

saúde

APERFEIÇOAMENTO DA MEDICINA GERAL E DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA FAMILIAR EM MACAU

*Pun Cam Ieng**

PREFÁCIO

A medicina familiar, iniciada na década de sessenta do século XX, é hoje uma das tendências da medicina a nível mundial. Em muitos países ocidentais, a medicina familiar é reconhecida como um dos métodos mais económicos e eficazes para prestar cuidados de saúde, tendo-se desenvolvido a um ritmo muito acelerado em todo o mundo. No entanto, a alteração da estrutura populacional e da gama das doenças, a exploração da medicina de alta tecnologia e a subida dos custos da assistência médica têm exercido certa influência sobre o desenvolvimento da medicina familiar, de modo que muitos países do mundo passaram hoje a recorrer a uma reforma do sistema da saúde pública, a fim de satisfazer as novas necessidades do desenvolvimento social. A medicina geral foi im-plantada em Macau há mais de uma década, e os cuidados de saúde primários em rede do Governo, embora tenham registado alguns efeitos positivos, continuam a apresentar-se com não poucos defeitos, nomeadamente quanto aos serviços de cuidados de saúde primários e ao ensino e pesquisa da medicina familiar geral. Entrando no século XXI, para acompanhar as vicissitudes da sociedade e satisfazer as crescentes necessidades da saúde resultantes da elevação do nível de vida, o regime de assistência médica de Macau deve submeter-se a um necessário reajustamento: melhorar os serviços de assistência médica, explorar a formação e o estudo da medicina familiar geral, reforçar os cuidados de saúde primários que

* Médica de clínica geral dos Serviços de Saúde, licenciada em Medicina Geral e mestre em Administração Pública.

devem basear-se na medicina familiar, orientados pela medicina preventiva, elaborar políticas de saúde que correspondam aos benefícios sócio-económicos de longo prazo, e promover o desenvolvimento da medicina familiar em Macau, para que todos possam gozar de saúde o mais cedo possível.

O presente trabalho visa, através da combinação da teoria e das práticas, expor a situação actual e a tendência de desenvolvimento da medicina familiar no mundo, assim como as suas dificuldades e rumo da sua reforma, tentando localizar os problemas existentes no regime de assistência médica de Macau, apresentar propostas que contribuam para melhorar a medicina geral, analisar como o Governo da RAEM deve seguir a lei do desenvolvimento da sociedade e promover o desenvolvimento da medicina familiar. Esperamos que esta tentativa se revista de certo significado teórico e prático para uma melhor implantação da medicina familiar em Macau.

I

DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA FAMILIAR E SUA TENDÊNCIA

A medicina familiar desenvolveu-se conforme variados factores da sociedade, nomeadamente a situação política e económica, a mudança do sistema de saúde e as exigências aos cuidados de saúde e à medicina em geral. O grande desenvolvimento da ciência e da tecnologia moderna tem conduzido à alteração da estrutura populacional e da gama das doenças, e, conseqüentemente, à incoerência entre a medicina moderna e as necessidades da sociedade, a tal ponto que o tradicional modelo de medicina biológica, geralmente exclusivo, já deixa de poder curar ou prevenir eficazmente certas doenças crónicas, não podendo baixar notoriamente a sua incidência e mortalidade. Por outro lado, com o desenvolvimento da especialização da medicina e o maior emprego de alta ciência e tecnologia na medicina, os custos da assistência médica têm aumentado de ano para ano, o que contribuiu de facto para promover os estudos patológicos e elevar o nível do diagnóstico, mas não se apresentou muito eficaz para resolver muitos problemas encontrados nas práticas clínicas, sobretudo quanto às doenças crónicas e às da velhice. Esta influência que a mudança sociológica tem exercido sobre o modelo da assistência médica levou a medicina moderna a apoiar-se cada vez mais na medicina pre-

ventiva e terapêutica, em vez da clínica diferenciada, tendo dado assim origem à medicina familiar que se baseia no modelo de rede de assistência médica socializada. O desenvolvimento da medicina familiar e do médico de família é uma demonstração do natural desenvolvimento da assistência médica. A medicina familiar, que é uma das principais tendências da medicina em todo o mundo, pode melhorar a qualidade dos cuidados de saúde primários, contribuindo para que toda a população tenha acesso à saúde, e poderá registar maior desenvolvimento neste novo século.

II

SITUAÇÃO E REFORMA DA MEDICINA FAMILIAR E MEDICINA GERAL MODERNA

Nos quinze anos de 1969 a 1984, a medicina familiar registou rápido desenvolvimento nos Estado Unidos. Posteriormente a medicina familiar e a medicina geral foram implantadas na maioria dos países desenvolvidos ocidentais, tendo registado notórios sucessos. Quanto aos países e regiões da Ásia, o governo e a comunidade médica têm prestado maior atenção ao desenvolvimento da medicina especializada de alta ciência e tecnologia, sem dar a devida consideração e apoio à medicina familiar, de modo que a medicina familiar foi implantada tarde nesta região do mundo e os seus progressos são lentos. Os grandes progressos que a medicina familiar tem registado nos países desenvolvidos da América e da Europa deveram-se muito aos apoios prestados pelo governo e pela população, aos esforços envidados na área de ensino e formação e ao desenvolvimento da clínica de medicina geral, apesar de os diversos problemas resultantes das vicissitudes sociais terem exercido certo impacto contra a medicina familiar em desenvolvimento. Actualmente, muitos países do mundo estão a fazer enormes esforços na reforma e desenvolvimento da medicina familiar, tendo já acumulado boas experiências, que poderemos aproveitar.

Os países desenvolvidos estão hoje a fazer grandes esforços para elevar o nível da saúde, baixar a incidência das doenças cardiovasculares e vasculares cerebrais, reduzir os custos da assistência médica, promover campanhas de saúde, promover os serviços de saúde, elevar a capacidade de assistência médica, intensificar a formação de médicos de clínica geral, reforçar o papel de suporte da educação da saúde e do ambiente da higiene, criar um meio ambiente mais saudável, ajudar a estabelecer

modos de vida mais higiénicos, prestar melhores serviços de saúde e controlar o abuso e desperdício de recursos de assistência médica.

Entretanto, nos países em vias de desenvolvimento, já se começou a prestar uma crescente consideração à medicina familiar: reforçar a sua divulgação junto da população em geral, da comunidade médica e dos próprios órgãos administrativos, angariar mais apoios do governo quanto à elaboração da política e maiores apoios internacionais; alargar a cobertura dos cuidados de saúde primários para os mais necessitados e os habitantes das zonas remotas terem acesso aos necessários serviços de saúde; elaborar e realizar planos de experimentação de modelos de assistência médica, adoptando o método de assistência médica primária, baseado na clínica de medicina geral e no bairro social; aumentar as vagas de médicos hospitalares, estimulando mais graduados a dedicar-se à medicina familiar, incentivar os médicos que trabalham ao nível base a receber nova formação, elevar o papel e posição do médico familiar e ajudar a criar um novo modelo de relacionamento entre o médico familiar e os demais médicos especializados, que seja complementar em vez de competitivo; implantar e promover a formação de docentes de medicina familiar e a reciclagem de médicos em serviço que trabalhem ao nível base.

III

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM MACAU

A. Situação da saúde da população de Macau I.

Alteração da estrutura populacional

Nos vinte anos de 1979 a 1999, a população de Macau tem registado um crescente aumento, tendo aumentado de 237 318 para 437 455 pessoas; o aumento total atingiu 84,3% e o anual 1,6%. Com o desenvolvimento da economia, a exploração de solos e a internacionalização do Território, o número de imigrantes tem aumentado também de ano para ano, sobretudo os imigrantes legais vindos do Continente Chinês.

Dos índices da estrutura populacional de 1999, pode-se descobrir que os que têm 65 anos ou mais de idade ocupam 7,7% da população, considerando-se que a percentagem de 7,5% é já considerada internacionalmente como índice do envelhecimento da população; a esperança de

vida calculada ao nascer tem-se prolongado, sendo a dos homens hoje de 75,3 anos e a das mulheres 79,9 anos; os adultos ocupam 69,1% da população, os jovens ocupam 23,2%, enquanto os idosos ocupam apenas uma pequena percentagem, mas é uma percentagem crescente, enquanto a natalidade se mantém em decréscimo, pelo que podemos afirmar que a tendência de envelhecimento da população de Macau está a agravar-se.

2. Problemas da saúde da população de Macau

Em termos gerais, a saúde dos habitantes de Macau pode ser considerada como ideal, sendo mesmo uma das melhores regiões quanto ao nível da saúde, se a compararmos com outros países e regiões do mundo. Segundo os dados estatísticos, nos últimos cinco anos, a mortalidade total em Macau mantém-se em baixo nível, sendo a de 1999 de 3,2‰, a dos bebés, a dos recém-nascidos de menos de trinta dias, a dos recém-nascidos de menos de sete dias e a dos fetos apresentam-se em contínuo decréscimo, o que demonstra que o nível da saúde da população de Macau é satisfatório. Quanto aos motivos da morte, as doenças de sistema circulatório, os tumores e as doenças de sistema respiratório são apontados como principais factores. A assistologia, o tumor maligno de tra-queia e brônquio e a doença cerebrovascular aguda mas não identificada ocupam os três primeiros lugares dos dez maiores motivos da morte. Estes índices são semelhantes aos de outros países e regiões do mundo. Quanto à gama das doenças de Macau, as doenças contagiosas e as da mãe e do bebé já começaram a dar o seu lugar, pouco a pouco, às doenças não contagiosas e aos acidentes.

Para além da mortalidade, a incidência das doenças é outro índice importante para classificar o nível da saúde. No entanto, não há em Macau dados globais sistematicamente recolhidos sobre a incidência das doenças. Segundo dados estatísticos ao nosso alcance, os principais motivos que levaram os doentes a visitar Centros de Saúde em 1999 são geralmente preventivos, nomeadamente o exame da saúde, a vacinação, o exame de carcinoma cervical, o exame de cancro de glândula mamai, os cuidados pré-natais, os cuidados ao aluno, as consultas de saúde e a educação de saúde; e quanto à patologia, predominam as doenças cardiovasculares, seguidas pelas doenças do sistema respiratório. É pena que outros factores importantes não tenham sido registados nessas consultas, como o factor social, o familiar, o psicológico, o matrimonial e o mental, entre outros.

É de referir que os dados estatísticos das doenças que se têm de registar revelam que, de 1991 a 1999, a doença mais vulgar e de maior incidência é a tuberculose, seguida pela hepatite A, hepatite B e hepatite C, doenças que se apresentam em crêscimo. No entanto, graças à vacinação, as doenças contagiosas que se podem evitar estão a decrescer pouco a pouco.

B. Sistema de cuidados de saúde primários em Macau

1. Estabelecimento do sistema de assistência médica pública

O sistema de assistência médica pública foi implantado em Macau no século passado, o seu modelo de organização tem origem em Portugal. Antes da década de oitenta do século XX, o governo português de Macau aplicava uma política de deixar as coisas seguirem o seu curso, os serviços de assistência médica eram dominados pelos médicos livres, o governo limitava-se a assumir os trabalhos mais básicos de saúde pública, como a vacinação e o controle do meio ambiente, podendo o cidadão escolher à vontade qualquer estabelecimento de assistência médica particular. Desde a década de oitenta, para garantir a saúde dos habitantes e realizar a meta de «todos terem acesso aos cuidados de saúde em 2000» formulada pela Organização Mundial da Saúde, o Governo de Macau planeou reajustar a política da saúde, e, em 1985, dividiu o sistema de saúde em duas partes: um complexo hospitalar público que presta cuidados de saúde diferenciados, curativos e de reabilitação; oito Centros de Saúde que prestam cuidados de saúde ao nível da clínica geral. Foi nessa altura que o Governo adoptou uma política de intervenção, começando a prestar todo o tipo de cuidados de saúde, permitindo a existência de estabelecimentos hospitalares, particulares ou patrocinados pelas organizações de caridade, que funcionam como um complemento dos estabelecimentos hospitalares públicos.

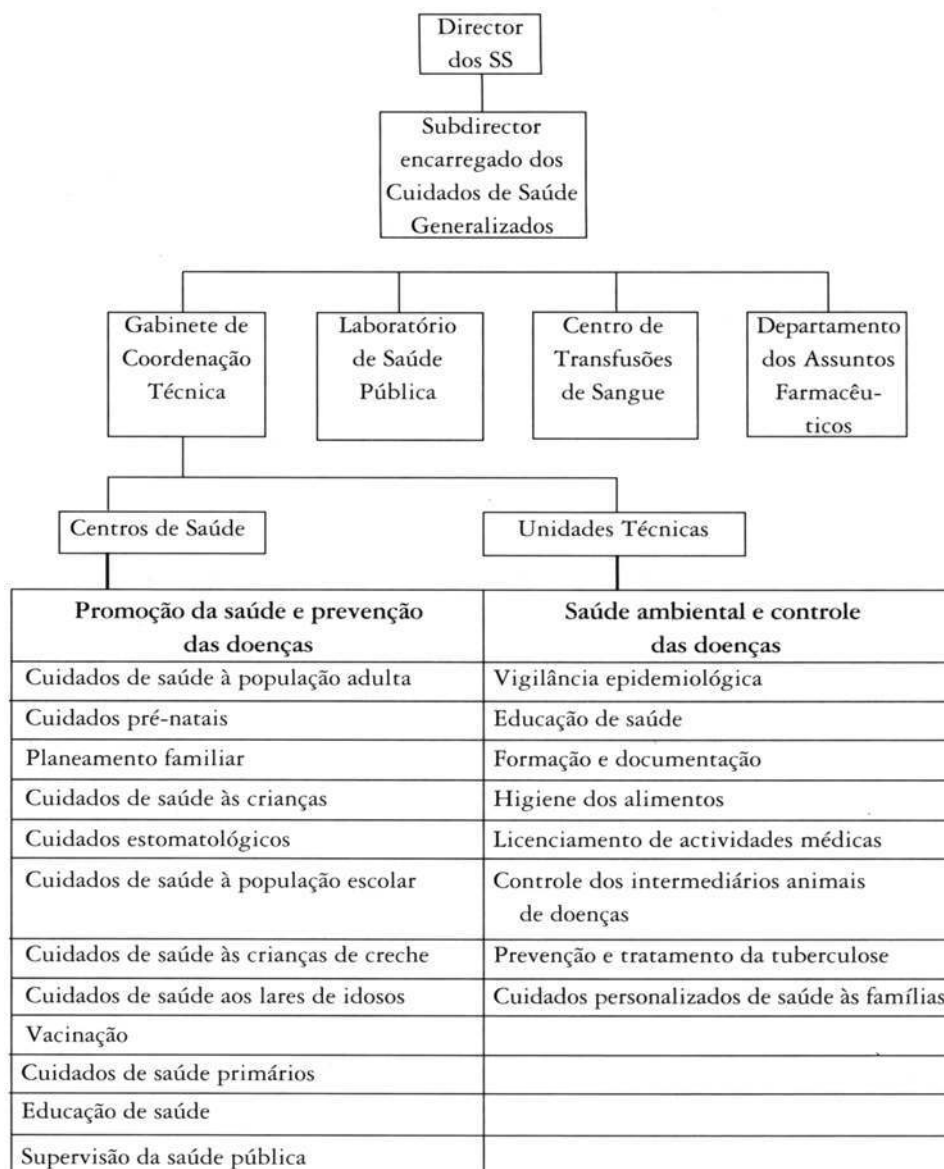
2. Modelo de funcionamento da rede de cuidados de saúde primários

A rede de cuidados de saúde primários cobre todo o Território (incluindo a Taipa e Coloane), prestando a todos os cidadãos variados serviços de saúde gratuitos, como os cuidados de saúde primários, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, o encaminhamento do doente para os estabelecimentos hospitalares, e a aplicação de medicamentos essenciais.

Para promover, em colaboração com os bairros sociais, a educação de saúde, a prevenção de doenças e a prestação de cuidados de saúde, os Serviços de Saúde criam sete unidades técnicas, a fim de aperfeiçoar a colaboração ao nível da prestação de cuidados de saúde primários. (Ver o Mapa 3-1 Organograma do sistema de cuidados de saúde primários de Macau.) Por outro lado, para aperfeiçoar a prestação de cuidados de saúde primários, os Serviços de Saúde autorizaram a criação, em Fevereiro de 1999, de uma Comissão de Saúde em todos os bairros sociais, composta pelo Director do Centro de Saúde, médicos, enfermeiros, agentes sanitários e representantes de instituições governamentais e de organizações populares, encarregada de apreciar o plano e actividade do Centro de Saúde, promover a participação dos cidadãos em actividades de saúde, atender queixas e reclamações dos utentes e apresentar sugestões e críticas que contribuam para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Centro de Saúde. Actualmente os cuidados de saúde primários já cobrem toda a população de Macau, que é de 430 mil habitantes aproximadamente; o número das pessoas que recebem frequentemente serviços de saúde dos Centros de Saúde apresenta-se em contínuo aumento. No fim de 1999, o número de utentes era aproximadamente 60% da população total, e o número total de consultas atingiu 305 364, o que demonstra que os médicos de clínica geral mantêm estreito contacto com os cidadãos.

Quanto à afectação dos recursos, dos estabelecimentos que prestaram cuidados de saúde primários em 1999, 92,2% são privados, 4,4% pertencem a organizações de caridade ou sociais, não lucrativas, e apenas 3,4% são da Administração Pública. Quanto aos recursos humanos, os Centros de Saúde têm cerca de 100 médicos de clínica geral e 130 enfermeiros. Os recursos financeiros dos serviços de saúde, que vêm do orçamento da Administração Pública, destinam-se principalmente a cobrir as despesas da administração de saúde e das actividades de saúde e assistência médica. Uma parte do orçamento dos serviços de saúde é destinada a patrocinar o Hospital Kiang Wu que é um estabelecimento privado e os serviços de saúde prestados por organizações não lucrativas. Os cidadãos têm acesso aos serviços médicos gratuitos nos Centros de Saúde, e uma pequena parte dos cidadãos tem de pagar os serviços prestados pelo hospital do Governo. Não há em Macau regime de seguros médicos obrigatórios; apenas uma parte dos cidadãos escolhe fazer diversos seguros da saúde.

Mapa 3-1 Organograma do sistema de cuidados de saúde primários



IV

PROBLEMAS EXISTENTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nos últimos mais de dez anos, os cuidados de saúde primários em Macau não desempenharam plenamente o seu papel, devido à ineficiência da publicidade por parte da Administração, de modo que os médicos

e a população em geral não têm suficiente consciência e conhecimento das vantagens da medicina geral, tendo-se dado grande consideração aos cuidados curativos e pouca consideração à prevenção e ao valor da existência dos cuidados de saúde primários. Os residentes de cada bairro social não têm suficiente consciência e iniciativa para participar na elaboração e implantação da política de saúde e tudo isto impediu a aplicação dos cuidados de saúde primários. Dos muitos problemas existentes nesta área destacam-se:

1. Baixa eficiência do trabalho e baixa qualidade dos serviços

Os serviços públicos de assistência médica não se encontram sob uma rigorosa vigilância externa e a sua eficiência não mereceu consideração devida, o que levou os cuidados de saúde primários a enfrentar os seguintes problemas: (1) A insuficiência da divulgação dos conhecimentos profissionais, que faz com que não se tenha dado plena consideração à medicina geral e os seus serviços não tenham sido plenamente aproveitados; (2) A inadequação do software e hardware utilizados, que conduziu ao prolongamento do tempo de espera quanto à marcação, registo e consulta; (3) O canal de encaminhamento dos doentes foi já estabelecido ao nível da medicina especializada, mas falta ainda o acordo de encaminhamento de dois sentidos, de modo que se perde muitas vezes o contacto com o doente depois de este ter sido encaminhado para outro estabelecimento hospitalar, e o médico de clínica geral necessita de participar mais na prestação de cuidados aos doentes internados, o que desfavorece a prestação de serviços coordenados e contínuos; (4) Os serviços prestados são geralmente o tratamento de doenças vulgares, o exame da saúde e a educação para a saúde, não procedendo, na maioria dos casos, a conversas e consultas com o doente ao nível da fisiologia, psicologia e sociologia, e até o nível profissional e a atitude do serviço são precários, afastando assim o relacionamento entre o doente e o médico; (5) Os recursos e vantagens do bairro social não estão plenamente aproveitados; o funcionamento, na maioria dos casos, atende mais à forma do que ao conteúdo; (6) A qualidade dos serviços prestados não se submete a uma rigorosa vigilância e avaliação, estando submetida apenas a uma avaliação quantitativa vulgar.

2. Problemas dos recursos de saúde que urge resolver

A popularização dos cuidados de saúde primários é considerada como o método mais eficaz e económico do fornecimento de assistência médi-

ca, sendo particularmente vantajosa quanto aos cuidados prolongados de doenças crónicas; no entanto, acontece muitas vezes que os recursos são mal utilizados e desperdiçados nos estabelecimentos hospitalares públicos. Quanto ao desperdício formal, como a assistência médica é gratuita e não lhe foi introduzido um mecanismo de concorrência, o médico e o doente não têm suficiente consciência para evitar o desperdício; ambas as partes recorrem o mais possível à alta ciência e tecnologia, gastando desnecessariamente muitos recursos, nomeadamente os novos medicamentos que são geralmente caros, os exames específicos, os recursos humanos, as instalações, os equipamentos, a electricidade e outros bens de consumo. E quanto ao desperdício invisível, embora tenha sido dada uma grande consideração à educação para a saúde, os cidadãos continuam a dar maior consideração aos cuidados curativos, desprezando a prevenção, dependem muito do médico, não têm suficiente consciência de se cuidarem por si próprios, e, quando vão ver médico, hão-de voltar com medicamentos, e o médico limita-se a agradar-lhes, o que tem agra-vado os encargos da assistência médica, elevando os seus custos.

A afectação dos recursos humanos é outro problema importante. Os actuais 100 médicos de clínica geral e 130 enfermeiros são evidentemente insuficientes para satisfazer as necessidades resultantes do desenvolvimento da sociedade e prestar serviços de alta qualidade, pois que um médico precisa de cuidar de 4380 cidadãos, enquanto o ideal é 1 :2000. Dos médicos dos Centros de Saúde, 40% são médicos especializados de clínica geral e 60% são médicos que não foram ainda classificados ao nível da especialidade e que esperam obter habilitações através de exame para poderem dedicar-se a outras especialidades de medicina, o que conduziu à constante instabilidade dos recursos humanos dos Centros de Saúde, afectando a qualidade dos serviços prestados.

3. Sistema de formação que precisa de melhorar

A formação de médicos de clínica geral de Macau foi iniciada em 1989, e o sistema de formação especializada só foi implantada em 1996, tendo formado no total 32 médicos locais especializados em clínica geral. Estes 32 médicos percorreram diferentes caminhos para obterem a habilitação de médico especializado de clínica geral: nove médicos fizeram exame de especialidade e receberam uma formação de três anos, composta por treinos teóricos e práticos, necessários para um médico hospitalar a tempo inteiro; os outros 23 médicos são médicos que já

cumpriram oito anos de serviço em Centros de Saúde, condição legalmente exigida (hoje só cinco anos), e submeteram-se voluntariamente a um processo especial de formação de medicina geral de um ano e meio de duração. Esta formação ministrada, aproveitando parte do tempo do serviço, é composta por aulas de exposição, práticas sob orientação e reciclagem no hospital (geralmente nos cuidados ambulatoriais). E para aquele médico que começou a receber formação em 1999, o curso de certificado de medicina familiar será pela primeira vez integrado no plano de formação de medicina geral especializada.

A formação especializada em Macau, que adoptou o modelo português, depois de lhe fazer alguns reajustamentos conforme as características locais, apresenta os seguintes defeitos: 1. A medicina familiar não foi estendida para os cuidados de saúde primários e faltam professores e materiais didácticos para a formação de médicos familiares de clínica geral especializada; 2. Não há aulas de teoria da medicina familiar de clínica geral, nem aulas de sociologia, moral e medicina psicológica; 3. Adoptou-se o modelo de treino da medicina clínica, aplicado na Faculdade de medicina, que é idêntico ao modelo de diagnóstico e tratamento do médico especializado hospitalar, concentrando-se altamente nas técnicas de diagnóstico e tratamento de doenças vulgares; 4. Faltam atitude, conhecimentos e técnicas necessárias para orientar e demonstrar a medicina geral; 5. Faltam motivos de interesse que possam suscitar o estudo da medicina do bairro social e elevar a capacidade autodidáctica; 6. Não há boa administração da comunidade médica, nem treino técnico coordenado em equipa.

Quanto à educação contínua dos médicos de clínica geral, a coordenação e planeamento compete ao Gabinete de Coordenação Técnica dos Cuidados de Saúde Generalizados. Esta formação ministra-se geralmente em forma de aulas de exposição, para além de cursos e conferências, exercícios, documentação, informações de internet e estágios nos cuidados ambulatoriais diferenciados, os aprendentes têm, no entanto, pouca oportunidade de se aperfeiçoar fora de Macau.

4. Falta de medidas eficazes de administração

A baixa eficiência da assistência médica pública, a baixa qualidade dos serviços e o desperdício dos recursos devem-se, por um lado, à falta de medidas eficazes de administração, e, por outro lado, ao facto de que os trabalhadores não têm um elevado espírito de serviço. Daí podermos

dizer que os trabalhadores da assistência médica pública a diversos níveis ainda não estabeleceram uma meta comum, precisando de se empenhar mais conjuntamente no melhoramento da qualidade dos serviços. O contínuo funcionamento de um velho regime rígido poderá atrasar o desenvolvimento da assistência médica pública, fazer perder a confiança do público e o apoio político da Administração, enfraquecer os recursos da saúde, fazendo declinar ou até desaparecer o sistema de assistência médica pública.

V

PROPOSTAS PARA APERFEIÇOAR O SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Para desenvolver continuamente o sistema de cuidados de saúde primários, é necessário reforçar primeiro a divulgação através de vias diversificadas para que todos os trabalhadores da assistência médica e toda a população conheçam melhor o rumo do desenvolvimento dos serviços de saúde de Macau e o significado da medicina familiar geral, corrigindo o mal-entendimento de que a medicina geral não passa de um novo serviço ou um serviço não profissional e o incorrecto conceito de que os cuidados de saúde primários não passam de serviços gratuitos de assistência médica de baixa qualidade.

Os cuidados de saúde primários são na realidade serviços de assistência médica prestados em equipa e baseados na família, sendo uma forma de serviços que toma em consideração todos os aspectos, embora existam muitos problemas no processo da sua aplicação em Macau, que se devem a diversos aspectos, nomeadamente o sistema de assistência médica, os recursos da saúde, o modelo de funcionamento e a baixa qualidade dos serviços. Para melhorar os serviços de assistência médica de Macau, deve-se proceder a uma reforma radical: os que decidem a política devem melhorar o sistema de assistência médica, os administradores devem melhorar as medidas de administração e os prestadores de serviços devem abandonar vícios e estabelecer o espírito de servir a população de todo a coração. A medicina familiar geral só se poderá desenvolver duma forma saudável quando todas as partes envidarem esforços conjuntos, apresentando uma boa imagem na promoção dos serviços médicos, conduzindo a assistência médica pública a um melhoramento contínuo. Para melhorar o sistema de saúde, apresento algumas sugestões:

1. Elevar a eficiência dos serviços

Uma boa eficiência dos serviços médicos só se poderá realizar através de uma aperfeiçoada administração e funcionamento do sistema. A qualidade dos serviços é sempre reflectida na opinião pública, que deve, portanto, ser devidamente considerada, analisada e aproveitada para poder melhorar continuamente a qualidade a todos os níveis: (1) Simplificar as formalidades através da instalação de computadores privados, pelos quais se poderão acelerar os trabalhos quotidianos como o registo, a marcação, o processamento dos registos patológicos, a anotação de consultas, o estabelecimento de soluções médicas, entre outros, podendo ainda interligar-se ao hospital para obter orientações profissionais, ou servindo como uma ferramenta auxiliar do médico para proceder ao estudo, análise estatística e gestão de stock; (2) Criar o sistema de marcação pelo telefone e o mecanismo de informação ou atendimento ao público; (3) Afectar razoavelmente os recursos pessoais, design o horário flexível de serviço ou dividir o serviço em diferentes espaços de tempo, a fim de descentrar o fluxo de doentes, encurtar o tempo de espera e aliviar a dificuldade da consulta; (4) Instalar em alguns Centros de Saúde de alta frequência e relativamente afastados equipamentos médicos de baixo custo, mas de fácil uso, a fim de alargar a cobertura dos serviços; (5) Estabelecer acordo de encaminhamento do doente em dois sentidos, tomando a iniciativa de acompanhar continuamente o doente que não apareceu na consulta marcada ou perdeu o contacto de outra forma, a fim de lhe dar serviços coordenados e contínuos; (6) Reforçar a cooperação entre os bairros sociais, explorando todos os recursos disponíveis, incluindo os recursos estruturais, humanos e económicos, assim como a potencialidade que se pode aproveitar quanto à mobilização do bairro social.

2. Promover o aproveitamento razoável dos recursos

Para oferecer serviços satisfatórios, aproveitando recursos limitados, importante é saber explorar e poupar os recursos. Em primeiro lugar, é necessário elevar a todos a consciência de evitar o desperdício, fazendo com que todos os cidadãos e trabalhadores conheçam que o abuso e o desperdício de recursos pode conduzir, por um lado, ao aumento dos custos da assistência médica, e, por outro, destruir a justiça quanto ao uso dos recursos públicos, prejudicando os próprios interesses de cada um. Para tal, as autoridades da saúde devem reforçar a publicidade e a educação, elevando a consciência dos cidadãos quanto à prevenção de

doenças e aos cuidados de saúde, por si próprios, evitando o abuso de recursos da saúde; devem também orientar todos os trabalhadores para elevarem a eficácia, diminuir os custos e usar razoavelmente os recursos, controlando o desperdício de recursos públicos, através de medidas eficazes para controlar os custos e despesas e proceder à eficaz vigilância e fiscalização; devem ainda afectar razoavelmente os recursos pessoais, aumentando as vagas de médicos de medicina geral especializada e de enfermeiros de bairro social, para resolver o problema da falta de recursos humanos.

3. Reforçar a administração e vigilância

O sistema de assistência médica pública de Macau, que adoptou o modelo português, debatendo-se ainda com o defeito institucional e de administração, assim como com outros factores desfavoráveis, o que tem afectado directamente o bom funcionamento do sistema, prejudicando indirectamente os interesses dos cidadãos e sendo muitas vezes alvo de crítica por parte da população. Para melhorar os serviços de assistência médica, devemos reforçar a administração e vigilância do sistema, como por exemplo, as respectivas regras do trabalho e o procedimento do expediente estabelecidos pelas instituições competentes devem combinar-se devidamente com a respectiva legislação e os regulamentos, a fim de melhor regular os trabalhos dos diversos departamentos; deve proceder-se a rigorosa vigilância e avaliação sobre o funcionamento e a eficácia dos serviços dos diversos departamentos da saúde; devem introduzir-se mecanismos de concorrência de promoção e de prémio e punição, para promover a atitude e comportamento do serviço dos trabalhadores; deve proceder-se ao controle e vigilância do abuso ou desperdício de recursos; deve haver medidas eficazes para superar a crise, sobretudo quanto ao incidente ou conflito de assistência médica. Deve ainda reforçar-se a vigilância externa, estabelecer os canais para estreitar o contacto entre o Centro de Saúde, os cidadãos e a Comissão de Saúde do Bairro Social; as críticas ou queixas contra o Centro de Saúde podem apresentar-se junto do próprio Centro de Saúde ou da Comissão de Saúde; a troca de informações contribui com certeza para uma responsabilização colectiva pela construção cultural do bairro social, melhorando assim os serviços de saúde.

4. Reformar o sistema de formação

A formação de clínica geral visa fornecer conhecimentos de medicina geral, incentivar mais médicos a dedicar-se à clínica geral, preparar

médicos de clínica geral para os cuidados de saúde primários e elevar o nível dos serviços de clínica geral, através do ensino e treino de técnicas médicas e promover a dedicação e a moral profissional. A formação de clínica geral é composta pelo ensino de medicina geral, treino de médico hospitalar e educação contínua. No entanto, o plano de formação de clínica geral aplicado em Macau ainda não satisfaz todas as exigências, precisando de se aperfeiçoar, pois que o conteúdo do ensino não é uniforme, a sua qualidade varia de caso para caso e o critério de avaliação precisa também de ser esclarecido; tudo isto nos leva a crer que é necessário proceder a uma reforma do sistema de formação de clínica geral especializada, aperfeiçoando o seu conteúdo.

Quanto ao ensino de clínica geral, devemos: (1) Elaborar um plano de formação especializada mais completo; (2) Contratar regularmente médicos de medicina familiar competentes para orientar o ensino ou fornecer mais oportunidades para os médicos de clínica geral se aperfeiçoarem fora de Macau; (3) Dar maior ênfase ao ensino das noções básicas da medicina geral, incluindo a prevenção, a sociologia, a moral, o comportamento e a medicina psicológica, a fim de alterar o modo de pensamento dos médicos que se concentra altamente no indivíduo-biologia-tratamento; (4) Orientar nas práticas clínicas os médicos de clínica geral a ter uma correcta atitude de trabalho, a enriquecerem os conhecimentos, a elevarem as técnicas médicas, nomeadamente os conhecimentos fulcrais, as doenças vulgares dos bairros sociais e os seus princípios e métodos de tratamento, e ensinarem técnicas de diálogo e comunicação, melhorando o relacionamento com o doente; (5) Ensinar os conhecimentos de administração dos serviços de saúde e a coordenação em equipa; (6) Reforçar a educação da moral profissional, elevando a qualidade do médico e a sua responsabilidade no trabalho; (7) Dar a conhecer os conhecimentos jurídicos necessários à clínica geral, a fim de melhor garantir os actos de assistência médica, de acordo com a lei e os interesses dos cidadãos.

Quanto à educação contínua, devemos: (1) Tomar a educação contínua como o modo de aprendizagem durante toda a vida para os médicos de medicina geral, e conhecer amplamente as necessidades e interesses dos médicos para se poder fazer um plano flexível; (2) Ensinar numa forma diversificada, aperfeiçoar o sistema de informação e diversificar as actividades de ensino; (3) Promover a ideia de os médicos terem mais interesse pela educação contínua, elevarem a capacidade autodidáctica e

empenharem-se no estudo e investigação da medicina familiar geral; (4) Estimular médicos de clínica geral competentes a participarem em actividades de ensino, de que podem resultar, por um lado, créditos obtidos na educação contínua, e, por outro, experiência prática aos médicos que dela necessitam; 5. Continuar a avaliar a eficácia do ensino e adoptar sugestões dos aprendentes para corrigir a tempo o rumo da educação contínua e o seu conteúdo.

É também necessário reforçar o papel e função da Sociedade dos Médicos de Clínica Geral de Macau, elevando o seu nível académico, dinâmica, influência e confiança pública, para obter maior reconhecimento e apoio junto do público em geral. A Sociedade dos Médicos de Clínica Geral de Macau deve tomar a iniciativa de mobilizar todos os médicos de clínica geral para criar uma comissão para a investigação da medicina geral, recolher sugestões de todos os aspectos, criar um ambiente favorável para animar as actividades académicas de medicina geral, fazer uma revista dedicada à medicina geral, fornecendo informações desta disciplina, organizar intercâmbios com o exterior e respectivos simpósios e conferências, e apoiar a formação de docentes, promovendo a localização profissional. Pode também criar um centro de promoção da saúde, organizar grupos de voluntários, que, como orientadores da saúde, participem activamente nos serviços sociais, tais como consultas de caridade, visitas e orientação a famílias, educação da saúde do público, desempenhar o papel de conselheiro de medicina da comunicação social ou das organizações sociais, acompanhar e defender os direitos do doente, mobilizar os recursos do bairro social para fazer inquéritos sobre as necessidades da saúde e promover a eficácia dos serviços médicos, que possam ser uma importante referência para a elaboração da política de investimento nos serviços de saúde.

VI

EXPLORAR O RUMO DO DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA FAMILIAR EM MACAU

Os cuidados de saúde primários, iniciados de há mais de dez anos em Macau, contribuíram com certeza para a melhoria da saúde do Território, graças aos esforços conjuntos de toda a comunidade médica e de toda a sociedade. No entanto, não faltam problemas nesta área, que podem resolver-se através duma reforma aprofundada. Importante é que

não possamos negligenciar os factores que continuam a impedir o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Estamos hoje a enfrentar uma situação cada vez mais complexa: as doenças crónicas, o crescimento demográfico, o envelhecimento da população, a urbanização, a poluição ambiental, os maus costume de vida e vícios, a pressão psicológica, a exploração de avançados equipamentos médicos e novos medicamentos, a crescente subida das despesas da assistência médica e a crise financeira, entre outros. Surgiram assim novas exigências aos cuidados de saúde primários. O problema é se os actuais cuidados de saúde primários podem continuar a manter uma alta qualidade de serviços, satisfazendo as crescentes necessidades dos cidadãos quanto à assistência médica. O Governo da RAEM aplica baixos impostos e não tem um mecanismo próprio para angariar verbas para os serviços médicos públicos. Sob esta condição, o modo como o Governo aplica os limitados recursos e elabora uma política de saúde que possa ter eficácia económica e social de longo prazo e adaptar-se às vicissitudes sociais de Macau, é um tema importante, pelo qual devemos fazer grandes esforços.

A. Objectivo do desenvolvimento da medicina familiar

A medicina familiar aplica-se principalmente nos cuidados de saúde primários, o médico de família é o principal e mais conveniente aplicante destes cuidados, que fornece completos cuidados de saúde à família e contínuos cuidados de saúde ao doente. Na área da medicina familiar, é também necessário efectuar o ensino e a investigação; os cuidados de saúde primários podem tomar as teorias da medicina familiar como base, pelo que o desenvolvimento da medicina familiar é uma das prioridades dos cuidados de saúde primários. Embora envolva amplos conhecimentos, a medicina familiar não pode substituir a posição e função das outras especialidades da medicina; do mesmo modo, as outras especialidades também não podem substituir a posição e função da medicina familiar; ambas as partes constituem na realidade um relacionamento complementar, e não competitivo ou contrário, sendo este relacionamento favorável a ambas as partes: o médico e o doente.

Entrando no século XXI, deve definir-se uma nova estratégia para os cuidados de saúde de Macau: os cuidados de saúde primários tomam por objectivo a medicina familiar. A aplicação da medicina familiar de-pende da activa participação dos trabalhadores médicos e dos membros do bairro social, assim como da sua ampla compreensão comum, preci-

sando em grande medida da consideração e apoio dos que decidem a política dos assuntos sociais e da saúde, e do aumento do investimento no desenvolvimento da medicina familiar. Deve elaborar-se um plano de experimentação de medicina familiar que possa adaptar-se à actual situação sócio-económica de Macau, devendo adoptar-se o método de assistência médica primária baseado na clínica de medicina geral e no bairro social, para que os cuidados de clínica geral e os cuidados de saúde diferenciados possam complementar-se, uns aos outros, e para que os cuidados de saúde sejam mais individualizados, humanizados, contínuos, sintéticos, coordenados e acessíveis.

B. Algumas considerações para o desenvolvimento da medicina familiar

O desenvolvimento da medicina familiar necessita de grandes recursos humanos e financeiros, pelo que se deve fazer uma análise expectante sobre as soluções com que se pretende aplicar a medicina familiar.

1. Factores negativos do funcionamento dos cuidados de saúde primários

Os recursos que o Governo canaliza para os cuidados de saúde primários são muito insuficientes para satisfazer as necessidades da sociedade. Nos últimos anos, a população de Macau tem crescido continuamente, o que se traduziu em correspondente aumento dos doentes que recorrem aos cuidados de saúde primários dos Centros de Saúde, nomeadamente no contínuo aumento aos cuidados ambulatoriais; desde o ano 1993, a maior percentagem do crescimento deve-se aos doentes que sofrem de doenças crónicas. Este aumento e a grande mudança do ambiente da saúde exigem elevar continuamente a qualidade dos serviços e a variedade dos actuais serviços deixa de poder satisfazer as necessidades, precisando de criar novos serviços para haver um relativo equilíbrio entre a procura e a oferta.

Embora com uma notória eficácia social, os cuidados de saúde primários não recebem suficientes recursos, de modo que, sob a limitação do orçamento, a cobertura e o conteúdo do serviço têm-se reduzido e a qualidade do serviço tem baixado, não podendo mesmo desenvolver alguns serviços necessários. Os recursos humanos são outro problema importante: a falta de pessoal é vulgar nos Centros de Saúde e, em alguns

cuidados ambulatoriais, a consulta só é possível quando for marcada vinte dias úteis antecipados; se não aumentar o pessoal ou diminuir mais o número de horas de serviço (actualmente nos Centros de Saúde, o médico trabalha 45 horas por semana e o enfermeiro e os outros trabalhadores trabalham 36 horas por semana), o funcionamento será gravemente afectado, provocando descontentamento à população. Por outro lado, o abastecimento de medicamentos constitui uma das principais despesas; devido à redução dos recursos, o abastecimento de medicamentos torna-se instável e o médico prefere usar medicamentos mais baratos, que muitas vezes não resultam como se deseja, e o médico obriga-se a mandar adquirir medicamentos fora do hospital, o que tem elevado inesperadamente os custos dos serviços; no momento ainda não há um mecanismo destinado a controlar o excesso das despesas com os medicamentos. Destes factos, podemos concluir que o factor que impede o maior desenvolvimento sustentável dos cuidados de saúde primários é precisamente a insuficiência do investimento. Desconsiderar as crescentes necessidades da sociedade e limitar-se a reduzir as despesas não pode produzir a necessária eficácia económica, e a limitação administrativa às despesas da assistência médica pública, sem considerar as reais necessidades dos utentes, não é um método viável.

2. Viabilidade da aplicação da medicina familiar

Recursos humanos: Aumentar as vagas de médicos de medicina familiar dos cuidados de saúde primários, incentivar médicos de medicina familiar e médicos que ainda não foram classificados quanto à especialidade a receberem formação profissional de medicina familiar e a integrar a equipa de clínica de medicina geral, estimular os médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários a receberem reciclagem, promover a formação de docentes de medicina familiar e o ensino e a investigação de medicina familiar, valorizar o papel e posição profissional do médico familiar, criando entre o médico familiar e os outros médicos um relacionamento não competitivo, mas complementar.

Recursos financeiros: Nos últimos anos, o produto interno bruto tem baixado, as despesas da assistência médica pública têm aumentado, a percentagem das despesas da saúde sobre o valor do produto interno bruto tem aumentado também, enquanto a percentagem sobre as despesas da Administração Pública não registou notório aumento (ver o Quadro 6-1); os cuidados de saúde primários em Macau são sustentados pelo

orçamento vindo dos impostos gerais e os serviços prestados são quase gratuitos; o seu contínuo desenvolvimento depende decisivamente do apoio da Administração, da criação de factores favoráveis para obter maior orçamento governamental, e de uma afectação de recursos optimizada que possa manter equilíbrio entre os cuidados preventivos e os curativos.

Quadro 6-1 Despesas da saúde pública

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Despesas da saúde pública (cem milhões de patacas)	6,273	5,983	6,775	8,363	9,705	10,494	10,882
Despesas <i>per capita</i> da saúde pública (patacas)	1691	1558	1708	2043	2336	2505	2553
Percentagem sobre o Produto Interno Bruto	1,59	1,32	1,35	1,51	1,76	1,88	2,10
Percentagem sobre as despesas da Administração Pública	7,05	5,74	6,02	5,41	6,61	7,27	7,02

Fonte: Gabinete de Coordenação Técnica dos Cuidados de primários

3. Problema das verbas

Se a Administração pretender dar maior consideração e apoio ao desenvolvimento da medicina familiar, há-de canalizar-lhe convenientes recursos, depois de ter procedido a prudentes considerações. No entanto, os impostos são baixos, não há outros canais para angariar investimento e as despesas da saúde pública têm aumentado continuamente; perante esta situação, mesmo que não se desenvolva a medicina familiar, os cuidados de saúde primários não poderão manter-se com a diminuição dos recursos, estando muito longe de poder melhorar a qualidade dos serviços. Se houver crise financeira, a Administração poderá adoptar três métodos quanto ao orçamento da saúde pública: (1) manter os actuais recursos; (2) continuar a diminuir as despesas; (3) abrir novos canais para angariar verbas. O primeiro método poderá manter temporariamente o funcionamento dos cuidados de saúde primários, o segundo poderá levar à decadência do sistema de cuidados de saúde primários, excepto se hou-

ver recuperação da economia e crescimento do produto interno bruto, e o terceiro poderá garantir o contínuo desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

Daí podemos concluir que é necessário abrir novos canais de verbas para aumentar o orçamento dos cuidados de saúde. No entanto, o seu método é um tema que merece bons estudos: devemos aumentar os impostos, introduzir os seguros da saúde para implantar o princípio de que quem usa paga ou diminuir as despesas dos outros serviços governamentais para abrir nova fonte financeira para os cuidados de saúde? A este respeito, devemos considerar primeiro estes problemas: (1) Devido à depressão económica que se vive em Macau, o aumento de impostos poderá provocar influências negativas, não estando também em conformidade com o objectivo do sistema de baixos impostos, sendo portanto um método que deve ser considerado com grande prudência; (2) Quanto aos seguros da saúde, muitos países e regiões do mundo debatem-se com muitas dificuldades e problemas complicados no processo de implantação de seguros da saúde de toda a população, não podendo resolver problemas como o aumento das despesas dos cuidados de saúde e dos medicamentos e o abuso dos serviços médicos, e, além do mais, o ingresso per capita é relativamente baixo em Macau, onde predominam as doenças crónicas, que necessitam de cuidados de longo prazo, e a maioria dos seus cidadãos poderá não estar em condições de participar no projecto de seguros da saúde; (3) O Governo tem a responsabilidade de fornecer cuidados de saúde primários aos cidadãos, garantindo a sua saúde, e, se aplicar o princípio de que quem usa paga quando o ingresso per capita é baixo e as doenças crónicas ocupam grande percentagem, os cidadãos idosos, de má saúde ou necessitados, poderão ficar numa situação precária, pelo que digamos que esta solução não é viável; (4) O Governo não poderá aumentar sem limite o orçamento da saúde pública, tendo de garantir os interesses da nossa geração e também das futuras gerações, mantendo um equilíbrio entre a saúde pública, a educação, o bem-estar social, a habitação, a segurança pública e a construção infra-estrutural, não podendo reduzir à vontade os recursos dos outros serviços sociais.

4. Solução para angariar verbas

Considerando as realidades de Macau, a canalização de verbas para a saúde pública tem de satisfazer cinco requisitos fundamentais: (1) Edu-car e orientar os cidadãos para prevenirem doenças e evitarem ferimentos;

(2) Estimular os fornecedores de cuidados de saúde a prestarem serviços a custos o mais baixos possível e que correspondam aos interesses dos utentes, reduzindo e evitando o mau uso de recursos; (3) Garantir que todos possam suportar as despesas resultantes das doenças ou ferimentos; (4) Permitir que se possa escolher um tratamento médico mais avançado, através de um pagamento mais alto; (5) As despesas serão suportadas pelas pessoas com capacidade económica da forma mais justa possível.

A partir destes requisitos fundamentais, apresento aqui uma solução para angariar verbas para a saúde pública: Definem-se limites tecto de pagamento anual aos cuidados de saúde para as famílias de diferente nível de ingresso, todas as famílias têm de pagar os chamados custos directos dos cuidados de saúde, ou seja, o utente tem de pagar os custos directamente resultantes do serviço que lhe foi prestado como extra, e a parte deste pagamento que ultrapassa o limite tecto será a cargo do orçamento público, devendo os seguintes casos estar isentos do pagamento: os idosos com idade de 65 anos e superior, as crianças com idade de 10 anos e inferior, as pessoas de baixos rendimentos que satisfaçam determinadas condições, as famílias mais necessitadas, os deficientes, os doentes de cancro, os doentes de tuberculose, os psicopatas, os que padecem de doença contagiosa, os toxicodependentes, a vacinação e os cuidados de saúde de bairro social.

Os actuais cuidados de saúde gratuitos, que se baseiam no orçamento canalizado pela Administração, podem produzir uma injustiça: os pobres suportam as despesas dos cuidados de saúde dos ricos, podendo conduzir ao abuso de serviços médicos gratuitos, pois sempre se deseja obter os melhores cuidados de saúde possíveis. O limite tecto de pagamento anual aos cuidados da família, introduzindo o mecanismo de pagamento parcial dos cuidados de saúde, ou seja a família tem de pagar os custos directos dos cuidados de saúde, revestir-se-á das seguintes vantagens: (1) Obter parte das verbas necessárias; as pessoas com capacidade económica devem suportar parte dos custos dos cuidados de saúde que recebem, podendo reduzir assim o encargo do orçamento público; (2) Controlar o crescimento da procura dos cuidados de saúde, evitando o abuso de recursos; (3) Elevar a eficácia do uso dos limitados recursos e serviços; (4) Desempenhar um papel de equilíbrio entre os beneficiados e os não beneficiados; (5) Promover uma concorrência entre os serviços de saúde públicos e os privados que seja favorável ao desenvolvimento de ambas as partes; (6) Elevar a dignidade do utente, embora isto tenha

apenas um significado simbólico. E além do mais, a prática de que parte do pagamento que ultrapassa o limite tecto será a cargo do orçamento público poderá solucionar a questão de algumas pessoas não poderem suportar as despesas resultantes da doença. Daí digamos que é necessária e viável a solução de limite tecto de pagamento anual aos cuidados de saúde da família e de pagamento parcial dos cuidados de saúde. No entanto, a prestação de serviços médicos de boa qualidade será muito importante para os cidadãos poderem aceitar e pagar as despesas com agrado.

C. Expectativas da medicina familiar no século XXI

Ao entrar no século XXI, a prevenção e a educação da saúde foram definidas como meta estratégica da saúde do mundo. A moderna concepção da medicina reside fundamentalmente na transferência do fulcro dos serviços de saúde para a prevenção e na transformação de maus modos de vida, divulgando conhecimentos médicos necessários ao dia-a-dia e elevando a consciência e capacidade de se cuidar a si próprio, através da educação dos médicos e enfermeiros e do trabalho do bairro social. Os cuidados de saúde primários são parte importante e fundamental do sistema de cuidados de saúde, tomando por objectivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento das doenças e dos ferimentos e a promoção da reabilitação, concretizando o princípio de que todos são iguais e têm acesso aos cuidados de saúde. Nos últimos mais de dez anos, os cuidados de saúde primários lançaram sólidos alicerces em Macau, dispondo hoje de uma estrutura funcional e organizacional favorável ao desenvolvimento dos cuidados preventivos de saúde e das actividades de promoção da saúde; a sua qualidade de serviço mereceu uma avaliação positiva da Organização Mundial da Saúde, sendo considerado um bom exemplo da região Ásia-Pacífico do Oeste, à semelhança do Japão, Singapura e Austrália. No entanto, devemos ver que há ainda um longo caminho a percorrer quanto ao aperfeiçoamento do sistema de assistência médica, à garantia da saúde dos cidadãos e à concretização do princípio de que todos têm o mesmo direito a disfrutar cuidados de saúde de boa qualidade.

Nas vésperas da reforma do sistema de cuidados de saúde, devemos dar maior atenção ao rumo do desenvolvimento dos cuidados de saúde em Macau, proceder a uma transformação que esteja em conformidade com as realidades locais e correspondam ao progresso da sociedade, escolhendo um caminho próprio para o desenvolvimento dos cuidados de

saúde de Macau. Devemos aproveitar as experiências que os outros países e regiões do mundo têm acumulado na reforma do sistema de assistência médica, no aperfeiçoamento e consolidação dos cuidados de saúde e na implantação da medicina familiar, considerando as realidades de Macau, baseando-nos nos actuais cuidados de saúde primários para aperfeiçoar mais a função do sistema de cuidados de saúde primários. Devemos tomar a iniciativa de promover os factores positivos e criar condições favoráveis para melhorar os cuidados de saúde primários. Devemos promover o desenvolvimento da medicina familiar, explorar o ensino e investigação da medicina familiar, preparar pessoal especializado para a medicina familiar, elevar o papel profissional e posição social do médico familiar, reforçar os cuidados de saúde primários que devem basear-se na medicina familiar, orientados pela medicina preventiva, tomando-os como sendo cuidados preventivos de primeira instância, que coexistem com o hospital que oferece cuidados preventivos de segunda e terceira instâncias, ambas as partes desempenhando um papel complementar na prevenção e tratamento de doenças, a fim de criar um sistema de cuidados de saúde de que toda a população beneficie, que corresponda à tendência do desenvolvimento socio-político-económico de Macau e se adapte às capacidades financeiras da RAEM, e que contribua para concretizar o mais cedo possível a meta de todos disfrutarem de bons serviços de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Li Mengzhi, «Medicina familiar e administração da clínica familiar», Companhia de Consultas de Administração Empresarial Harvard, Taiwan, 3.^a edição actualizada.
2. Xie Yinghua, «Conferências sobre a medicina familiar», Editora Heji, Taiwan, 1.^a edição de 1990.
3. Liao Rongli, «Trabalhos médicos e sociais», Companhia Editora Juliu, Taiwan, edição de 1991.
4. Yang Zhiliang, «A saúde promove os seguros», Companhia Editora Juliu, Taiwan, edição actualizada de 1996.
5. Shi Benzhong, «Garantia da assistência médica internacional», Sociedade de Seguros Sociais, Taiwan, edição de 1990.
6. Zhang Shuxian, «Medicina do bairro social», Editora Unida da Universidade de Medicina de Pequim e Universidade de Medicina Xiehe da China, Pequim, edição de 1998.
7. Wu Qiyuan, «Políticas públicas», Editora Comercial, Hong Kong, edição de 1989.
8. Xu Zaoer, «Análise económica dos serviços médicos em Hong Kong», Editora da Universidade Chinesa Hong Kong, edição de 1993.
9. He Luosheng, «Análise económica da reforma da assistência médica», Editora Comercial, Hong Kong, edição de 1997.
10. «Reforma da assistência médica em Hong Kong», relatório da equipa de especialistas da Harvard University, Hong Kong, 1998.
11. Huang Hanqiang e Wu Zhiliang, «Panorama de Macau», N.º 2, Fundação Macau, Macau, edição de 1997.
12. «Administração Pública de Macau, 1999», Direcção dos Serviços de Administração e Função Pública, Macau, 1998.
13. «Sistema de saúde de Macau: diagnóstico e proposta», Gabinete do Secretário para os Assuntos Sociais e Orçamento, Macau, 1997.
14. Acta da III Conferência sobre a Medicina de Prevenção de Guangdong, Hong Kong e Macau, Macau, 1997.
15. Qu Guoying e Deng Zhihao, «Macau 1999 — Situação e perspectiva do sistema de cuidados de saúde primários em Macau», Fundação Macau, 1999.

16. «Anuário estatístico dos Serviços de Saúde de Macau», Serviços de Saúde, Macau, 1995-1999.
17. Fredric D.Wolinsky: «The Sociology of Health», U.S.A., 1999.
18. The College of Family Physicians of Canada: «Family Medicine in Undergraduate Medical Education», Canadá, 1995.