



COMUNICADO

Reunida em Coimbra no dia 14 de Março de 2013, a Comissão Nacional de Medicina Geral e Familiar do SIM analisou a situação global dos Cuidados de Saúde Primários e elencou as seguintes recomendações ao Secretariado Nacional do SIM:

A. Sobre a Especialidade de Medicina Geral e Familiar

1 – A medicina geral e familiar deve expressar-se por uma resposta assistencial integral aos utentes inscritos em lista familiar, valorizando-se as actividades preventivas e as que tenham impacto em modelarem estilos de vida saudáveis, repudiando-se desde logo tentativas recorrentes de usurpação de funções e de competências por parte de outros profissionais de saúde.

2 – Todo o médico de medicina geral e familiar, integrado na carreira médica e a exercer no SNS deve, independente da sua relação jurídica de emprego ou do seu local de exercício, ter um conhecimento e um acesso preciso e claramente identificado à rede hospitalar nas vertentes de urgência, emergência, referência por patologias específicas e para consultas externas de todas as especialidades médicas.

3 – Para que a medicina geral e familiar se constitua no verdadeiro e privilegiado acesso ao SNS, é essencial que os médicos de família tenham acesso directo ao agendamento de consultas de especialidades hospitalares e que destas receba todos os doentes estabilizados e que devem ver as suas patologias crónicas seguidas em ambulatório com a máxima proximidade e acessibilidade.

4 – A medicina geral e familiar deve responder, no seu âmbito funcional específico, pelo indivíduo como um todo. Neste sentido, a autonomização de consultas nos CSP por patologias (por exemplo a Diabetes Mellitus) é um retrocesso e uma invasão ilegítima na relação médico doente própria desta especialidade.

5 – Independentemente do modelo organizativo adoptado pelo médico de medicina geral e familiar e independentemente da modalidade jurídica de emprego, é inultrapassável a equidade exigida no acesso aos meios humanos e materiais disponibilizados pelo SNS, em cada momento, em cada local de trabalho, em cada localização geográfica, e nomeadamente no que às UCSP respeita.

6 – Mantendo o respeito pelas especificidades locais, pelas assimetrias nas morbilidades regionais e pelas Normas de Orientação Clínica que a todos obrigam, não são aceitáveis variações significativas nos custos com medicamentos e com exames auxiliares de diagnóstico no todo continental.

7 – A medicina geral e familiar credibiliza-se se cumprir as Normas Técnicas editadas, se for exímia no registo clínico, se for excepcionalmente exigente na referenciação externa, se mantiver um Programa sério de Formação Médica Contínua e de desenvolvimento otimizado da sua prática clínica.

8 – A medicina geral e familiar crescerá quando muitos dos seus investiguem e publiquem e quanto muitos dos seus formem novos especialistas.

9 – A criação de mecanismos céleres de colocação de jovens especialistas de MGF através de concursos regulares e a criação de regras nacionais que possibilitem a mobilidade de médicos de família, independentemente do modelo organizativo em causa, é essencial para que cada cidadão possa ter o seu médico de família.

B. Sobre os Modelos Organizativos

1 – As características funcionais do médico desta área profissional, com grande destaque na autonomia técnica, apontam para que os médicos se esforcem, onde for possível e onde as características geodemográficas o permitam, na criação voluntária de grupos homogéneos e interessados de profissionais como o devem ser as Unidades de Saúde Familiares (USF)

2 – A possibilidade de candidatura a **USF modelo B**, mais exigente quanto à resposta comunitária e a que está associada compensação salarial específica dos médicos, não pode ser coarctada, obstaculizada, diferida no tempo ou sujeita a condições unilaterais não explicitadas por diplomas legais, como tem acontecido até agora.

3 – Nas **USF modelo A** que se encontrem em pleno e adequado funcionamento, que cumpram e tenham cumprido ao longo da sua existência o negociado Plano de Acção, ou que cumpram as metas acordadas entre as partes, a eventual solicitação de passagem a USF modelo B deve ser concedida no imediato.

4 – A abertura anunciada para a criação de **USFs modelo C** abertas ao sector social e cooperativo, funcionado com Contrato-programa, deve ser sempre supletiva dentro do SNS e devidamente fundamentada, sendo sempre acautelada para os trabalhadores médicos do SNS nelas interessados a garantia de licença sem vencimento.

5 – Reitera-se a indispensabilidade de equidade de tratamento da tutela, em termos de recursos humanos, ratios relativos e equipamentos para as Unidades de Cuidados Personalizados de Saúde (**UCSP**).

6- Regista-se a ocorrência de relatos de uma inaceitável subalternização dos Cuidados de Saúde Primários em algumas Unidades Locais de Saúde (**ULS**), questão que se propõe seja alvo de uma averiguação mais exaustiva.

C. Sobre as alterações legislativas em curso

1. A CNMGF reitera a indispensabilidade de todas as alterações legislativas serem alvo de negociação sindical e não de um mero pronunciamento.
- 2 – A proposta de actualização do **DL 298/2007** comporta alterações consensuais no essencial, sugerindo-se que na eventual republicação do DL seja tida em conta a Declaração de Rectificação 81/2007.
- 3 – A proposta de alteração da **Portaria 301/2008** continua a ignorar a aplicação a todos os sectores profissionais, médicos incluídos, de incentivos financeiros. Tal deve ser inaceitável para o SIM.
- 4 – O processo de **Contratualização** de metas e indicadores terá de ser objecto de uma negociação com os profissionais, e não ser uma mera imposição unilateral de indicadores, uns de eficácia e interesse duvidosos, outros eventualmente atentatórios da qualidade da prestação de cuidados e da ética médica.
- 5 – É inaceitável que no fim do 1º trimestre se pretendam alterar regras que vigorem desde já para o processo de contratualização de 2013. Propõe-se que as eventuais alterações apenas vigorem para 2014.
- 6 – Sugere-se a criação em cada ARS de uma Comissão Arbitral constituída por elementos sindicais e do ministério da saúde, destinada a avaliar eventuais diferendos relacionados com o processo de contratualização, necessariamente diferente de ARS para ARS, de ACeS para ACeS, de USF para USF.
- 7 – Face ao actual estado evolutivo das USFs, será de equacionar a extinção progressiva das actuais ERAs e a atribuição das suas funções a estruturas dos ACeS.

Coimbra, 14 de Março de 2013