

Medicina geral e familiar portuguesa – os sucessos e os desafios: uma visão de fora

DIANA JELLEY* , ANDRÉ BISCAIA**

RESUMO

Este estudo surgiu na sequência do programa de intercâmbio de médicos entre Portugal e o Reino Unido que se tem mantido desde 1990 associando o Royal College of General Practitioners e a APMCG.

Objectivo: Identificar os êxitos no desenvolvimento da Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal nos últimas duas décadas do século XX e os desafios futuros.

Tipo de estudo: Observacional, descritivo e transversal, com recolha de dados qualitativos através de entrevista individual semi-estruturada a informadores-chave e discussão e validação dos resultados num workshop.

População e Local: Médicos de Família (MF) Portugueses.

Métodos: Em 2001 foram entrevistados dezoito MF portugueses, dos quais doze participaram no programa de intercâmbio sendo os outros dirigentes ou ex-dirigentes da APMCG, tendo-se procedido a análise de conteúdo. Pretendeu-se que os respondentes comentassem os sucessos da MGF enquanto carreira e serviço e os desafios que se lhe colocam em Portugal. Os resultados foram posteriormente discutidos e validados num workshop com cerca de 50 MF.

Resultados: É sugerida uma visão muito positiva sobre o desenvolvimento da MGF em Portugal em termos de ensino pré-graduado, quanto ao Internato de Clínica Geral, e como carreira estruturada com cultura e identidade próprias. Houve um reconhecimento claro da melhoria na qualidade e na acessibilidade dos cuidados de saúde. Foi evidenciada preocupação pela falta de um sistema estruturado de formação profissional contínua e avaliação de desempenho e também quanto aos elevados níveis de carga de trabalho e stresse. Foram mencionados o facto de as remunerações não estarem ligadas à carga de trabalho, o lento desenvolvimento de sistemas informáticos clínicos, sistemas de gestão deficientes, a falta de uma cultura da prática clínica baseada no trabalho de equipa e a forte influência da indústria farmacêutica. Estes são os desafios que se colocam à MGF Portuguesa.

Palavras-Chave: Medicina Geral e Familiar; Portugal; Carreira; Serviço.

lege of General Practitioners (RCGP) e pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), o objectivo de promover contactos entre as duas organizações e apoiar o desenvolvimento da MGF em Portugal¹. Diana Jelley foi indicada como a sua coordenadora no Reino Unido em 1990 e André Biscaia tem coordenado nos últimos anos o programa pela APMCG. A APMCG e o RCGP apoiaram até 2001 a visita de estudo de um total de 17 médicos de família (MF) ao Reino Unido, durante uma semana, incluindo participação em consultas e em reuniões clínicas e um conjunto de visitas à margem da prática clínica. Diana Jelley efectuou três visitas de estudo a Portugal no arranque do programa de intercâmbio e participou também em três Encontros Nacionais de Clínica Geral. Foi a partir destas bases que decidiu realizar uma visita de estudo mais aprofundada em Janeiro de 2001, financiada por uma bolsa do RCGP e apoiada pela APMCG. Os objectivos desta visita foram os seguintes:

1. Rever os resultados de curto e longo prazos da troca de visitas do ponto de vista dos participantes²;
2. Identificar os êxitos conseguidos no desenvolvimento da MGF em Portugal nas últimas duas décadas do século XX e descrever os desafios para o futuro.

INTRODUÇÃO

Tem-se mantido, desde 1990, um programa de intercâmbio entre Portugal e o Reino Unido no campo da Medicina Geral e Familiar (MGF). Foi estabelecido, pelo Royal Col-

*Médica de Família, Investigadora Educacional. Collingwood Surgery, Newcastle, Reino Unido

** Médico de Família. Centro de Saúde de Cascais, Portugal

É sobre este segundo objectivo que incide este artigo.

MÉTODOS

Este é um estudo observacional descritivo, seguindo metodologias qualitativas, sendo a população estudada os Médicos de Família Portugueses.

Procedeu-se, num primeiro momento, a entrevistas individuais semi-estruturadas a informadores-chave com a subsequente análise de conteúdo. Num segundo momento, discutiram-se as conclusões das entrevistas individuais num *workshop* com cerca de 50 médicos de família. A lista de tópicos das entrevistas não era limitativa - pretendeu-se que os respondentes comentassem os sucessos da MGF, como carreira e como serviço, e os desafios que se lhe colocam em Portugal.

A APMCG forneceu os contactos de todos os 17 participantes do programa de intercâmbio e de 6 outras pessoas-chave da APMCG que tiveram papéis significativos no desenvolvimento da MGF em Portugal, nomeadamente na Direcção da APMCG, e em cargos nas Sub-Regiões de Saúde, Direcção-Geral da Saúde e Instituto da Qualidade em Saúde. Todas estas pessoas foram contactadas até três vezes, tendo-lhes sido explicada a razão da visita e sido requerida uma visita ao seu local de trabalho e tempo (entre uma e duas horas) para uma entrevista. Foi enviada a todos os entrevistados, com a antecedência de uma semana, um esboço de uma lista de tópicos a abordar. Todas as entrevistas tiveram lugar nos locais de trabalho dos entrevistados e foram conduzidas por Diana Jelley. Foi proporcionada uma visita a cada Centro de Saúde, participação da investigadora em reuniões em diversos Centros e em consultas de quatro dos entrevistados. O processo foi interactivo – ideias-chave e conceitos abordados nas entrevistas iniciais fo-

ram especificamente confirmados nas entrevistas seguintes no caso de não serem levantados pelos próprios entrevistados. A maior parte dos entrevistados falou à vontade e desenvolvidamente, necessitando de poucas perguntas de clarificação. Todas as entrevistas foram gravadas, utilizando-se o inglês ou o português conforme escolha dos participantes e foi garantida a confidencialidade quanto a publicações futuras. A transcrição foi realizada pela autora, geralmente no mesmo dia. Também foram tomadas notas de observações feitas durante as visitas aos Centros de Saúde e em seguimento das muitas conversas informais com uma ampla gama de pessoal dirigente dos Centros de Saúde e alguns utentes. Subsequentemente foi feita análise do conteúdo dos dados recolhidos.

Seis semanas depois da visita os dados das entrevistas individuais foram apresentados, no Encontro Nacional de Clínica Geral da APMCG de 2001, a cinquenta médicos de família portugueses, incluindo seis dos entrevistados, que entenderam participar num *workshop* orientado pelos dois autores e referente a esta matéria, com o objectivo de validar as conclusões e obter informação adicional. Os resultados das entrevistas individuais e da discussão no *workshop* foram basicamente similares embora com algumas diferenças que serão discutidas adiante.

RESULTADOS

Foram efectuadas 18 entrevistas no período de duas semanas incluindo 12 dos 17 participantes no programa de intercâmbio. Dos restantes cinco participantes, dois não responderam, dois estavam ausentes do trabalho por doença e um trabalhava demasiado longe para poder ser visitado. Foram desencadeadas seis entrevistas adicionais com seis dirigentes ou ex-dirigentes da APMCG.

Nove entrevistas tiveram lugar nos centros urbanos de Lisboa e Setúbal ou locais limítrofes, cinco no Porto e as outras em distritos rurais no centro e norte do País. Informação adicional a respeito do *workshop* é apresentada no final desta secção.

Para maior clareza, os resultados são divididos em duas grandes áreas – embora com inevitáveis sobreposições entre as duas. A primeira secção foca resultados respeitantes principalmente à MGF como Carreira, incluindo a formação universitária, a formação pós-graduada e as necessidades de desenvolvimento profissional dos médicos de família em actividade. A segunda secção trata de tópicos principalmente ligados à MGF como serviço, ou seja, infraestruturas, pessoal, acessibilidade, cuidados de urgência, trabalho de equipa e qualidade dos cuidados. Os sucessos e desafios nestas duas áreas, serão agora descritos como foram entendidos pelos respondentes – a interpretação dos autores das implicações destes resultados para o futuro da MGF portuguesa será tida em conta na secção da discussão. Nesta secção apresentam-se por vezes números para indicar a frequência com que os comentários foram feitos mas sem qualquer relevância estatística. Os Quadros I e II resumem os

tópicos levantados nestas duas grandes áreas nas entrevistas e são descritos detalhadamente abaixo. Os Quadros III e IV apresentam os resultados nestas duas mesmas áreas obtidos no *workshop*.

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR COMO ESPECIALIDADE E CARREIRA

Todos os médicos entrevistados sentiam que a especialidade MGF se tinha desenvolvido significativamente desde a sua criação e que o seu *status* se tinha elevado. Isto vinha evidenciado pelo facto de todas as cinco escolas médicas terem agora departamentos de MGF e todas incluírem períodos de formação em Centro de Saúde como parte do curso universitário. Vários médicos argumentaram que este reconhecimento «oficial» da importância da MGF como uma disciplina se tinha reflectido na mudança de atitude de certos clínicos hospitalares. Criou-se uma melhor compreensão do papel do médico de família e a possibilidade de remeter para os Cuidados Primários de Saúde parte dos cuidados especializados a pessoas com doenças crónicas, como diabetes, asma e doenças cardiovasculares.

Metade dos médicos entrevistados

QUADRO I

SUCESSOS E DESAFIOS DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR PORTUGUESA COMO CARREIRA: RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Sucessos

1. Aumento do contributo da MGF para os currículos pré-graduados
2. Programa de Internato Complementar de Clínica Geral bem organizado e implementado
3. Comissão gratuita de serviço anual para formação
4. Remuneração razoável para os médicos em regimes de 42 horas em exclusividade

Desafios

1. Melhor orientação de alguns locais de estágio hospitalares para o Internato Complementar de Clínica Geral
2. Estabelecer um programa de Formação Médica Contínua formalmente estruturado
3. Considerar a recertificação para avaliação de desempenho após especialização
4. Avaliar a elevada carga de trabalho, alto grau de stress e baixa motivação de alguns médicos de família

QUADRO II

SUCESSOS E DESAFIOS DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR PORTUGUESA COMO SERVIÇO:
RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Sucessos	Desafios
<ol style="list-style-type: none"> Melhoria da acessibilidade e da disponibilização de serviços Melhores relações com os cuidados de saúde secundários Tentativa de experimentação de sistemas remuneratórios e organizativos alternativos Bons sistemas de avaliação da qualidade organizacional para Centros de Saúde Instalações novas e melhores em algumas áreas Resolver a falta de sistemas clínicos informáticos 	<ol style="list-style-type: none"> Ligar remuneração e quantidade de trabalho Avaliar a falta de recursos para construção de novos Centros de Saúde e emprego de mais médicos Rever a prescrição por nome comercial, o alto custo dos fármacos e o papel da indústria farmacêutica Introduzir sistemas de controlo da qualidade do desempenho clínico Avaliar a falta de desenvolvimento profissional da equipa de cuidados de saúde primários – reuniões clínicas, partilha de protocolos clínicos, etc.

QUADRO III

SUCESSOS E DESAFIOS DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR PORTUGUESA COMO CARREIRA:
RESULTADOS DO WORKSHOP

Sucessos	Desafios
<ol style="list-style-type: none"> Carreira estruturada e estável Maior reconhecimento externo Formação e ensino pré-graduado Novos modelos organizacionais 	<ol style="list-style-type: none"> Melhorar a formação a todos os níveis e formar mais médicos Ligar o progresso na carreira ao desempenho Melhorar as relações com as outras especialidades Desenvolver a recertificação Novos modelos organizacionais fora do Serviço Nacional de Saúde

mencionaram especificamente o desenvolvimento do Internato Complementar de Clínica Geral como um dos sucessos-chave da MGF desde a sua criação como carreira. O plano de formação do Internato Complementar de Clínica Geral era entendido como constituindo um campo abrangente para os que entram na profissão e o exame final era visto como sendo efectivo e rigoroso. Vários médicos mencionaram a importância da Formação Específica em Exercício que tinha sido oferecida e aceite por grande parte dos médicos de família em funções antes da obrigatoriedade da frequência do Internato Complementar para aceder à carreira. Reconhece-se que muitos destes médicos têm actual-

mente também actividade em saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar quando antes não tinham a formação necessária para oferecerem estes serviços. No que diz respeito a preocupações quanto ao Internato Complementar formuladas pelos entrevistados, vários médicos sugeriram como desejável o prolongamento para dois anos do estágio em Centro de Saúde, mas reconhecia-se que isto não seria aceite neste contexto de falta de médicos. Outra crítica feita ao plano de formação por dois dos respondentes foi o desconhecimento de certas instituições hospitalares quanto às necessidades formativas dos futuros médicos de família.

Um médico expressou esta questão

QUADRO IV

SUCESSOS E DESAFIOS DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR PORTUGUESA COMO SERVIÇO:
RESULTADOS DO WORKSHOP

Sucessos

1. Cobertura universal e melhor acessibilidade
2. Maior espectro de serviços disponíveis
3. Melhoria da organização
4. Medicina centrada na pessoa
5. Centros de Saúde como a base da prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde
6. Melhoria da saúde das populações
7. Continuidade dos cuidados
8. Maior ênfase nos cuidados preventivos de saúde
7. Incentivos para investigação

Desafios

1. Ligar remuneração e quantidade de trabalho
2. Melhorar a organização dos Centros de Saúde e acessibilidade
3. Fomentar o trabalho em equipa e o aumento das profissões da saúde nas equipas
4. Aumentar a informatização dos serviços
5. Mais ênfase na prevenção
6. Mais ligação com a comunidade

como se segue:

«A maior parte dos problemas (do Internato Complementar) estão nos Hospitais... há necessidades de serviço e muitos especialistas não estão muito preparados para ensinar – só querem os médicos para realizar serviço. ...O trabalho nos Hospitais deve ser realmente dirigido para as necessidades de formação dos médicos de família.»

Médico nº 15

Mas, acima de tudo, a formação em MGF era vista muito positivamente e o moral entre os Internos era considerada alto. Havia mais preocupações, contudo, com os próprios médicos de família, não só quanto à sua motivação, satisfação no trabalho, níveis de stresse e carga de trabalho, mas também no que dizia respeito à sua formação contínua e desenvolvimento profissional. Num Centro de Saúde a autora participou numa reunião de equipa na qual foi apresentado um estudo sobre satisfação profissional. Num estudo com 56 médicos, 37 (72%) sentiam que a carreira de Clínica Geral não tinha correspondido às suas expectativas e 14 (28%) não a escolheriam de novo (dados não publicados). Os motivos desta insatisfação não foram investigados mas po-

dem retirar-se algumas ideias das respostas dadas pelos entrevistados neste estudo. Muitos dos médicos de família sentem que a carga de trabalho e o horário são questões importantes, especialmente quanto ao trabalho no final do dia e nocturno no serviço de urgência. Um médico expressou-se desta maneira:

«Há um aumento de stresse por causa do serviço de urgência no Centro de Saúde - não é o valor absoluto de volume de trabalho, mas o tempo de trabalho – muitas horas de serviço, mais do que serem efectivamente muito ocupadas.»

Médico nº 1

Para outros, o tempo era o factor principal – a dificuldade em equilibrar trabalho clínico com questões administrativas, aspectos clínicos especiais com trabalho de rotina, vida familiar e trabalho e ainda responder às necessidades de formadores, internos e investigadores. Como disse um médico:

«Não há tempo suficiente para a reflexão... para pensar no que fazemos e como o fazemos...eu tenho um sonho, muitos sonhos, falar, reflectir na qualidade do meu trabalho, mas nunca há tempo para o fazer.»

Médico nº 5

Formação e ensino são actividades não pagas para a maior parte dos médicos de família, embora tenham algum tempo protegido para elas. Estar envolvido em actividades de formação foi considerado por diversos médicos como um importante factor de motivação apesar da «pressão do tempo».

«Médicos de família da minha idade, à volta dos quarenta, estão algo desmotivados ao serem solicitados todos os dias para mais trabalho sem um benefício financeiro – mas a razão que sinto para ser formador é a motivação; não o dinheiro, a motivação é o importante.»

Médico nº 3

Os médicos de família interessados em investigação acham que esta actividade nem sempre é muito valorizada e a maior parte do trabalho tem que ser feito no seu próprio tempo, competindo com as responsabilidades clínicas, administrativas e de formação. As empresas farmacêuticas apoiariam facilmente investigação envolvendo os seus produtos, mas dinheiro para desenvolver investigação independente é muitas vezes difícil de conseguir.

Outra grande preocupação, comunicada por mais de metade dos entrevistados, foi a falta generalizada de médicos de família, os pequenos contingentes entrando cada ano nas escolas médicas e no Internato Complementar e o aumento da idade média dos médicos de família em funções. Um médico expressou a sua preocupação em relação com a experiência no seu Centro de Saúde, servindo uma população de 100.000 utentes e onde havia apenas dois médicos de família com menos de 40 anos e tendo só entrado dois novos elementos nos últimos dez anos. Os médicos de família que se aposentam ou abandonam por razões de saúde não são substituídos nos Centros de Saúde urbanos dada a necessidade de colocação de novos médicos nas áreas rurais onde a falta de médicos é ainda maior.

Como disse um médico:

«Precisamos de aumentar a capacidade de produção de médicos de família. Precisamos de duplicar ou triplicar as quantidades nos próximos dez ou quinze anos até atingirmos a suficiência. É possível aumentar as entradas nas escolas médicas e no Internato Complementar oferecendo melhores condições nos Cuidados Primários de Saúde, mas os sindicatos não gostam – gostam que todos gozem das mesmas condições.»

Médico nº 4

A pressão para colocar médicos de família fora das áreas urbanas significa que os médicos que saem do Internato Complementar e querem ficar nos grandes cidades por razões familiares, habitação, etc..., têm poucas opções de emprego satisfatório. Podem sempre encontrar trabalho, mas geralmente em contrato temporário com o Estado o que muitas vezes significa mudar de Centro de Saúde de seis em seis meses ou próximo disso. Isto é não só frustrante em termos de estabelecimento do relacionamento com colegas e utentes como significa que eles ficam em desvantagem em concursos públicos de provimento. Como um médico apresentou o assunto:

«Quando os Internos saem da formação podem escolher entre trabalhar num Centro de Saúde ou numa clínica privada, mas de momento não existem novos lugares no centro das grandes cidades e geralmente têm que esperar um ou dois anos por uma vaga e têm que concorrer com outros. Até lá só podem fazer substituições ou clínica privada e é difícil desenvolver um currículo sem uma lista fixa de doentes.»

Médico nº 3

Há outros tópicos respeitantes à satisfação profissional que estão relacionados com as condições de trabalho, incluindo remuneração, relações com

colegas e prática clínica em equipa, as quais serão discutidas na secção seguinte. No que se refere à carreira a outra área-chave mencionada pela maior parte dos entrevistados diz respeito à formação contínua e desenvolvimento profissional. Os vários concursos para progressão na carreira conduzem a algum incentivo ao desenvolvimento profissional mas, por outro lado, é posta em evidência a falta de uma formação médica contínua formal e orientada profissionalmente. A indústria farmacêutica tem um papel importante ao apoiar actividades formativas na MGF, mas estas estão geralmente ligadas a produtos específicos. Um dos entrevistados salientou que os médicos portugueses são muito bem representados em conferências internacionais – geralmente com apoio de laboratórios – mas que o seu resultado científico e de investigação nem sempre era proporcional. Foi deste modo que um dos médicos de família colocou o assunto:

«As companhias farmacêuticas têm um grande controlo sobre a formação médica contínua – apoiarão mais quem receite os seus produtos e apoiarão a sua ida a conferências...»

Médico nº 3

Os médicos de família apreciam o tempo disponibilizado, na actual lei, para formação, mas a falta de um programa organizado de desenvolvimento profissional progressivo foi referida por diversos entrevistados – um deles expressou-se deste modo:

«Eu faço alguns planos e faço alguma formação, mas é muito ao nosso critério – não somos aconselhados a este respeito. É, basicamente, um esforço pessoal.»

Médico nº 8

e outro disse:

«Não há um sistema organizado de formação médica contínua. As Regiões e Sub-Regiões de Saúde fazem alguns

curso mas, muitas vezes, eles não são muito específicos da Clínica Geral. A Associação também promove cursos, mas essencialmente em Lisboa...»

Médico nº 12

A questão da recertificação para o exercício da profissão e a detecção de insuficiências profissionais foi levantada por um médico como a questão mais relevante que se colocava à MGF, mas muitos outros acharam que a profissão não se encontrava ainda preparada para encarar o assunto. As dificuldades em gerir uma agenda desta natureza, num contexto em que a maioria dos médicos de família trabalham autonomamente com pouco contacto clínico com os colegas não é subestimada, como um dos médicos de família explica:

«Há forte oposição à recertificação para o exercício da profissão por parte da Ordem dos Médicos. É uma espécie de arrogância, penso, para manter as vantagens mais conservadoras da profissão médica... argumentam com o que se faria com os que não têm bom desempenho, mas poderiam fazer uma abordagem positiva, promover formação, mas na nossa cultura autocrática quem iria re-ensinar os médicos?»

Médico nº 4

Outro médico defendeu fortemente uma política nacional de desenvolvimento profissional e achava que a APM-CG devia esforçar-se por desenvolvê-la – também sugeriu que a MGF portuguesa deve precisar de um «Caso Shipman» para efectivamente colocar a questão da renovação de autorização para o exercício da profissão em agenda e como uma possibilidade realista. Outro médico sugeriu que, no presente, os médicos de família, na sua maioria, não estão preparados para aceitar a ideia da recertificação para o exercício da profissão como um processo obrigatório; não estão preparados para serem julgados. Ele descreveu o diploma de

Mérito e Actualização, estabelecido pela APMCG, como constituindo um importante incentivo para poucos e que muitos não se envolveriam em tanto trabalho sem uma remuneração adicional.

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR COMO UM SERVIÇO

Todos os entrevistados concordaram que foi uma grande melhoria para a MGF como um serviço o fim da separação entre serviços de cuidados preventivos e curativos, existente antes da criação do Serviço Nacional de Saúde. Há também um sentimento geral de que a acessibilidade e resposta às necessidades dos utentes estão a melhorar, assim como muitas das infraestruturas físicas dos Cuidados de Saúde Primários. O único factor específico e criticamente assinalado por doze dos dezoito entrevistados foi o sistema de remunerações. Havia um acordo generalizado de que um serviço assalariado, que paga os médicos de igual modo, quer tenham 1.000 ou 2.000 utentes, quer tratem ou não mulheres grávidas, adolescentes ou toxicodependentes ou forneçam serviços especiais, é um desincentivo para um trabalho aplicado e para a inovação. Um médico de família expressou-se nestes termos:

«A maior parte dos médicos de família não dispõe de autonomia financeira. Precisamos de ser pagos pelo que fazemos. Não devemos receber todos o mesmo. Necessitamos de motivação financeira. Se ganhamos o mesmo fazendo muito menos, onde está a razão para trabalharmos duro?...»

Médico nº 3

Opiniões como esta são formuladas de um modo generalizado e recentemente começou a ser testado um sistema de remuneração experimental. Dois dos médicos de família entrevistados estavam integrados no Sistema Remu-

neratório Experimental e estavam muito satisfeitos.

Um colocou assim a questão:

«Estamos felizes. Isto aumenta a nossa satisfação. O nosso pagamento é baseado no tamanho da lista, etc..., e também há uma componente de ensino. É-se pago de acordo com o que se faz e trabalhamos duro. Estou muito optimista. Sinto que as pessoas estão a ganhar auto-confiança e satisfação.»

Médico nº 11

Não houve uma avaliação formal deste sistema até agora e há relatórios pontuais, mencionados por alguns dos entrevistados, referindo atrasos de pagamento e dificuldades na implementação do sistema. Os custos de arranque são bastante altos e algumas Regiões e Sub-Regiões de Saúde estão relutantes em colocar mais Centros no sistema. Alguns dos entrevistados comentaram que médicos com contratos de 42 horas podem não ganhar muito mais e terão que trabalhar muitas horas em cuidados de atendimento permanente. Todos os médicos de família entrevistados estiveram de acordo quanto ao princípio de os médicos receberem de acordo com a quantidade e qualidade do serviço prestado. Mas foi dito que esta opinião não era representativa de todos os médicos de família, particularmente daqueles que tinham listas pequenas e prestavam serviços pouco diversificados aos doentes.

Esta questão de como cada médico de família é remunerado está fortemente ligada com os recursos dos Cuidados Primários de Saúde como um todo. Isto foi citado como uma questão maior por vários dos entrevistados, um dos quais se sentia particularmente frustrado com as mensagens contraditórias sobre recursos da saúde de cada novo ministro da saúde. As infraestruturas físicas são de importância crítica na prestação de cuidados de alta qualidade, mas isso exige, claramente, investi-

mento governamental.

Como disse um médico de família:

«A procura por parte dos doentes está a aumentar, mas não há aumento dos recursos. Precisamos de novos edifícios, mais médicos e enfermeiros. Estamos cansados de lutar por isto.»

Médico nº 8

Dois médicos de família também adiantaram a opinião de que a existência de edifícios de boa qualidade seria importante para encorajar as pessoas a sair do sector privado, para as convencer de que cuidados de saúde públicos são bons cuidados de saúde.

A qualidade dos cuidados foi outro tópico mencionado por muitos dos entrevistados. Vários médicos de família foram de opinião de que um dos êxitos em termos de qualidade do serviço resultava do aumento da acessibilidade ao serviço por parte dos utentes. Já havia sistemas de marcação de consultas na maior parte dos Centros de Saúde e muitos também encorajavam a marcação por telefone. Havia uma preocupação generalizada com o aumento da qualidade dos cuidados, sendo que vários aspectos foram mencionados por diversos médicos de família. Muitos referiram o «Moniquor» – Monitorização da Qualidade Organizacional nos Centros de Saúde. Contudo alguns médicos criticaram este sistema por ser exclusivamente dirigido às estruturas organizacionais e não aos conhecimentos, capacidades e atitudes dos profissionais. Alguns mencionaram especificamente a falta de uma cultura de reflexão e troca de experiências clínicas e preocupações entre colegas. São estas as opiniões de dois dos médicos:

«Não temos reuniões das equipas médicas. Devíamos falar de casos com os colegas, mas penso que eles receiam isso e também que isso represente mais trabalho com as reuniões e a sua preparação, mas podemos aprender uns com os outros. Encontros com enfer-

meiros são mais difíceis – não têm tradição no país.»

Médico nº 5

«Penso que devíamos ter reuniões regulares para discutir casos clínicos e não temos este hábito em Portugal... fazemos muitas reuniões formais e sobre questões científicas, mas falamos pouco sobre questões humanas relacionadas com o nosso trabalho...»

Médico nº 8

Só num dos Centros de Saúde visitados os médicos tinham realmente escolhido trabalhar em conjunto. Isto tinha ocorrido por acaso – tinha ficado disponível um edifício e grande parte da população não se encontrava registada num Médico de Família e assim um pequeno grupo de médicos que se conheciam teve autorização para constituir um novo Centro de Saúde. Em quase todos os Centros de Saúde os médicos são distribuídos pelo Estado segundo as vagas disponíveis; devem existir compatibilidades e características de serviço e ideias partilhadas, mas tal resultará do acaso e não de planeamento. No Centro de Saúde onde os médicos tinham decidido trabalhar em conjunto eram realizadas reuniões clínicas regulares, desenvolviam-se protocolos partilhados e sentia-se uma satisfação no trabalho muito elevada.

«Estamos muito satisfeitos, trabalhamos com quem gostamos. Definimos as regras e conversamos entre nós. É bom trabalhar com pessoas que pensam da mesma maneira que nós.»

Médico nº 13

Outro médico descreveu a sua frustração ao tentar implementar reuniões clínicas regulares com os colegas:

«Temos reuniões clínicas e administrativas para discutir mudanças, como melhorar a qualidade. Trata-se, simultaneamente, de um problema e de um êxito. Alguns médicos estão habitua-

dos a trabalhar sozinhos e não querem cooperar – os mais velhos não se sentem à vontade com este procedimento, mas outros gostam e actualmente com os enfermeiros tem sido um sucesso dar-lhes mais responsabilidade.»

Médico nº 14

Vários outros médicos realçaram a importância de trabalharem mais estreitamente com enfermeiros – vê-los como profissionais autónomos e encorajá-los a tomar mais responsabilidades. O desenvolvimento do trabalho de equipa e responsabilidade clínica era visto por muitos dos entrevistados como um desafio maior e vários médicos mencionaram a informatização como um dos factores-chave que poderia ajudar neste processo. A informatização não só ajuda os médicos a incrementar cuidados pro-activos e sistemáticos aos seus utentes, mas também permite a partilha de dados clínicos entre médicos e enfermeiros do mesmo Centro de Saúde. É também extremamente importante para uma auditoria clínica efectiva e eficiente.

Como disse um médico:

«Precisamos de computadores para sabermos o que estamos a fazer e como podemos melhorar, como fazer melhor as coisas – por exemplo, usar a informação de prescrição de antibióticos para estabelecer padrões de boa prática.»

Médico nº 2

Vários médicos discutiram o papel da indústria farmacêutica não só em termos de educação médica contínua, mas também quanto ao seu impacto na qualidade dos cuidados devido à sua influência na prescrição. A maior parte dos medicamentos são receitados com nomes de marcas e vários médicos de família expressaram a opinião de que a prescrição de genéricos só se tornará a regra se os médicos deixarem de receber os consideráveis incentivos habituais para receberem representantes

das empresas farmacêuticas e receitarem os seus produtos. Numa visita a um Centro de Saúde viu-se um representante a distribuir exemplares de um grande e caro livro técnico a cada um dos cinquenta ou mais médicos sediados no edifício. Um médico descreveu o processo da seguinte maneira:

«Recebemos alguma formação no Centro de Saúde com o apoio da indústria farmacêutica sendo portanto difícil recusar recebê-los [delegados de informação médica]... eles têm o seu trabalho, níveis a atingir. Eu vejo, geralmente, dois ou três por dia.»

Médico nº 12

O tópico final nesta área, que foi levantado por muitos dos entrevistados, foi a questão da organização da clínica, estruturas de gestão e relacionamento com os Cuidados Secundários de Saúde. Vários médicos que conheciam o «*fund holding*» e «*care commissioning initiatives*» no Reino Unido, achavam que ligar os orçamentos de cuidados primários e secundários de saúde seria a única maneira de melhorar a resposta dos últimos em relação aos primeiros. Dois dos médicos de família entrevistados estavam envolvidos num projecto-piloto de uma estrutura de gestão ligando um Centro de Saúde e um Hospital, nos quais os recursos são geridos em conjunto e partilhados, estando eles optimistas em relação a este novo modelo. O enquadramento histórico dos cuidados primários de saúde considerados como o «parente pobre» em relação aos cuidados secundários é sentido por muitos como estando a mudar gradualmente, mas haverá ainda melhorias a fazer.

Como dizia um médico de família:

«As relações entre cuidados primários e secundários estão a melhorar, mas ainda existem problemas – é falta nossa, porque não exigimos suficiente respeito – muitas vezes somos muito passivos – devíamos ter informações so-

bre todos os nossos doentes – mas a situação está a melhorar.”

Médico nº 1

Vários outros médicos de família evidenciaram a importância de os Centros de Saúde terem mais controlo sobre os seus próprios orçamentos e da redução do poder das Regiões e Sub-Regiões de Saúde em decidirem como o dinheiro é gasto e investido nos Centros de Saúde. Um médico manifestou-se empenhadamente no sentido de que os profissionais de Saúde deveriam estar mais envolvidos no planeamento e definição de novas normas por forma a adaptá-las mais às verdadeiras necessidades do pessoal e dos utentes. Dois dos médicos entrevistados trabalhavam em áreas essencialmente rurais e deram ênfase aos problemas específicos da gestão da prestação de cuidados em muitas pequenas unidades dispersas e no Centro de Saúde sede.

Estes dados obtidos nas entrevistas com os médicos de família foram apresentados com alguma profundidade para se fornecer uma descrição da gama de opiniões por eles expressas. De um modo geral houve muito mais acordo do que desacordo no que respeita tanto aos sucessos da Clínica Geral em Portugal como aos desafios que esta enfrenta para lá de 2001. As principais áreas de diferença de opinião respeitavam ao modo de realizar as mudanças – havia amplo consenso sobre quais seriam os desafios-chave a encarar. Esta homogeneidade de opiniões foi confirmada no *workshop* cujos dados finais estão resumidos nos Quadros III e IV. A maior parte dos tópicos foi levantada tanto pelos entrevistados como no *workshop*. A única diferença importante entre os dois quadros foi a menção por muitos dos participantes no *workshop* do êxito no desenvolvimento da MGF como uma carreira com o seu estatuto e identidade próprios – um sentido de uma nova carreira que finalmente

«chegara à maioria» entre as suas pares. Este êxito não foi evidenciado por nenhum dos médicos entrevistados individualmente, embora fosse considerado importante por vários deles no âmbito do *workshop*.

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou as opiniões de um grupo de médicos de família a respeito dos êxitos alcançados nos anos recentes e dos desafios que se colocam agora à MGF em Portugal. A amostra estudada não foi aleatória nem representativa dos médicos de família portugueses como um todo. A amostra continha alguns líderes de opinião no campo da MGF, muitos dos quais escrevem regularmente no jornal da APMCG e noutras publicações – as opiniões aqui recolhidas podem não ser ainda as que prevalecem na maioria dos médicos de família e a validade externa do estudo pode ser baixa. Os médicos de família que participaram no *workshop* também foram auto-seleccionados. Além disso, o papel da autora inglesa como observadora «externa» terá indubitavelmente influenciado a resposta a muitas das questões: alguns médicos terão sido mais abertos em relação a ela do que seriam a alguém próximo da realidade do seu dia-a-dia, enquanto outros podem não ter querido ser demasiado críticos perante um estrangeiro. Diana Jelley recolheu as entrevistas, transcreveu-as e analisou ela própria os dados. Os dois grupos de dados descritos emergiram dos contextos contrastantes de discussões a dois e em grupo no *workshop* o que pode influenciar os dados recolhidos de diferentes maneiras. É difícil quantificar o exacto impacto de todas estas considerações mas elas terão, indubitavelmente, alguma influência nos dados coligidos e na sua interpretação. Estas preocupações não prejudicam o facto de que emergiram do estudo al-

gumas importantes mensagens e elas serão agora discutidas. O que se segue é a análise da autora inglesa sobre as implicações deste estudo para o futuro desenvolvimento da MGF em Portugal.

Emergem destes dados duas áreas claras – a formação e desenvolvimento profissional dos médicos de família e os muitos factores com impacto na qualidade dos cuidados prestados na clínica médica. Os médicos entrevistados congratularam-se com a inclusão da MGF no currículo pré-graduado e mostram poucas dúvidas quanto à qualidade do Internato Complementar de Clínica Geral enquanto os médicos do *workshop* também sentiam como muito positivas a elevação do estatuto e a identificação da MGF como uma carreira. Foram levantadas questões significativas quanto à satisfação no trabalho e a formação contínua dos médicos de família embora a primeira fosse discutida mais abertamente nas entrevistas individuais do que no grupo alargado. O stress entre os médicos é um fenómeno plenamente reconhecido e investigações recentes mostram que Portugal não constitui excepção à regra geral^{5,6}. Entre os médicos de família entrevistados havia um muito forte empenho na prestação de cuidados de alta qualidade, mas também o sentimento de que existiam alguns factores que contrariavam esse objectivo. A política governamental de controlo estrito das entradas nas escolas médicas levou a carências de recursos humanos em certas especialidades e insuficiência de médicos para o preenchimento dos lugares disponíveis. Nas áreas urbanas, onde a maior parte dos médicos de família entrevistados trabalhava, esta situação conduziu ao aumento da carga de trabalho por variadas razões. O tamanho das listas está a aumentar à medida que colegas ficam doentes ou se aposentam não sendo substituídos e parece haver a expectativa de que o trabalho extra seja absorvido quase indefinida-

mente pela capacidade existente. Rever o planeamento dos recursos humanos, as necessidades futuras e as cargas de trabalho dos médicos de família existentes é um importante desafio para o Governo e o Ministério da Saúde.

Nenhum dos médicos tinha uma ideia clara sobre o que tinha acontecido com cada grupo de internos dos Internatos Complementares de Clínica Geral – quantos estariam providos definitivamente no sector público, quantos trabalhavam num esquema precário e quantos teriam saído para o sector privado. A falta de quaisquer dados firmes sobre retenção e dispersão é algo estranha num país onde o Estado mais do que o mercado controla completamente que médicos estão empregados e onde no sector público. Uma mais completa compilação de dados nesta área ajudaria certamente no planeamento dos recursos humanos. Será que há médicos no sector privado que podem ser recuperados para o serviço público? Poderão ser desenvolvidos esquemas flexíveis que permitam trabalho em *part-time* num ou em ambos os sectores? A maximização do emprego no sector público de todos os novos médicos de família dos internatos complementares de Clínica Geral começaria a ajudar a reduzir a pressão de trabalho sobre os médicos de família existentes.

A ligação entre pagamento e produtividade foi, de certa maneira, outra importante questão levantada por muitos respondentes. O Sistema Remuneratório Experimental que está a ser testado é uma iniciativa importante, mas precisa de ser reconhecido como eficiente, bem gerido e justo antes de ser aceitável para a maioria e especialmente para os sindicatos médicos. Todos os médicos entrevistados não estavam a pedir para trabalhar menos, mas antes para que o trabalho extra que faziam em termos de ensino, formação, administração, gestão das doenças crónicas, saúde infantil, materna e planeamento fami-

liar fosse reconhecido e recompensado.

Uma questão-chave adicional era a falta de um programa coordenado de formação médica contínua. Os internos são obrigados a passar por um rigoroso exame antes de trabalharem isolados, mas daí para diante não existe a obrigação de seguirem uma formação contínua, não havendo o controlo de normas de desempenho clínico ou de qualidade. A maior parte dos médicos de família usam o seu tempo de estudo para participar numa série de cursos, mas a sua qualidade e grau de adequação à MGF variam. Se os médicos trabalham com as suas próprias listas sem qualquer exigência de actualização dos seus conhecimentos e capacidades ou sem qualquer auditoria periódica à sua qualidade de cuidados, existe um risco real, ao longo do tempo, de que apareça um grupo considerável de médicos com baixo desempenho. Não existem planos actuais para procurar e identificar este grupo e ainda menos para providenciar nova formação embora tenha sido interessante que muitos médicos no *workshop* e nas entrevistas tivessem referido e recertificação como uma questão importante a tratar quanto antes apesar da oposição de alguns líderes na profissão médica. Acontecimentos recentes no Reino Unido mostraram que a auto-regulação individual falha manifestamente na protecção da população em relação a mau desempenho clínico. Não devia ser necessário encontrar em Portugal situações semelhantes para serem desenvolvidas reformas dirigidas à avaliação dos desempenhos e correcção da prática⁷. Este é um desafio importante e crítico que necessitará de ultrapassar barreiras culturais e ideias estabelecidas para um benefício final, tanto para os utentes, como para os médicos. A aprendizagem ao longo da vida e o desenvolvimento profissional contínuo precisam de se tornar tão entranhados na consciência colectiva dos médicos de família como

já está o internato complementar. Mudanças de atitude conduzidas pelos corpos profissionais como a APMCG e a Ordem dos Médicos terão importância fundamental.

Se os médicos de família têm de mudar, este estudo também sugere a necessidade de novos desenvolvimentos na maneira como os cuidados são organizados e prestados na MGF. Há muitos e muito positivos aspectos na prestação de cuidados de MGF em Portugal, especialmente a relação próxima que cada médico de família estabelece com a sua relativamente pequena lista de utentes, donde resulta um conhecimento aprofundado destes e das suas famílias. Existe uma ênfase forte nos cuidados familiares, os internos são ensinados a avaliar não só as condições de saúde de cada indivíduo, mas também o conjunto de factores sócio-económicos e culturais que condicionam o bem-estar de cada família. Registam-se informações em processos familiares e famílias inteiras estão quase sempre inscritas no mesmo médico de família. Por conseguinte, a continuidade de cuidados é um aspecto muito positivo da prática clínica portuguesa, como também o são as consultas de 20 minutos em atmosfera relaxada e amigável. Estes aspectos devem ser valorizados e protegidos. Contudo, este sistema de cuidados individualizado tem que ter um lado negativo, que foi aliás evidenciado por muitos respondentes no estudo – a necessidade de uma mudança para uma prática clínica e aprendizagem baseadas em trabalho de equipa, apoiadas por auditorias clínicas regulares. Ser uma equipa não é, contudo, unicamente, ocupar o mesmo espaço físico, mas requer a existência de respeito mútuo, conhecimento do papel de cada um, confiança e partilha de conhecimentos⁸. Estas condições existem em alguns dos Centros de Saúde visitados mas em muitos havia muito pouca comunicação para lá do cumprimento de

requisitos administrativos. A mudança desta situação diz respeito a conhecimentos, capacidades e atitudes. Torna-se necessário que todos os membros da equipa estejam cientes das capacidades e responsabilidades dos seus pares e vontade por parte dos médicos para olharem os enfermeiros como profissionais com igual autonomia. Deve também existir uma atmosfera de confiança que permita que entre colegas se partilhem dificuldades e incertezas e um dar e receber de críticas construtivas. Também serão necessárias capacidades em motivação e negociação para encorajar e estimular o trabalho em equipa entre indivíduos habituados a actuar isoladamente. Reuniões de equipa para o tratamento de questões de organização e partilha de problemas clínicos que não sejam canalizados pela indústria farmacêutica serão a pedra basilar desta nova cultura. Este é outro desafio-chave que deve ser encarado se se quiser impulsionar a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados aos doentes. A prática corrente na atribuição dos novos médicos de família aos Centros de Saúde em vez de um processo de selecção, não favorece o desenvolvimento das equipas e deverá, mais tarde, ser também revista.

Outra área que é crucial para estes desenvolvimentos é a informatização alargada dos cuidados primários de saúde. É extremamente difícil planear e executar cuidados sistemáticos e praticar medicina baseada na evidência sem capacidade para armazenar e procurar dados. É também quase impossível, sem uma base de dados electrónica, a monitorização da prescrição, tanto aguda como crónica. Gasta-se muito tempo a escrever e a copiar resultados de exames. A transferência electrónica de dados aceleraria este processo consideravelmente. Já se encontram operacionais excelentes sistemas computadorizados de prática clínica e a sua implementação deve considerar-se

uma prioridade urgente. Uma vez que estes sistemas se encontrem instalados e cada médico tenha acesso a um computador de secretária, torna-se muito mais fácil colocar questões-chave acerca de temas como prescrição de antibióticos, uso de medicamentos novos e caros e a prescrição de fármacos não baseada na evidência, como vasodilatadores cerebrais ou anti-hipotensores – considerados marcadores de boa prescrição usados no Reino Unido.

Em qualquer discussão a respeito da prescrição deve fazer-se algum exame quanto ao papel e influência da indústria farmacêutica em Portugal. A predominância na prescrição por marcas, a dificuldade que os médicos têm para obterem comparações de preços entre produtos e a infatigável promoção de «novos» medicamentos baseada em incentivos, parece terem uma profunda influência no desenvolvimento de qualquer forma de prescrição racional. Hoje existe apenas um pequeno número de medicamentos que podem ser prescritos genericamente, e isto é um importante primeiro passo, mas a constante pressão das empresas farmacêuticas sobre os médicos para receitarem medicamentos novos e mais caros continua imensa. Médicos que declaram não ter tempo para participar em reuniões sobre prática clínica acabarão mesmo assim, quase sempre por encontrar tempo para uma ronda diária de três ou quatro representantes de empresas farmacêuticas, cada um deles oferecendo livros, canetas - uma ampla selecção de prendas mais ou menos úteis. Pode não ser possível ou desejável parar com esta prática inteiramente, mas é realmente importante reunir dados sobre o que vai sendo prescrito e porquê e encorajar os médicos de família a discutir este assunto abertamente entre colegas. O governo também deve considerar a introdução de esquemas de prescrição baseados em incentivos com os quais os Centros de Saúde re-

cebam uma parte das economias se conseguirem cortar nos seus custos de receituário.

A organização e gestão dos Centros de Saúde e as suas relações com os Cuidados Secundários de Saúde estão a ser objecto de várias iniciativas experimentais. A avaliação dos resultados destes projectos deve proporcionar as bases para a tomada de decisões relativas à reorganização administrativa que poderão melhorar a prestação dos cuidados de saúde. Acessibilidade, disponibilidade, sistemas de marcação e garantia de prestação de cuidados de urgência ou fora de horas também estão a ser objecto de reformulação. A necessidade de uma mudança para um modelo de prestação de cuidados mais centrado no utente foi evidenciada como uma questão-chave por vários respondentes e este é mais um desafio a ser encarado nos anos mais próximos.

Este estudo pretendeu identificar os aspectos-chave da MGF portuguesa, que está a funcionar bem, e reflectir sobre algumas das principais questões para a próxima década. A amostra de médicos de família estudada, tanto nas entrevistas como na observação do *workshop*, não são representativas da MGF como um todo e o papel de Diana Jelley como observadora exterior influenciou, seguramente, tanto a qualidade como a quantidade de dados coligidos. Contudo, espera-se que, a despeito destas limitações, este documento forneça uma visão útil do estado actual da MGF em Portugal, dando conhecimento dos seus consideráveis su-

cessos e evidenciando alguns dos desafios para os anos que se seguem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jelley D. The Tyneside Portuguese Connection. *British Journal of General Practice International Newsletter* 1999; Dec:4-5.
2. Jelley D. A UK-Portugal general practice exchange programme - one model for international cooperation. *Eur J Gen Pract* 2002;8:75-6.
3. Ministério da Saúde. Saúde - um compromisso. Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
4. Ministério da Saúde. Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (Moniquor). Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
5. Chambers R. *Survival skills for general practitioners*. London: Radcliffe Medical Press; 2000.
6. Hespanhol A, Costa Pereira A, Sousa-Pinto A. Insatisfação Profissional em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2000;16: 183-9.
7. Smith R. All changed, changed utterly. *BMJ* 1998;316:1917-8.
8. Belbin M. *How to build successful teams*. Oxford: Heinemann Publishers; 1996.

Endereços para correspondência

Diana Jelley
Collingwood Surgery
Hawkey's Lane
North Shields
NE29 0SF
email: dianajelley@hotmail.com

ou

André Biscaia
Rua António Pedro, nº 16 - 1º direito
1150-046 Lisboa
e-mail: nop26631@mail.telepac.pt

Recebido para publicação em: 12/06/03
Aceite revisto para publicação em: 25/11/03

PORTUGUESE FAMILY MEDICINE – SUCCESSES AND CHALLENGES: A VIEW FROM OUTSIDE

ABSTRACT

This study is a consequence of the doctor interchange program between Portugal and the United Kingdom, which has been up and running since 1990, a joint initiative between the Royal College of General Practitioners and the Portuguese Association of General Practitioners.

Aim: To identify successes in family medicine development in Portugal in the last two decades of the 20th century, as well as future challenges.

Study type: Observational, descriptive cross-sectional. Qualitative data gathering through semi-structured interviews to key-informants, followed by discussion and data validation at a workshop.

Population and setting: Portuguese general practitioners (GPs).

Methods: In 2001 eighteen Portuguese GPs were interviewed. Twelve had participated in the interchange program, and the remaining were currently holding or had held relevant posts at the Portuguese Association. Content analysis of the interviews was performed. The respondents were asked to comment on the successes of Portuguese family medicine both as a career and as a service to the population, and on the challenges facing them. The results were later discussed and validated at a workshop attended by about 50 GPs.

Results: A very positive view of the development of family medicine in terms of pregraduate education, vocational training and as a structured career with its own culture and identity. The improvement both in quality and accessibility to health care was clearly acknowledged. Concerns were raised on the lack of a structured system of continuing professional development and performance assessment, as well as on the high workload and stress levels. Several challenges were identified. These included the absence of connection between salary and workload, the slow development of computerized clinical information systems, deficient management systems, lack of a culture of team work-based clinical practice and a strong influence of the pharmaceutical industry.

Key-Words: Family Medicine; Portugal; Career; Service Providing.

1. Denominação do Medicamento: NITROMINT. **2. Composição Qualitativa e Quantitativa:** Cada comprimido contém como substância activa 0,5mg de nitroglicerina. Excipientes, ver 6.1. **3. Forma Farmacéutica:** Comprimido sublingual. **4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** **4.1 - Indicações Terapêuticas:** NITROMINT está indicado no alívio de ataques agudos de angina pectoris, assim como na angina vasospástica. **4.2 - Posologia e Modo de Administração:** No início ou na previsão de uma crise, trincar ou deixar dissolver na boca uma ou várias vezes por dia 1-3 comprimidos. A posologia diária não deve exceder 10 comprimidos pelo risco de tolerância aos nitratos. Nos doentes com insuficiência hepática ou renal, o metabolismo e a eliminação estão atrasados, o que requer vigilância. Nota: No caso de administração sublingual a nitroglicerina pode provocar uma sensação de ardor na língua. **4.3 - Contra-Indicações:** Hipersensibilidade aos nitratos orgânicos, hipotonia essencial, colapso vascular (insuficiência circulatória aguda) choque. NITROMINT está contra indicado no caso de administração simultânea de sildenafil (vide Advertências, Precauções e Interações). **4.4 - Advertências e Precauções Especiais de Utilização:** O NITROMINT deve ser administrado com precaução na presença de cardiomiopatia hipertrófica, pericardite constritiva, estenose aórtica ou estenose mitral. Com base na sua acção farmacológica (activação do GMPc) o sildenafil potencia o efeito hipotensivo dos nitratos e outros dadores de grupos NO (nitratos e nitritos) o que pode conduzir a hipotensão grave resistente à terapêutica. Daí que a administração de sildenafil está contra indicada durante o tratamento com NITROMINT. O doente deve ser informado acerca desta potencial interacção que pode colocá-lo em perigo de vida. **4.5 - Interações Medicamentosas e Outras:** Outros vasodilatadores, antagonistas dos canais de cálcio, bloqueadores - beta adrenérgicos, diuréticos, anti-hipertensores e preparações de ergotamina, assim como o consumo de álcool podem, quando em terapêutica concomitante, aumentar a acção hipotensora do NITROMINT. O ácido acetilsalicílico e os anti-inflamatórios não esteróides, assim como o consumo excessivo de nicotina podem diminuir a acção do NITROMINT. A acção hipotensora dos nitratos aplicados de forma aguda e crónica e de outros dadores de grupos NO (nitratos e nitritos) está aumentada pelo sildenafil. Por este motivo está contra - indicada a administração de sildenafil durante o tratamento com NITROMINT. No caso em que mesmo assim é administrado o sildenafil, está contra-indicada a administração de NITROMINT no prazo de 24 horas após a administração de sildenafil. **4.6 - Gravidez e Aleitamento:** Não se encontram disponíveis estudos sobre o uso deste medicamento em animais e mulheres grávidas. Nestas condições, o medicamento só deve ser administrado quando os potenciais benefícios excederem o risco para o feto. Na ausência de estudos sobre a excreção do medicamento no leite humano, é necessário ponderar os benefícios para a mãe face aos riscos para o lactente. **4.7 - Efeitos Sobre a Capacidade de Conduzir e Utilizar Máquinas:** No caso de doentes muito sensíveis, o medicamento pode afectar a capacidade de condução e/ou de manipulação de máquinas. **4.8 - Efeitos Indesejáveis:** Como acontece com todos os nitratos orgânicos, podem surgir dores de cabeça e eventualmente náuseas, sobretudo no início do tratamento. Contudo, estes efeitos são de curta duração. **4.9 - Sobredosagem:** Os sintomas relacionados com a sobredosagem são: tonturas, colapso vascular, dores de cabeça, dores intestinais, eventualmente também cianose devido a metahemoglobinémia. Como medidas a seguir no caso de sobredosagem aconselha-se a activação da circulação sanguínea (colocar a cabeça num nível inferior e as pernas a um nível mais elevado), eventualmente a administração de glicosidos cardíacos, hipertónicos (noradrenalina, adrenalina, etc.). Em caso de metahemoglobinémia pode ser administrado azul de tolúeno ou ácido ascórbico, por via endovenosa. **5 - PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:** **5.1 - Propriedades Farmacodinâmicas:** A nitroglicerina pertence ao grupo dos nitratos orgânicos, com acção relaxante da musculatura lisa utilizados na cardiopatia isquémica. As dosagens terapêuticas habituais dilatam principalmente as veias e artérias coronárias epicárdicas de maior calibre com fraca acção sobre o leito arterial e músculo liso intestinal e brônquico. A dilatação venosa reduz o volume telediastólico, a pressão de enchimento e o consumo de oxigénio pelo coração, a qual é decisiva para o efeito favorável na angina de peito. A redução de pressão de enchimento conduz a uma melhor circulação sanguínea nas camadas inferiores do miocárdio, particularmente postas em perigo pela isquémia; a capacidade de resistência aumenta. NITROMINT contém nitroglicerina dissolvida em óleo essencial de hortelã pimenta, o que confere um sabor agradável aos comprimidos. **5.2 - Propriedades Farmacocinéticas:** A nitroglicerina é rapidamente absorvida pela mucosa bucal. A acção farmacológica tem início ao fim de 2 - 3 minutos, permanecendo 10 - 15 minutos. Após 30 minutos está eliminada cerca de metade da nitroglicerina. No fígado, a nitroglicerina é rapidamente metabolizada a mononitratos e dinitratos, tendo estes últimos ainda cerca de 10% de actividade. Os dinitratos de glicerol têm um volume de distribuição de 0,34 L/Kg e são eliminados através dos rins, obtendo-se uma concentração plasmática de metade, às 1,8 horas. A depuração plasmática é de 0,3 - 11/min/Kg. **5.3 - Dados de Segurança Pré - Clínica:** A nitroglicerina, administrada por via oral, demonstrou potencial carcinogénico no rato, mas não no ratinho. Os tumores desenvolvidos no rato, por administração de até 434 mg/Kg dia de nitroglicerina, incluíram carcinomas hepáticos e tumores nas células intersticiais dos testículos. A nitroglicerina foi fracamente mutagénica no teste de Ames. Não se verificou evidência de genotoxicidade de ensaios *in vivo* (letalidade dominante), ou em testes citogénicos *in vitro*, sobre tecidos de rato e cão. Num estudo de reprodução, com o rato, a administração oral de nitroglicerina, até 434 mg/Kg/dia, ao longo de três gerações, não demonstrou uma clara evidência de teratogenicidade. **6 - INFORMAÇÕES TERAPÊUTICAS:** **6.1 - Lista dos Excipientes:** Sacarose, tragacanta, óleo essencial de hortelã pimenta, ácido esteárico, cerasina (parafina sólida pulverizada), talco e aerosil. **6.2 - Incompatibilidades:** Não aplicável. **6.3 - Prazo de Validade:** O prazo de validade indicado é de três anos. **6.4 - Precauções Especiais de Conservação:** Conservar o NITROMINT a baixa temperatura (8°-15° C), ao abrigo da luz e da humidade e fora do alcance das crianças. **6.5 - Natureza e Conteúdo do Recipiente:** Frasco de vidro âmbar, devidamente rotulado, com tampa inviolável, contendo 60 comprimidos, embalado em caixa de cartão. **6.6 - Instruções de Utilização, Manipulação e Eliminação:** Recomenda-se que depois de cada utilização o frasco fique bem fechado, ao abrigo da luz, da humidade e do calor e dentro da respectiva cartonagem. **7- TITULAR da AUTORIZAÇÃO de INTRODUÇÃO no MERCADO:** Victor Hugo da Silva Cordeiro, Largo Cidade de Vitória, 7- 2754 - 510 Cascais **8 - NÚMERO(S) de AUTORIZAÇÃO de INTRODUÇÃO no MERCADO:** 8896415 - 60 comprimidos **9 - DATA de RENOVAÇÃO da AUTORIZAÇÃO de INTRODUÇÃO no MERCADO:** Data da primeira renovação - 5 de Julho de 2001 **10 - DATA da REVISÃO do TEXTO:** Junho de 2002.

11 - PREÇOS: P.V.P.: 4.64 Euros. **Utente - Regime Geral:** 1.39 Euros. **Utente - Regime Especial:** 0.70 Euros