1982 e 520/1983). Estes Institutos (do Sul, do Centro e do Norte) surgem com o objetivo de oferecer formação específica aos médicos de clínica geral³. Em 1999 estes organismos foram extintos, pela portaria nº 288/1999, e a formação da especialidade em clínica geral passou a ser oferecida pelas faculdades de medicina.

Antes da criação da especialidade, ainda em 1981, são colocados os primeiros médicos de clínica geral, então designados de “Generalistas” (Moura, 1987, 7) e, logo em 1982, é criada a carreira de clínica geral. Com a implementação da carreira de clínica geral surge, em 1982, o Colégio da Clínica Geral na Ordem dos Médicos e, em 1983, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, que começa a editar a Revista Portuguesa de Clínica Geral a partir do ano de 1984 (hoje redenominadas, respetivamente, de Associação de Medicina Geral e Familiar e Revista de Medicina Geral e Familiar). Ainda em 1984 é criada a Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários e extinta a Direção Geral da Saúde e os Serviços Centrais dos Serviços Médico-Sociais. Em 1986 é constituído o departamento de Clínica Geral na Faculdade de Medicina do Porto, e em 1987 o da Faculdade de Medicina de Lisboa. Em 2000 todas as Faculdades de Medicina têm um Departamento de Clínica Geral.

Nesta sequência, a profissão de clínica geral emerge imersa num conjunto de antecedentes socio-históricos que a dissociam da medicina praticada nos centros de produção e reprodução do conhecimento médico. Talvez por isto, quando os médicos de clínica geral, alguns ainda sem formação especializada, “foram colocados nos serviços de saúde oficiais depararam de imediato com graves problemas e dificuldades que ameaçavam a sua identidade específica, a sua autonomia técnica e a sua dignidade profissional e humana” (Ramos, 1987, 165).

Para além deste passado, a MGF está, desde a sua génese, envolta numa teórica e real controvérsia: é que se à especialização está inerente uma necessária fragmentação do saber, a que corresponde um aprofundamento técnico e científico de cada domínio, a

³ A formação seguiu dois modelos específicos: 1) o Internato Complementar de Clínica Geral, com o modelo semelhante aos outros internatos e 2) a Formação Específica em Exercício (portarias 712/1986 e 420/1990), destinada a médicos que já se encontravam em exercício. Esta modalidade consistia em formação em sala de aula e estágio hospitalar. Quando concluída, era conferido o grau de Assistente de Clínica Geral (cfr. Biscaia et al, 2006, 45).

MGF inscreve-se num território de formação e atuação que se define, em si mesmo, pela globalidade do conhecimento e da intervenção. Segundo a definição de MGF da European Academy of Teachers in Genral Practice/Famaly (Wonca, 2011), a medicina familiar representa o primeiro contacto do cidadão com o sistema de saúde e proporciona um acesso aberto e ilimitado a todos os utilizadores. Os especialistas de MGF prestam cuidados abrangentes e continuados a todas as pessoas, considerando os contextos familiar, comunitário e cultural, tendo em conta fatores físicos, psicológicos, culturais e existenciais. Considera-se ainda que o especialista de MGF mantém uma relação de proximidade e de continuidade com a doença e os doentes, dando resposta às mais diversas necessidades de saúde, do diagnóstico ao tratamento, da doença aguda à crónica, com especial enfoque na prevenção e promoção. Este vasto campo de intervenção, cujas fronteiras são determinadas fundamentalmente pelas necessidades do doente, pode atribuir ao especialista características de um poliespecialista generalista. Ou, pelo contrário, retirar-lhe reconhecimento social ao identificá-lo como o médico de tudo e de nada em particular.

Incomparável ao médico hospitalar, o profissional de MGF tem percorrido uma trajetória profissional profundamente marcada (e condicionada) pelo legado dos Serviços Médico-Sociais e das antigas Caixas de Previdência, desde sempre associados a cuidados indiferenciados, técnica e clinicamente menores, e fundamentalmente destinados aos mais carenciados. Esta constelação simbólico-social transfere-se, em forma de herança, para a instituição centro de saúde e para a profissão de médico de família. Cristaliza-se no imaginário coletivo e vai perdurando nas designações e no uso corrente da linguagem do cidadão (“ir à caixa”; “ir ao médico da caixa”), lado-a-lado com a história do centro de saúde e com a carreira de MGF.

Ao longo das últimas décadas, centro de saúde e médico de MGF foram ocupando lugares na marginalidade científica, distantes da posse e do uso do conhecimento científico e tecnológico (Teixeira, 2012). A menorização dos cuidados primários e do centro de saúde reflete-se, inevitavelmente, nas imagens projetadas. A “caixificação” e o desprestígio, a desqualificação dos saberes e dos cuidados, frequentemente associados a intervenções simples e à prescrição/renovação de terapêutica, espelham-se na identidade socioprofissional e funcionam como invólucro da imagem social destes profissionais, quer junto dos médicos hospitalares quer na relação com o doente.

Marcada por uma linha ideológica claramente defensora da importância dos CSP e da MGF, a reforma do centro de saúde propõe-se reconfigurar todo o setor, reafirmando o lugar de primazia que profissionais e serviços devem ocupar na ordem institucional e na rede de procura do cuidado. Mas para se perceber o impacto da reforma no âmbito da profissão de médico de família, vejamos primeiramente os eixos centrais das medidas políticas que a sustentam.

2. A reforma dos cuidados de saúde primários: dos preceitos legais

A reforma inicia-se em 2005, com a entrada em funções do novo governo, liderado pelo partido socialista. A primeira iniciativa ministerial foi a criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos CSP (Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 27 de Abril), constituído pelos próprios profissionais e, na sequência deste, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12

de Outubro), entidade que virá a supervisionar o processo de implementação da reforma durante os anos de 2005 a 2010.

Várias vezes designada como uma “grande reforma” revelou-se um processo de grande complexidade administrativa e orgânica. Propunha uma profunda reconfiguração do centro de saúde, atribuindo-lhe uma nova designação, agregando-o e criando novas unidades prestadoras de cuidados. No entanto, e apesar da reforma redesenhar organizacional e administrativamente todo o setor dos CSP, a primeira medida implementada foi a criação de uma nova unidade de cuidados – a Unidade de Saúde Familiar, logo em 2006 (Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro).

As USF têm origem através de uma candidatura autoproposta pelos próprios profissionais e são formadas por “equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde” (Despacho Normativo nº 9/2006). Gozam de autonomia organizativa, técnica e funcional e têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica (com um mínimo de 4.000 e um máximo de 18.000 indivíduos). O modelo de trabalho e de produção de cuidados assenta num plano de ação do qual consta o compromisso assistencial, os objetivos, os indicadores e as metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência (Decreto-Lei nº 298/2007, artº 6º). Aos profissionais aplica-se um regime de suplementos, associado à lista de utentes, ponderada quanto às suas características, num sistema de contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes mais vulneráveis ou de risco. As candidaturas são efetuadas eletronicamente. Numa primeira fase eram submetidas através da página na internet da MCSP, a partir da extinção deste organismo são enviadas através da página eletrónica da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS).

Dado nem todas as USF se encontrarem no mesmo patamar de desenvolvimento organizacional, foram criados modelos diferenciadores que procuram refletir o grau de autonomia organizacional. Assim, são propostos três modelos: o modelo A para as USF do setor público administrativo com regras e remunerações que se regem pelo regime legislativo geral da administração pública; o modelo B para as USF com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando uma retribuição base, suplementos e compensações; e o modelo C para USF do setor público e privado.

A carteira básica de serviços (ou compromisso assistencial nuclear) define o que é obrigatoriamente contratualizado em cuidados de medicina geral e familiar e enfermagem, discriminando especificamente o núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, dimensão da lista de utentes e formação contínua, podendo ainda ser contratualizado um conjunto de serviços adicionais que podem incluir cuidados continuados integrados, colaboração com outras unidades funcionais em programas específicos de intervenção na comunidade ou outros cuidados que se revistam de importância para o cumprimento dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro).

Inerente aos modelos A e B está um sistema de contratualização e um modelo de gestão/avaliação da produção de cuidados e do trabalho dos profissionais, associado a modelos de diferenciação salarial ou a incentivos institucionais. Na prática, a contratualização representa um conjunto de princípios e lógicas de gestão importados do setor empresarial, vulgarmente designadas por “nova gestão pública”.

A USF representa apenas uma peça da reforma dos cuidados de saúde primários. Foi a primeira a ser implementada, é certo, e durante os primeiros anos (2006, 2007 e 2008) poucas outras medidas foram concretizadas. Mas a reforma não se esgotava na USF, comportava uma ambição mais vasta de reconfiguração global dos cuidados de saúde primários, através da criação de uma nova estrutura – os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – que agregava vários centros de saúde e criava um conjunto de novas unidades. E se, desde que foi criado, o CS representava para as populações a unidade prestadora de cuidados de saúde primários, com a implementação dos ACES multiplicam-se os organismos que disponibilizam este tipo de cuidados.

Os ACES são serviços de saúde que agregam várias unidades funcionais, podendo integrar um ou vários centros de saúde. Enquadrados pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, mais tarde alterado pelo Decreto-Lei nº 253/2012, de 27 de novembro, são constituídos em todo o país, segundo os seguintes critérios geodemográficos: acessibilidade geográfica; densidade populacional; índice de concentração urbana; índice de envelhecimento; acessibilidade a cuidados hospitalares e divisão administrativa do território. Cada ACES abrangerá uma população que não deverá ser inferior a 50.000 pessoas nem superior a 200.000.

Os ACES são constituídos pelas seguintes unidades funcionais:

- A Unidade de Saúde Familiar (USF), que, como já referimos, foi a primeira a unidade a ser implementado e cujo modelo de funcionamento já descrevemos;
- A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com uma estrutura idêntica à da USF, presta cuidados de saúde personalizados, garantido a sua acessibilidade, a continuidade, e globalidade.
- A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) oferece igualmente cuidados de saúde e apoio psicológico, mas de âmbito domiciliário e comunitário, a grupos sociais mais vulneráveis, ou em situação de risco de dependência física e funcional. Através da UCC desenvolve-se a participação direta na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- A Unidade de Saúde Pública (USP) é compreendida como um observatório de saúde da área geodemográfica do ACES. Tem como principais funções elaborar informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de prevenção e promoção, entre outras.
- A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) é destinada a prestar serviços de consultoria e assistência às unidades descritas, com as quais estabelece uma lógica de atividade em rede e estabelece ligações "funcionais" com os serviços hospitalares⁴.

O número de unidades funcionais é variável e dependerá da voluntariedade dos profissionais em propor a criação de USF e UCC, contudo, a lei determina que em cada ACES funcione, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta e, apenas, uma USP e uma URAP (Decreto-Lei nº 253/2012, de 27 de novembro, artigo 7º). Em fevereiro de 2014 constam da página eletrónica da ACSS 73 ACES e 353 USF (ACSS, 2014).

Nos Relatórios da Primavera divulgados anualmente pelo Observatório dos Sistemas de Saúde (OPSS) é possível perceber a defesa e até o elogio da reforma. Considerada

⁴ A apresentação sumária destas unidades foi elaborada a partir das disposições do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, que regula o funcionamento do ACES, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 253/2012, de 27 de novembro.

como a mais importante reforma da administração pública (OPSS, 2012), tem vindo a ser objeto de atenção recorrente. Nas várias edições publicadas, o OPSS tem manifestado as suas preocupações, evidenciando atrasos e incongruências no processo de implementação das medidas reformativas. Na última publicação (OPSS, 2013), enuncia um conjunto de “constrangimentos” de funcionamento das unidades orgânicas do ACES e do próprio ACES cuja reorganização tem vindo a ocorrer em “caminho inverso ao preconizado pelas linhas orientadoras da reforma” (OPSS, 2013, 77).

A reforma, gizada a partir de um desenho organizacional que retalha o centro de saúde em cinco novas unidades prestadoras de cuidados, enformada por um considerável número de dispositivos legais, foi sendo implementada com avanços e recuos, em ritmos de grande oscilação entre o entusiasmo e a indiferença. E se nos primeiros anos de implementação das medidas políticas a informação era vasta e a atenção quase permanente, hoje a reforma migrou para o limbo político e mediático. Dela pouco se fala, dela pouco se sabe. A reforma está concluída?

No seio dos médicos de família, porém, a reforma mantém-se um alvo de atenção permanente e de preocupação crescente. Braga (2013, 218) refere que “todos temos vindo a sentir que o processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários está a desacelerar, como se estivesse prestes a ser suspenso, por falta de liderança, de ideologia ou de recursos.” Sublinhe-se, no entanto, que a atenção dos médicos de família se volta, quase exclusivamente, para a USF. Sobre as restantes unidades funcionais existe apenas informação institucional, ainda assim escassa. Para além do previsto no seu enquadramento jurídico, desconhece-se o que fazem na realidade concreta da prestação do cuidado ou do serviço. Que melhorias vieram originar para a saúde dos cidadãos?

Ainda relativamente ao médico de família em USF e ao seu reenquadramento identitário e socioprofissional em função do exercício clínico num novo modelo de gestão e estruturação do trabalho emergem novas questões que importa discutir: que mudanças se verificam nas práticas quotidianas? A pertença à USF e a inserção num novo contexto de trabalho, é capaz de originar um processo de reconfiguração identitária e de, efetivamente, atribuir prestígio e reconhecimento social a este profissional? A subordinação a um modelo de contratualização que determina o conteúdo do trabalho médico pode gerar efeitos de desprofissionalização desta categoria?

3. Médico de família: no centro de saúde e na USF

O longo percurso, desde o nascimento do especialista e da especialidade, da clínica geral à medicina geral e familiar, não terá ainda sido capaz de apagar no imaginário coletivo a herança socio-simbólica destes profissionais. Apesar dos raríssimos estudos sociológicos existentes em Portugal sobre o médico de família e o centro de saúde, os que existem (Carapinheiro, 1997 e Teixeira, 2012), temporalmente separados por década e meia, vieram concluir por uma secundarização do médico de família e do centro de saúde em relação ao médico e à unidade hospitalar. Esta raridade de investigação é, em si mesma, um dado sociologicamente relevante, denunciador da pouca atenção da sociologia da saúde ao tema⁵.

⁵ Embora a sociologia da saúde seja, por vezes, considerada ainda em “condição emergente” (Silva, 2013, 17) integra já um considerável número de publicações resultantes da investigação

A investigação que realizámos foi desenvolvida num contexto de profunda mudança política e organizacional. Durante o processo de pesquisa de terreno, o centro de saúde em estudo desmaterializou-se para dar origem a uma nova USF. Esta coincidência permitiu-nos fazer o acompanhamento da mudança e observar o médico de família no centro de saúde e na USF, num paralelo de pesquisa empírica que atravessou, mais do que a mudança, três temporalidades políticas, organizacionais e profissionais: o *antes* da USF – o médico do centro de saúde; o *durante* – o processo de criação da USF e o *depois*, o médico em USF.

O médico de família assume a centralidade do processo produtivo do cuidado no centro de saúde e na USF e, no universo das especialidades de medicina, representa a maior fatia de profissionais. Em 2012, de um total de 31.773 especialistas, 5684 eram especialistas em medicina geral e familiar (Pordata, 2014). Trata-se, portanto, de uma especialidade numericamente dominante no universo das especialidades médicas em Portugal.

O centro de saúde tradicional apresenta uma estrutura de prestação do cuidado assente em três categorias profissionais: o médico, o enfermeiro e o administrativo, para uma oferta de serviços com base, essencialmente, na medicina familiar e na enfermagem. Médico e enfermeiro representam, assim, os agentes centrais na produção direta do cuidado ao utente, embora com uma marcada separação dos campos de exercício profissional. Como qualquer outra organização, o centro de saúde integra uma hierarquia formal e administrativamente prescrita e uma outra, informal, cuja ação reguladora é igualmente atuante e tacitamente aceite pelos profissionais. Este quadro de disposições simbólicas demarca claramente os territórios de exercício profissional, colocando médicos e enfermeiros espacialmente separados e profissionalmente diferenciados.

No centro de saúde em estudo, a articulação medicina/enfermagem era quase inexistente e a estruturação quotidiana do trabalho era feita alocando ao enfermeiro todo o tipo de cuidados de enfermagem e ao médico essencialmente a consulta de MGF (consulta de adultos, de saúde materna, de planeamento familiar, de saúde infantil/juvenil e de cessação tabágica), assegurada por uma equipa de quatro médicos, todos especialistas de MGF.

A prática clínica do médico de MGF deve observar e aplicar os princípios da definição europeia de MGF (Wonca, 2011), referência que enquadra o especialista e a formação especializada⁶. Ora, esta definição de MGF, fundada numa conceção de globalidade, proximidade e continuidade do cuidado, representa o principal traço de diferenciação identitária do médico hospitalar, treinado para tratar e curar o órgão, a matéria, a parcela orgânica que padece da doença. Neste entendimento, o doente encontrará no médico do hospital o *expert* que cura a patologia de um órgão em particular, mas que é incapaz de tratar o doente. Por oposição, o médico de MGF será capaz de cuidar o indivíduo, doente ou saudável, numa completa amplitude da sua concreta particularidade existencial. Esta extensão de intervenção da MGF, que integra na

realizada neste domínio, mas dessa agenda tem estado praticamente ausente o setor dos cuidados de saúde primários e MGF (cfr. Silva, 2013, 17-24).

⁶ *Como consta do normativo da “Caderneta de Estágio” da especialidade em MGF, “o especialista de Medicina Geral e Familiar, também designado Médico de Família, necessita adquirir competências que lhe permitam ter intrínsecos os princípios da Disciplina, definidos pela WONCA em 2002 [já revistos na edição de 2011], nos quais se deve rever no exercício da sua prática” (Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar, 2014).*

sua própria designação a generalidade, tem remetido o especialista para um campo de identidade esbatida, fluindo entre a latitude do seu domínio científico e da sua intervenção e a (in)definição de um território científico claramente demarcado e reconhecido.

Este traço da identidade socioprofissional do médico de MGF comporta duas dimensões: diferencia-o dos restantes médicos, numa procura constante da especificidade, mas também o distancia, pela diluída relação de pertença ao universo da medicina em geral.

Pelos resultados do estudo que vimos citando, foi ainda possível identificar outros elementos que concorrem para uma identidade deficitária em prestígio e reconhecimento social: os atos médicos que constituem a consulta espelham uma prática clínica que classificaríamos de antagónica aos princípios teóricos: as consultas estão fortemente ritualizadas em momentos e comportamentos vazios da atenção ao doente. É como se a ritualização obedecesse a um modelo de consulta criado e otimizado para potenciar o desempenho do médico, não o empenho do doente. A comunicação e a relação interpessoal, tidas como eixo e vértice da eficácia da consulta e o alicerce da prática de MGF, estão padronizadas mais para servir a eficácia do modelo de gestão de tempos e atividades do que as necessidades e as inquietações do doente (cfr. Teixeira, 2012). Pelo que observámos, os princípios da Wonca 2002 são apenas uma abstração teórica distante da conduta do médico na consulta diária, onde globalidade, generalidade e proximidade, sempre presentes nos discursos, estão ausentes das práticas.

O que muda com a introdução da USF? Como já referimos, o modelo USF baseia-se na contratualização de um conjunto de indicadores de trabalho e de produtividade que os profissionais se comprometem a atingir. O nível de concretização determina, ou não, a obtenção de incentivos remuneratórios e/ou institucionais. O compromisso assumido enforma e modela as práticas profissionais, o tipo e a quantidade do cuidado. Os princípios orientadores da nova gestão pública produzem alterações nas práticas profissionais e na divisão do trabalho, reconfiguram os campos de autonomia profissional e redefinem os territórios e o conteúdo das funções. Recolocam no centro da discussão da sociologia das profissões conceitos como desprofissionalização e proletarização médica, perda de poder e de autonomia profissional.

A propósito das mudanças na profissão médica, Coburn (2006), tomando por referência as teses do profissionalismo e da dominância médica propostas por Freidson (Freidson, 1984 e 1986), questiona se a medicina contínua dominante e se, a sê-lo, ainda o será da mesma maneira de há décadas anteriores. Esta questão é hoje fulcral face aos processos de racionalização burocrática, materializados em sistemas de contratualização, onde impera o recurso a tecnologias capazes de codificar o saber esotérico (pertença do médico) para utilização corrente, originando-se uma inevitável fragmentação dos saberes provocada pelo uso de informação protocolada e estandardizada por outros que não os médicos.

A contratualização traduz-se na aplicação de normas de gestão privada a serviços públicos e inscreve-se no campo mais vasto da Nova Gestão Pública (NGP), uma tendência crescente dos serviços de saúde da Europa. Ainda insuficientemente estudada nas suas implicações, têm sido apontadas deficiências na qualidade em saúde ao chamado “pay-for-service”, mais incentivador da quantidade do que da qualidade. Em CSP este modelo de gestão tem produzido limitados impactos positivos (Greene, 2013).

Mais uma vez em Portugal, os poucos dados que existem resumem-se a indicadores estatísticos sobre os chamados ganhos em saúde e ao aumento do número de

portugueses com médico de família fruto do aumento das “listas” de doentes do médico de MGF em USF. Em resumo, existem 353 USF em funcionamento, para 4. 345.230 utentes potenciais com um ganho de cobertura de 569.580 utentes (ACSS, 2013). Daqui podemos extrair que o médico da USF, por ter uma lista de doentes aumentada, eleva o número de cidadãos com médico de família, embora nada possamos concluir sobre a qualidade dos serviços e cuidados prestados. Mas esta é questão fundamental. Bem mais complexa, pelo número de variáveis implicadas no que poderá ser a qualidade em saúde, é determinante para percebermos as vantagens e desvantagens da reforma para utentes e profissionais.

Não abordando o conceito de qualidade em saúde, coloquemos a questão nesta quadratura: a contratualização integra 22 indicadores, 12 dos quais comuns a todos as unidades e distribuídos por quatro áreas estruturantes da prestação do cuidado: 1) acesso (2 indicadores); 2) desempenho assistencial (7 indicadores); 3) satisfação dos utentes (1 indicador) e 4) eficiência (desempenho económico-financeiro) (2 indicadores). Ou seja, uma grande percentagem do que se faz, quando se faz e como se faz é definido a montante da intervenção do médico e à revelia do seu saber. A atividade clínica desenvolvida é, depois, transposta para sistemas informáticos onde se registam todos os atos praticados. Ao cumprimento dos indicadores está associado um sistema de avaliação de desempenho.

A burocratização informática do trabalho médico reduz, inevitavelmente, a autonomia profissional, colocando a aplicação e utilização diária do saber técnico-científico do diagnóstico e do tratamento para níveis francamente diminutos. Tudo está pré-definido, *a priori* define-se o conteúdo de funções e a quantidade de tarefas a executar; *a posteriori* exige-se o relato informático de toda a atividade desenvolvida, numa monitorização constante do desempenho do médico.

Neste modelo de contratualização e de racionalização do trabalho e do saber, lado a lado com importantes mudanças no perfil do doente-utilizador, emergem traços de desprofissionalização/proletarização médica, tal como Turner (1999) a perspetivou. No entanto, não existe ainda matéria empírica suficientemente robusta que sustente a aplicabilidade destas teses a contextos organizacionais em transição organizacional e fortemente marcados por diferentes vetores de mudança (Gabe e Calnan, 2009; Wills, 2006 Long et al, 2006) onde se verificam tendências contraditórias, como é o caso do trabalho em USF. É que se, por um lado, são visíveis traços de desprofissionalização e proletarização, por exemplo pela perda de autonomia gerada pela transferência de saber biomédico para protocolos e registos informáticos, por outro lado, existe uma clara melhoria das condições de trabalho e do rendimento auferido, deixando clara a necessidade de inovações concetuais que sejam capazes de integrar estas novas realidades.

Pese embora esta insuficiência dos conceitos, o exercício de autonomia profissional, com origem na posse de um saber exclusivo que atribuía ao médico a conceção das tarefas e a definição dos atos praticados está agora subjugado às determinantes da contratualização. A capacidade de autorregulação profissional resulta claramente contraída pelo cumprimento da normatividade burocrática. O trabalho médico em USF é mais intensamente regulado e monitorizado. Será mais prestigiado?

Conclusão

Mais de três décadas decorridas desde a criação da carreira de clínico geral/médico de família foram incapazes de expurgar da memória coletiva a herança simbólica das “caixas” e do médico da caixa.

A reforma dos CSP propunha-se alterar este legado e intercalar o percurso de uma carreira socio-simbólica que vem seguindo, lado a lado, a carreira profissional, e reposicionar o médico de MGF na hierarquia dos serviços e das representações sociais. Contudo, os efeitos da reforma são pouco ou mal conhecidos. Acantonada nos centros de discussão das profissões diretamente nela implicada, reduzida a mudanças pouco (ou nada) visíveis, tem sido manifesta a dificuldade em operar uma real reconfiguração dos serviços e dos profissionais.

O estudo que desenvolvemos, e que vimos referenciando, por ser um estudo de caso não permite qualquer extrapolação das conclusões, mas produziu um conjunto de dimensões analíticas que agora nos permitem afirmar que: 1) o médico do centro de saúde carrega consigo uma carga simbólica pouco prestigiante com origem no contexto de criação da especialidade e em fatores socio-históricos de implantação e desenvolvimento dos CSP. Estas razões explicam, embora não cabalmente, a posição de marginalidade científica e da falta de reconhecimento social destes profissionais dos CSP; 2) ao longo de mais de três décadas de existência do centro de saúde, esta unidade, criada para funcionar como “porta de entrada” do cidadão no sistema de saúde e assumir o lugar de centralidade na rede de cuidados, nunca terá obtido nem a posição nem o reconhecimento dessa posição primordial. Esta incongruência entre as preconizações políticas, onde se sublinha repetidamente a importância dos CSP, e um serviço nacional de saúde que permanece hospitalocêntrico tem originado igualmente o desprestígio da profissão de MGF; 3) a reforma iniciada em 2005 pretendia, precisamente, reorientar o serviço nacional de saúde para os cuidados primários. Criou novas unidades de prestação de cuidados e reconfigurou todo o setor dos CSP através da introdução de uma nova célula gestora de agrupamento dos centros de saúde.

A reforma não se esgota na USF, mas esta foi a primeira unidade a ser criada e representa um novo modelo de organização do trabalho e de prestação de cuidados, baseado em princípios de nova gestão pública, e assente em sistemas de contratualização que originam traços de desprofissionalização e de esboroamento dos saberes científicos na prática clínica diária, colocando em evidência uma fragilização/redução do uso da autonomia profissional.

Bibliografia

- ACSS (2013). USF em Atividade. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3oServ%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/tabid/770/language/pt-PT/Default.aspx>, consultado em 04 de fevereiro de 2014.
- Baszanger, I. (1983). “La construction d’un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale”, *Sociologie du Travail*, 3, pp. 275-294.
- Biscaia, A. R. et al (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões culturais.
- Biscaia, A. R. et al. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões culturais.

- Boerma, W. & Rico, A. (2006). "Changing conditions for structural reform in primary care", em R. B. Saltman, A. Rico e W.G.W. Boerma, *Primary Care in the Drivers Seat? Organizational reform in Europe primary care*. Berkshiere. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, pp. 50-67.
- Braga, R. (2013). "A desaceleração do processo de reforma de cuidados de saúde primários", *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29. Pp. 218-220.
- Branco, A. G. et al (1984), "O que é a clínica geral?", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 3, pp. 7-11.
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). "Cuidados de Saúde Primários em Portugal", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, pp. 5-12.
- Carapinheiro, G. & Hespanha, M. J. (1997), *Articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares: uma análise sociológica*, Relatório final (policopiado).
- Carapinheiro, G. & Pinto, M. G. (1987), "Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80", *Sociologia: Problemas e Práticas*, 3, pp. 73-109.
- Carapinheiro, G.; Serra, H. & Correia, T. (2013). "Estado, medicina e políticas em Portugal: fluxos e refluxos de poder", em Fátima Alves (coord.). *Saúde, Medicina e Sociedade*. Lisboa: Pactor.
- Coburn, D. (2006), "Medical dominance than and now: critical reflections" *Health Sociology*, XV (5), pp. 432-443.
- Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar, 2014. Caderneta de estágio. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Internatos/Medicina%20Geral%20e%20Familiar/Ficheiros/Manuais%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o/CADERNETA_2014.pdf. Consultado em 31 de janeiro de 2014.
- Freidson, E. (1984), *La Profession Médicale*, Paris, Edition Payot.
- Freidson, E. (1986), *Professional Powers. A study of the institutionalization of formal Knowledge*, Chicago. The University of Chicago.
- Gabe, J. & Calnan, M. (2009), *The New Sociology of the Health Service*. New York, Routledge.
- Greene, J. (2013) "An examination of pay-for-performance in general practice in Australia", em Health Research and Educational Trust. Doi: 10.1111/1475-6773.12033, pp 1415-1432.
- Illich, I. (1975), *Limites para a Medicina*, Lisboa: Livraria Sá da Costa.
- Long, D. et al. (2006), "The (im)possibilities of clinical democracy", *Health Sociology Review*, 15, pp. 506-519.
- Mauksch, O.H. (1976), "A social science for conceptualizing family health", em, Magdalena Sokolowska et al, *Health, Medicine, Society*, D. Reifel Publishing, Warsaw-Poland, pp. 281-297.
- Moura, M. S. (1987), "Perfil profissional do clínico geral português", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, pp. 6-19.
- OPSS (2012), Relatório da Primavera. Crise & Saúde. Um país em sofrimento. Coimbra: Mar da Palavra, Edições Lda.
- OPSS (2013). Relatório da Primavera. Duas faces da saúde. Coimbra: Mar da Palavra, Edições Lda.
- Pinto, A. S. (1996). "Origens, decadência e renascimento da clínica geral. Do João Semana aos nossos dias", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 13 (4). pp. 283-295.
- Pordata (2014) Médicos por especialidade. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Medicos+nao+especialistas+e+especialistas+por+especialidade-147>, consultado em 06 de fevereiro de 2014

- Ramos, V. (1987). "O ressurgimento da medicina familiar", *Revista Crítica de Ciências Sociais*. CES. 23, pp. 157-168.
- Ruivo, F. (1988), "Medicina de clínica geral: entre o centro e a periferia, funcionarização e privatização", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38, pp. 23-24.
- Silva, L. F. da (2013). "As agendas temáticas da sociologia da saúde em Portugal", em Fátima Alves (coord..). *Saúde, Medicina e Sociedade*. Lisboa: Pactor.
- Teixeira, L. (2011). Do Centro de Saúde à USF: percursos, discursos e práticas. ISCTE-IUL. Tese de doutoramento.
- Teixeira, L. (2012), "Quando a Unidade se Divide: um olhar sociológico sobre a reforma dos cuidados de saúde primários", Atas do VII Congresso Português de Sociologia, *Sociedade, Crise e Reconfigurações*. VII Congresso Português de Sociologia, Porto, Faculdade de Letras.
- Teixeira, L. (2012). A reforma do centro de saúde: percursos e discursos. Lisboa: Mundos Sociais.
- Veloso, B. (2000). *Medicina: a arte e o ofício*. Lisboa: Gradiva.
- Who (1978). Declaration of Alma-Ata. Disponível em. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, consultado em 3 de fevereiro de 2014.
- Wills, E. (2006), "Introduction: stock of medical dominance", *Health Sociology Review*, 15, pp. 421-431.
- Wonca (2011). The European definition of general practice/family medicine. Disponível em <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%20011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. Consultado em 26 de janeiro de 2014.