

Interpelação Escrita

Deputado José Maria Pereira Coutinho

“Implementação do Modelo de Medicina Familiar na RAEM: Calendário, Infraestruturas e Modernização do Sistema”

A Medicina Familiar constitui um pilar estruturante dos sistemas de saúde modernos, comprovadamente eficaz na promoção da acessibilidade, continuidade e racionalização de cuidados. Na Região Administrativa Especial de Macau (RAEM), a criação da **Base de Formação em Medicina Familiar dos Serviços de Saúde de Macau** — anunciada no segundo trimestre do corrente ano — representa um avanço estratégico na reorientação do sistema de saúde público para modelos centrados no doente e na família, alinhados com as melhores práticas internacionais preconizadas pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), cuja entidade celebra anualmente, a 19 de maio, o **Dia Mundial do Médico de Família**, que tem como propósito reconhecer o papel fundamental destes profissionais na prestação de cuidados de saúde primários contínuos e abrangentes

Este instrumento visa a formação especializada de médicos em Medicina Geral e Familiar (MGF) que aspirem a prosseguir a carreira de Médico de Família, integrados no sistema público de saúde da RAEM. A iniciativa dá prioridade à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de patologias comuns, garantindo uma abordagem holística centrada no doente e na sua família.

O Médico de Família assume uma função central no acompanhamento do indivíduo e dos seus familiares diretos, no âmbito da sua estrutura social, assegurando o seu bem-estar físico e mental para a plenitude das suas capacidades. Cabe-lhe a coordenação transversal dos cuidados de saúde, articulando com outras especialidades e desempenhando um papel crucial na vigilância sanitária, prevenção e diagnóstico precoce de eventuais patologias.

Reconhece-se, à luz da experiência em diversos países europeus, que a formação especializada em Medicina Geral e Familiar (MGF), assente em programas de internato estruturados e multidisciplinares, com duração habitual de quatro anos, abarcando formação geral e específica, estágios obrigatórios e opcionais, além de formações complementares, é condição sine qua non para a excelência clínica e a sustentabilidade do sistema.

A consolidação deste modelo surge como resposta imprescindível ao duplo desafio demográfico e epidemiológico que a RAEM enfrenta, onde o **envelhecimento acelerado da população**, e o aumento da esperança média de vida — fatores que implicam alterações substanciais no perfil de saúde pública, agravadas por estilos de vida e hábitos alimentares pouco saudáveis —, e a prevalência crescente de doenças crónicas não transmissíveis, que superam atualmente as doenças infecciosas, como principal causa de mortalidade e incapacidade na Região, exigem uma reorganização profunda dos cuidados primários.

A figura do Médico de Família, enquanto coordenador natural dos percursos de saúde, potencia a eficiência na alocação de recursos, reduzindo encaminhamentos desnecessários para níveis secundários de cuidados e garantindo intervenções oportunas e personalizadas.

Face a este enquadramento, e considerando a **urgência operacional** decorrente do Plano de Formação já divulgado, solicita-se **esclarecimento circunstanciado ao Governo, de uma forma CLARA, PRECISA, COERENTE, COMPLETA, e em tempo útil, às seguintes questões:**

1. Qual o cronograma detalhado para a implementação faseada do modelo de Médico de Família na RAEM, incluindo as datas de início de cada etapa, os bairros prioritários e os critérios utilizados para essa hierarquização, considerando os indicadores de densidade populacional e envelhecimento demográfico? Que metas quantitativas e qualitativas (KPIs) estão definidas para os primeiros 36 meses de operação, relativamente a: (a) número de médicos de família por 10.000 habitantes; (b) redução percentual de encaminhamentos para cuidados secundários; e (c) cobertura populacional efetiva em bairros críticos, face ao aumento de 23% da população idosa projetada até 2030? Que modelo de delimitação geográfica está a ser desenhado para as equipas de Medicina Familiar, nomeadamente quanto a: (i) raio de ação máximo por unidade; (ii) número máximo de utentes por médico; e (iii) mecanismos de ajuste dinâmico face a fluxos migratórios intraurbanos, garantindo equidade no acesso aos cuidados primários em bairros com sobrecarga demográfica?
2. Quais os requisitos técnicos mínimos definidos para as instalações físicas das futuras Unidades de Medicina Familiar (ex.: área útil por consultório, salas de procedimentos, espaços multidisciplinares), garantindo a operacionalidade das

equipas e o conforto dos utentes, e como serão adaptados à tipologia edificatória dominante em bairros de alta densidade populacional? Que recursos materiais e tecnológicos essenciais (ex.: equipamentos de diagnóstico rápido, telemedicina, sistemas de gestão clínica) serão alocados a cada unidade, com base no perfil epidemiológico do seu território de atuação, para garantir capacidade resolutiva $\geq 90\%$ nas patologias mais frequentes? Como será articulada a rede de novas infraestruturas com os atuais centros de saúde e hospitais, nomeadamente através de: a) Plataformas logísticas partilhadas (farmacotecnia, colheitas); b) Acessibilidade física para populações idosas (transportes, mobilidade reduzida); e c) Mapa de cobertura integrado para evitar duplicações?

3. Que especificações técnicas e metas de cobertura populacional estão definidas para a futura plataforma de atendimento remoto da RAEM (ex.: videoconsulta, monitorização crónica), incluindo: a) Prazos para implementação piloto em bairros com baixa acessibilidade (ex.: Coloane); b) Integração com dispositivos vestíveis (wearables) (ex.: tensiómetros digitais para hipertensos); e c) Percentual mínimo de utentes >65 anos a capacitar até 2026? Como será garantida a interoperabilidade do Prontuário Clínico Eletrónico (PCE) entre Medicina Familiar, hospitais e farmácias, nomeadamente através de: a) Adoção de padrões internacionais (ex.: HL7 FHIR); b) Mecanismos de cibersegurança para dados sensíveis; e c) Sistema de alertas automáticos para risco clínico (ex.: interações medicamentosas em polimedicados)? Que indicadores (KPIs) quantitativos medirão o impacto da digitalização no acesso aos cuidados, designadamente: a) Redução do tempo médio de primeira consulta; b) Taxa de utilização do PCE por médicos de família; e c) Percentual de consultas à distância em zonas remotas?