

Hippokrates Exchange Programme

Exchange Dates: From 04/07/2011 to 15/07/2011

Name of Visitor: Pedro Miguel Oliveira Azevedo

Email of Visitor: dr.pedro.azevedo@gmail.com

Country of Visitor: Portugal

Name of Visitor's National Exchange Coordinator: Dr. Catarina Matias

Email of Visitor's National Exchange Coordinator: catarinaismatias@gmail.com

Name of Host: Dr. Rosalyn Dunnet

Email of Host: rosalyndunnet@nhs.net

Country of Host: United Kingdom

Name of Host's National Exchange Coordinator: Dr. Madeleine Attridge

Email of Host's National Exchange Coordinator: madeleine.jic@gmail.com; madz_g@hotmail.com

1

Final Report (Portuguese)

Resolvi fazer um estágio fora do país para me permitir um reconhecimento do nosso próprio país e do nosso próprio SNS. Porque muitas vezes só tendo um ponto de comparação é que podemos reconhecer vantagens e desvantagens de um sistema com o qual vivemos diariamente e ao qual deixamos necessariamente de ter uma visão imparcial. Outro objectivo inerente ao anterior era o de reconhecer novas formas de trabalho que pudessem ser importadas para Portugal depois de pensadas e adaptadas à realidade nacional. Portugal apresenta-se numa fase de transição onde modelos de gestão privada dos Sistemas de Saúde Primários vão surgir, daí ter escolhido o Reino Unido para o meu estudo.

O meu estágio foi realizado em Charing, Kent. Esta é uma população rural inglesa no entanto uma população preocupada e educada para a saúde (lembramos que estamos apenas a 1 hora de carro de Londres). Escolhi uma localidade longe dos grandes centros urbanos pois, apesar de apresentar apoio de um hospital a 9 min de carro (William Harvey Hospital, Ashford), desta forma a localidade apresenta ainda uma grande dependência dos CSP.

O meu estágio foi numa clínica privada que realiza prestação de Cuidados de Saúde Primários.

Uma das primeiras diferenças que me deparei neste estágio foi o facto dos utentes estarem alocados a uma clínica e não a um médico de família o

Hippokrates Exchange Programme

que me provocou estranheza. Reparei no entanto que há uma sensibilidade para que sejam vistas dentro do possível pelo mesmo médico caso o desejem (com a facilidade de poderem obter facilmente uma segunda opinião também caso o desejem). E honestamente, com o sistema de registo que eles têm muito menos burocratizado que o nosso SOAP e sabendo que os doentes podem ser vistos por outros colegas, há um cuidado acrescido para fazer registos mais cuidados e justificados do que os que o nosso sistema informático induz. De uma forma geral acho que mesmo a nível familiar os registos mostram um continuum e cuidado que não vejo facilmente visualizado nos nossos.

2

Vejo que há algumas desvantagens e vantagens neste sistema, por exemplo a visualização de 4 médicos diferentes (nr. de médicos associados da clínica) faz com que haja necessidade de trabalhar na relação de empatia de cada um deles com o paciente. Por outro lado, sendo a Medicina Geral e Familiar uma especialidade em crescimento e que vai ter necessariamente que oferecer cuidados mais diferenciados mantendo o seu espectro geral, este modelo permite que os médicos de sub-especializem em áreas do seu interesse (não notei no entanto que o componente generalista fosse de alguma forma abalado por este facto). Passo a explicar, por exemplo, na clínica em que eu estava o Dr. Warllow era o que mais entendia de ortopedia, assim sempre que o problema era mais complexo e antes de referenciar para o hospital, os colegas referenciavam-no para ele, o mesmo com o Dr. Popplet e dermatologia ou com a Dr. Dunnet e ginecologia.

A verdade é que se virmos os “*end-points*” deste sistema constatamos que este é mais eficiente com maiores ganhos em saúde com menor percentagem do PIB alocado para o Orçamento em Saúde.

Aqui eles também têm empresas privadas de CSP que não têm contractualização com o Estado e as pessoas podem recorrer a elas, tendo no entanto nesse caso que pagar. A medicina aqui tal como na maioria do resto do mundo é de exercício livre e não precisas de estar sob a alçada do estado para a praticar. No entanto, é visível que como as clinicas com contractualização são geridas por médicos de forma privada as pessoas tendem a preferi-las, da mesma forma como as pessoas preferem os CS em Portugal porque para além de muitas outras razões, é mais barato.

A nível de gestão, não sei se há tanta premiscuidade entre interesses medicos e económicos. É certo que aqui o médico é o dono da clínica, mas o mesmo delega a gestão da mesma a um terceiro e mesmo em Portugal os médicos estão a ser geridos de uma forma mais ou menos directa. Aqui o sistema é claro e se os médicos puserem os interesses deles à frente dos interesses dos pacientes são facilmente identificaveis enquanto em Portugal os interesses económicos podem ser até mais fortes mas os médicos que são quem lidam directamente com os doentes remem-nos para entidades mais abstractas de gestão da Saúde dos Portugueses. É de notar que ao contrário do que acontece nos Serviços de Saúde Secundários em Portugal a maioria das clinicas com contratualização tem como sócios, não grandes corporações, mas os médicos que trabalham na própria clínica.

As análises, aos contrário das nossas, não são feitas no sector privado. As pessoas têm duas opções, ou fazem-nas quando é possível na própria

Hippokrates Exchange Programme

clínica com contractualização de graça ou no hospital mais próximo num serviço de análises ambulatorio que têm também de graça. Como os interesses financeiros nas análises são menores (porque como me explicou um sócio da clínica, esta area da saúde não é a sua fonte principal de rendimentos) sai mais barato ao estado porque não tem que ressarcir as clínicas privadas com uma margem de lucro tão alargada como em Portugal.

A MGF aqui é de facto mais mecanizada, menos tempos de consultas e muito menos tempo de registos (fica tudo melhor registado mas o sistema é mais facil e rápido). Considero que é menos Familiar que em Portugal e apontaria isso como um ponto negativo.

As consultas de 10 min eram de facto muito mais proveitosas que muitas consultas de 20 ou 30 min. Há um forte investimento em duas áreas ao longo da formação médica no UK. A semiologia e as capacidades comunicacionais. Vi realizarem-se manobras que apenas a nível de cuidados secundários vejo em Portugal. Vi explicar-se ao doente problemas complexos de maneira fácil e chegar-se de facto e realmente a uma decisão em conjunto. Rara era a afirmação médica que não era seguida por um “Sente-se bem com esta forma de gerir o problema?”. Definitivamente uma vertente a investir.

A consulta é bastantes vezes voltada para o componente social e a componente holística do doente não é vista como uma mera bagatela livresca. Também é verdade que as pessoas vêm mais ao médico com problemas não físicos aqui. Porque o médico tem a possibilidade de as atender num curto periodo de tempo (têm a agenda aberta com apenas 2 ou 3 semanas de atencência para marcação de consultas).

O internato geral dos médicos ingleses (junior doctors) tem uma maior duração mas uma componente mais específica para a especialidade que desejam. A especialização propriamente dita está no entanto diminuída num ano (apenas 3 anos de formação.)

As consultas de saúde infantil são feitas de uma forma geral pelos médicos com intervalos mais alargados do que as nossas sem que tenha havido nos estudos subsequentes uma diminuição significativa nos níveis de saúde (o que me leva a pensar que talvez a nossa realidade devesse ser estudada para averiguar se um controlo tão apertado da saúde das crianças é de facto necessário.

As consultas de Planeamento Familiar também são feitas por médicos organizadas de forma muito similar à portuguesa. As consultas de Saúde Materna no entanto são realizadas sempre que a gravidez não é de risco pelas "midwives" de que falarei em seguida.

Tanto as *prescribing nurses* (para gripes, otites, e outros problemas que consigam tratar), como os farmacêuticos (com consultas de cessação tabágica, perda de peso e controlo de INR em utentes usuários de varfarina) como as *midwives* (no acompanhamento de grávidas sem risco) tiram uma carga de trabalho imenso de cima do médico. Isto aliado ao facto de este não ter que se preocupar com "tirar listas" para ver como está a correr aquele

Hippokrates Exchange Programme

ano em relação aos objectivos/indicadores de desempenho porque tem uma administrativa encarregue disso e que lhe vai diariamente lembrando os casos mais pertinentes a cumprir nas proximas semanas.(ex. Mr. Cruise não tem uma avaliação de peso este ano. Deverá ser marcada uma consulta para a enfermeira.) Todos estes factores tornam o médico capaz de se dedicar mais a pacientes mais complicados (ex. diabéticos complicados, HTA descontrolada, etc.) de facto o que ví aqui é que as consultas médicas têm um grau de complexidade muito superior.

O ratio de enfermeiros e médicos ou de administrativos e médicos é bastante superior ao Português provavelmente pela maior divisão de tarefas entre os profissionais de saúde.

Os exames auxiliares de diagnóstico e a medicação é no entanto dada ao doente sob critérios muito mais apertados.

Em relação aos critérios a cumprir pelo Quality Assurance Framework (QAF), é bastante mais apertado que os nossos, mas como têm ajuda de toda uma equipa especializada nos mesmos consegue-se melhor eficiência (a clinica onde eu estou consegui cumprir os objectivos em 99% no ano passado) e nunca da parte senti aquele "caça ao objectivo"(sic) porque como há um acompanhamento ao longo do tempo as coisas vão sendo feitas de uma forma mais ligeira e com maior coerência a meu ver.

Os seguros de saúde funcionam como em Portugal. Para quem não quer utilizar o NHS. Como têm mais dinheiro há mais gente com seguros de saúde, não me parece no entanto que tal se deva à pior qualidade do NHS.

O que me parece que irá acontecer em Portugal com o racionamento do dinheiro para a saúde é uma entrada num modelo C, que se for feito dentro de moldes coerentes e efectivos se torna mais barato para o estado e mais eficiente para os utentes. As empresas particulares sem contractualização com o estado apenas ganharam mais mercado se as microempresas (?modelo C) com contractualização com o estado não derem a resposta devida que a meu ver é possível.

Resta utilizar o Watchful waiting e ir pensando no que poderá vir a ser e tentar intervir dentro das nossas possibilidades com novas ideias para a discussão.
