

# Impressões acerca do Sistema de Saúde no Reino Unido

A propósito de uma experiência formativa em Londres

*Impressions about the United Kingdom Health System*

*A postgraduated course in London*

Carla Pedrosa\*

## Resumo

*Durante o meu período de especialização em Medicina Interna, tive oportunidade de frequentar um curso de pós-graduação no Hospital Hammersmith, em Londres.*

*Este ano de experiência, num Centro Médico de reconhecida qualidade, deu-me oportunidade de conhecer melhor o Sistema de Saúde inglês, assim como os métodos de ensino e as carreiras médicas.*

*É destes aspectos que eu gostaria de deixar aqui um breve testemunho, procurando realçar as semelhanças e as diferenças em relação àquilo que se passa entre nós.*

## Abstract

*As part of my specialized training in Internal Medicine, I was given the opportunity of attending a postgraduated course at the Hammersmith Hospital in London.*

*This one year experience, at a highly recommended and recognized medical center, gave me the chance to understand better the british National Health System as well as the medical teaching and careers.*

*These are the aspects that I would like to share with you, both in their similarities and differences with our own system.*

## I - Introdução

No âmbito da minha formação, enquanto interna da especialidade de Medicina Interna, tive oportunidade de frequentar um estágio de formação no Hammersmith Hospital em Londres, onde efectuei um Curso de Pós-graduação em Medicina Interna, com a duração de 9 meses, a que se seguiu um *Clinical attachment* por mais

3 meses. É esta experiência de um ano de formação, num centro de reconhecido mérito e prestígio internacionais, que pretendo dar-vos a conhecer, sobretudo tendo em consideração as diferentes perspectivas e abordagens, quer da forma de viver a profissão, quer da forma de encarar as carreiras médicas, tema sempre actual e em constante mutação ao longo dos anos.

## II - Departamentação versus serviços

Tendo, pela primeira vez ao longo da minha carreira, estado integrada num Departamento de Medicina, onde estavam englobadas as diferentes subespecialidades médicas (as chamadas *units*), devo reconhecer que a departamentação tem, quando confrontada com uma política de existência de serviços, claras e indiscutíveis vantagens. Em primeiro lugar porque, sentindo-se as pessoas parte integrante de um todo comum, têm tendência a manifestar uma maior disponibilidade e a revelar um claro sentido de colaboração, o que se traduz, na prática, por uma melhor articulação entre as diversas subespecialidades, com claros benefícios não só para os doentes, como também para os médicos envolvidos, uma vez que o aspecto formativo e pedagógico é sempre tido em consideração.

As acções formativas destinadas aos jovens médicos do Departamento são inúmeras e regulares. Entre estas cabe-me salientar a realização de uma *reunião matinal* onde não só são apresentados e discutidos os doentes entrados na véspera, já com história clínica completa efectuada (possível porque a média de internamentos diária raramente ultrapassa dois) e com exames complementares de diagnóstico adequados, programados e marcados, como também se vai acompanhando a evolução dos doentes já internados e anteriormente apresentados.

Uma vez por semana, e em sistema de rotatividade entre as diferentes subespecialidades, é ainda apresentado um tema de indiscutível interesse clínico e científico para os jovens médicos, sessão esta a cargo do especialista, ou do consultor. Esta reunião matinal é presidida e orientada, também em sistema de rotatividade semanal, por um consultor do Departamento e a ela deve estar obrigatoriamente presente um radiologista, a quem compete salientar e esclarecer as alterações radiológicas e de imagem que, de resto, têm um tratamento computadorizado, relevante para cada caso.

Para além destas acções, tem particular relevância o chamado *ward round*, onde semanalmente são apresentados e discutidos três dos mais interessantes casos verificados no Departamento, e destinado a todo o *staff* do Hospital.

Existem ainda *sessões regulares* de preparação para o exame à Ordem, o chamado M.R.C.P. (Member of the Royal College of Physicians), a que voltarei a aludir mais à frente, e também acções específicas dentro de cada *unit*,

\* Interna do Internato Complementar de Medicina Interna do Serviço I do Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

que incluem várias visitas clínicas por semana (em média três, com o “Registrar”, “Senior Registrar” e “Consultant” ou “Head of Department”), bem como diversas sessões clínicas e científicas.

Este grande investimento na formação dos médicos mais novos por parte dos responsáveis pelo Departamento constitui para estes um grande estímulo e incentivo, e traduz-se numa elevada qualidade profissional dos médicos, de que os doentes acabam por ser os maiores beneficiários.

Em segundo lugar, embora a cada subespecialidade seja atribuído um número determinado e fixo de camas, isso não invalida que, não existindo vagas num sector à data do internamento, o doente seja internado em qualquer das vagas existentes, ainda que de outras subespecialidades, devendo os médicos da unidade em causa deslocar-se diariamente a observar o doente, até que seja possível a sua transferência para o respectivo sector. Isto tem como consequência uma maior dinamização do funcionamento do Departamento, que se reflecte numa maior e melhor rentabilização do mesmo.

### III - Cargas horárias

Outro aspecto a salientar é o funcionamento a “tempo inteiro” de todos os profissionais do Hospital: médicos em qualquer fase da carreira (com excepção do “Consultant” e “Head of Department”, únicos que conciliam a actividade hospitalar com a privada), enfermeiros, auxiliares, secretárias de unidade, outros funcionários administrativos, etc. Isto permite não só diminuir o tempo médio de espera para as consultas externas (praticamente inexistente), como a realização e entrega em tempo útil dos exames auxiliares de diagnóstico, quer para os doentes internados, quer para os doentes externos.

Permite, ainda, uma maior disponibilidade de tempo, quer para a actualização médica, possuindo o Hospital uma biblioteca onde é possível encontrar todas as revistas médicas e consultar o *Medline* (com três computadores à disposição dos médicos), quer para a realização de trabalhos de investigação científica, uma actividade considerada extremamente importante para o prestígio do Hospital e, conseqüentemente, muito apoiada.

Todos estes factores contribuem para uma melhor racionalização e melhoria qualitativa dos serviços prestados. No entanto, não posso deixar de referir que isso, muitas vezes, é conseguido à custa de um excesso de horas extraordinárias efectuadas pelos médicos, uma vez que estes, em todo o Reino Unido, são em número claramente insuficiente em relação às necessidades, sendo a relação número de médicos/doente a mais baixa em toda a Comunidade Europeia. Assim, a carga horária semanal chega a atingir números desumanos (no Hammersmith Hospital é frequente a realização de horários de trabalhos de 110h/semana), o que não só aumenta significativamente

os riscos de erro e negligência médicas, como também se reflecte negativamente na vida pessoal dos profissionais, sendo o número de divórcios, e a taxa de suicídios e de morte precoce entre os médicos muito superiores ao da população em geral e o uso de substâncias psicoestimulantes muito divulgado.

### IV - Urgências, internamentos, demora médica e assistência social

Devido a uma política de Cuidados Primários de Saúde altamente eficiente, os Serviços de Urgência podem assumir plenamente a função a que são destinados, com óbvios benefícios para a população, ao contrário do que acontece em Portugal, em que esta função é claramente pervertida por um Sistema de Cuidados Primários de Saúde que está longe de conseguir dar resposta adequada às necessidades da população.

Um funcionamento optimizado do Serviço de Urgência (S.U.) contribui também para uma eficaz política de internamentos, sendo privilegiado, não só o internamento efectuado através do S.U., como também aquele através da Consulta Externa, o que, entre nós, quase deixou de ser uma realidade nos últimos anos.

Devido a esta política de internamentos altamente selectiva, aliada ainda ao facto de o Hammersmith Hospital ser um hospital de referência para muitos outros (não só do Reino Unido, mas também do estrangeiro), o tempo de internamento acaba por ser um factor irrelevante e secundarizado em relação a uma investigação adequada e aprofundada de cada doente. Isto inviabiliza totalmente aquilo que, infelizmente, vem acontecendo em Portugal, em que a extrema necessidade de camas leva muitas vezes a altas precoces que condicionam, por sua vez, reinternamentos por descompensação, sendo assim questionável, em minha opinião, a política economicista que preside a demoras médias cada vez menores. No entanto, embora não envolvendo o mesmo tipo de problemas existentes nos nossos hospitais, a demora média é, obviamente, a nível de todo o Reino Unido, um factor relevante e a ter em conta na gestão dos serviços.

Outro aspecto de importância fundamental (numa sociedade em que o conceito de família é, desde há longo tempo, encarado de uma forma muito diferente daquela a que ainda vamos estando habituados nos países latinos) é a resposta dos Serviços de Assistência Social às necessidades individuais, existindo inúmeros sistemas de apoio aos doentes, particularmente os idosos. Estes podem passar pela presença de uma pessoa como companhia durante o dia, ou uma de dia e outra de noite, serviço de refeições ao domicílio, ajuda para a realização das tarefas diárias e compras semanais, pagamento de rendas e outras despesas, instalação de dispositivos visando tornar fácil a vida quotidiana (rampas para cadeiras de rodas, adaptadores para torneiras, etc.). A consequência

mais importante, é a manutenção das pessoas, durante o maior espaço de tempo possível, nas suas próprias casas e inseridas na comunidade habitual, sendo o recurso a lares de terceira idade considerado a última etapa de todo um processo. Isto implica também que a necessidade do apoio de hospitais ou clínicas de retaguarda, não seja obviamente sentida, como, tantas vezes, é o caso entre nós.

## V - Formação, avaliação e progressão nas carreiras

Em relação à formação médica, salienta-se que o Curso de Medicina tem a duração total de 6 anos. A este período segue-se um período de cerca de 2 anos de formação geral como Junior Doctor e um período variável como Senior Houseman Officer, vulgo S.H.O., que poderemos equiparar ao nosso Interno da Especialidade. Durante este período, a actividade dos S.H.O. tem duas componentes fundamentais: uma componente comum (com a duração aproximadamente de 2/3 anos); e uma componente específica para cada especialidade médica (com duração de cerca de 4 anos).

É importante notar que, no Reino Unido, não só não existe um exame de acesso à especialidade, como estas diferem substancialmente da forma como as entendemos nós.

A realização de uma dada especialidade depende do interesse do candidato, das necessidades do serviço e da sua aceitação por parte dos responsáveis pelo sector, mas sem nenhuma espécie de favoritismo pessoal. A sua formação é prioritária e entendida por todos como fundamental, pelo que o apoio é constante, passando também por todas as actividades formativas como as anteriormente referidas e pelo estímulo à realização de trabalhos de investigação científica a que quase todos os médicos se dedicam, de uma forma ou de outra, ao longo da sua carreira.

Da mesma forma, não existem programas rígidos a cumprir, nem tão-pouco avaliações anuais. Se a formação é, de facto, contínua, a avaliação é também feita diariamente por critérios, não só de assiduidade, interesse e capacidade laboral, mas, e sobretudo, por critérios de competência e adequação para os cargos.

Igualmente não existe um exame de saída minimamente comparável ao que vigora entre nós. Assim, para se obter o grau de Especialista – *Registrar* – há que passar por duas etapas importantes, que consistem na realização de dois tipos de exame, os chamados *M.R.C.P. part I* ou *II* (*Member of The Royal College of Physicians*).

O *M.R.C.P. part I* consta de uma prova escrita com respostas de escolha múltipla (M.C.Q. = multiple choice questions) sobre as Ciências Básicas da Medicina (sendo ultimamente dado particular relevo à Imunologia e à Genética, p. ex.). Existem duas épocas anuais (Fevereiro e Outubro). A aprovação neste exame não depende de

um limite previamente determinado de 50%; este é estabelecido em função do grau de dificuldade e da média geral obtida pelos candidatos em cada época.

O *M.R.C.P. part II* divide-se em duas partes: uma escrita e uma clínica. A prova escrita consta de uma *prova de slides*, os chamados *grey cases* e ainda os *data interpretation cases*.

Os *slides* podem incidir sobre esfregaços de sangue periférico, biópsias ósseas ou hepáticas, lavado broncoalveolar, mielogramas, fundos do olho, Rx, TAC, RMN ou ainda sobre determinados sinais apresentados e relevantes para as patologias, sendo, após a sua visualização, colocadas questões sobre cada um deles (anomalias mostradas, diagnóstico(s), etiologias, doenças associadas, etc.), tendo o candidato um limite de tempo (90 segundos) para responder. Os *grey cases*, ou seja, casos clínicos escritos completos e perguntas sobre os dados relevantes, hipóteses de diagnóstico, diagnóstico diferencial, diagnóstico presuntivo, propostas terapêuticas, complicações e prognóstico. Os *data interpretation cases* podem consistir num E.C.G., gasimetria arterial, análises e sua interpretação, etc., sendo efectuadas perguntas relevantes e em relação directa com o que é mostrado. A *prova clínica* subdivide-se também em 2 partes: no *long case*, é atribuído um determinado doente a cada candidato, devendo este, em 1 hora, efectuar a história clínica completa que é depois apresentada e discutida perante um júri (3 elementos), seguindo-se um interrogatório teórico, não apenas, mas sobretudo em relação com o caso. Nos *short cases* o candidato observa diversos doentes na presença do júri, com instruções claras e precisas sobre o que se pretende (observações do fundo do olho, auscultação cardíaca, etc.) e são-lhe colocadas questões teóricas. Para esta prova existe um limite de tempo muito limitado (15 minutos), sendo do interesse do candidato a observação do maior número possível de doentes no menor espaço de tempo, uma vez que, devido à dificuldade e raridade das patologias escolhidas (de salientar que os doentes são sempre portadores de patologias crónicas e pagos para a realização deste tipo de prova), as suas possibilidades de aprovação aumentam em função do número de doentes observados. Esta é, de todas, a prova mais difícil e responsável pelo maior número de insucessos.

É importante referir que a taxa de insucesso no *M.R.C.P. part II* é bastante elevada e causada pelo enorme grau de dificuldade e de exigência deste tipo de exame. A aprovação nesta prova depende da soma de pontos percentuais obtidos quer na parte escrita, quer na parte clínica. Tal como em relação ao *M.R.C.P. I*, existem duas épocas anuais (Maio/Junho e Outubro/Novembro), realizando-se a parte clínica cerca de 1 mês após a escrita. O que julgo ser relevante é o facto de não existir um prazo limite para a realização de qualquer destes dois exames, po-



dendo cada candidato autopropor-se, apenas e quando se sentir suficientemente preparado para os fazer. Existe, isso sim, um número máximo de tentativas para cada um deles, ou seja, quatro.

Outro factor importante a ter em conta é a absoluta imparcialidade do júri, possível porque, em primeiro lugar, do candidato apenas conhece o nome, desconhecendo totalmente local de trabalho, experiência profissional prévia (não são apresentados currículos) ou qualquer outro dado pessoal. Em segundo lugar, a localidade de realização das provas é sorteada a nível nacional, podendo um candidato de Londres, p.ex., ter de efectuar as suas provas em Newcastle, e vice-versa. É assim assegurada uma perfeita igualdade de condições entre todos os candidatos, o que nem sempre se verifica entre nós, pese embora os esforços que têm sido feitos nesse sentido, através da realização de provas teóricas e clínicas em conjugação com a *prova curricular* (única durante algum tempo exigida), mas que se verificou não ter contribuído para uma perfeita paridade entre os candidatos, por motivos que não cabem no âmbito deste artigo.

Uma vez concluídos com sucesso estes exames, o médico torna-se membro do *Royal College of Physicians* e pode então adquirir o grau de Especialista e progredir na carreira. Para se tornar *Senior Registrar* (Especialista Senior) e finalmente, *Consultant* (Consultor) é fundamental não só a obtenção de uma maior experiência profissional, como, e sobretudo, a realização de bastantes trabalhos de investigação, sendo altamente apreciado, ainda que não necessariamente obrigatória, a realização de um *PhD* (doutoramento) por um período de 3 anos.

Uma vez ultrapassados os exames de M.R.C.P., os únicos que qualquer especialista da área médica deve efectuar ao longo da sua carreira, o acesso a determinados postos de trabalho é feito com base apenas no *curriculum vitae* (que raramente excede as 3 páginas) e numa entrevista pessoal.

Foram três exames (Dezembro, Março e Junho) em tudo semelhantes à parte II do M.R.C.P. aqueles a que tive de me submeter durante o Curso de Formação que frequentei, para cuja avaliação constava ainda a realização de uma tese (de 4.000 a 6.000 palavras).

Outro facto que considero importante é a existência de contratos de trabalho de duração limitada (geralmente 3 anos) que são ou não renováveis de acordo com a

competência demonstrada e o interesse individual. Esta não existência de cargos vitalícios, apenas possível num país em que a oferta de emprego é muito superior à procura, permite, em minha opinião, eliminar certos "vícios do sistema" que a sua existência pode implicar, como sejam o desinteresse e a falta de estímulo, quer em relação à actividade laboral, quer em relação à formação dos médicos mais novos por parte daqueles que deveriam ser os mais interessados numa formação médica adequada. Isto, no entanto, não deixa de ser compreensível, tendo em conta os baixos salários pagos àqueles que têm a seu cargo esta função formativa, o que muitas vezes implica a necessidade de conciliação da actividade hospitalar com a privada, tantas vezes em detrimento da primeira. Num sistema em que os salários médicos reflectem a responsabilidade das funções exercidas, tal não se verifica, uma vez que, à medida que se vai progredindo na carreira e, com isso, adquirindo um maior grau de responsabilidade, os salários vão sendo ajustados de uma forma adequada e equilibrada, permitindo, assim, uma maior disponibilidade, acessibilidade e sentido de responsabilidade por parte das pessoas envolvidas.

## VI - Conclusões

1) Sou de opinião de que a realização de estágios de formação num outro país, sobretudo da Comunidade Europeia, constitui uma experiência única, permitindo uma visão mais global da forma de encarar a Medicina a que todos os Internos de Especialidade deveriam ter acesso.

2) O Sistema de Saúde inglês, embora não isento de defeitos, responde de uma forma geral aos anseios e necessidades da população a que se destina. É, no entanto, um sistema muito oneroso, que corre, segundo consta, riscos de ruptura financeira a médio prazo.

3) A formação médica é encarada de uma forma séria e considerada prioritária o que, obviamente, acaba por trazer dividendos importantes em termos qualitativos.

4) No entanto, pensa-se que as Carreiras, tal como existem, terão de sofrer uma transformação para adequação às normas da Comunidade Europeia, esperando-se que esta saiba, também, aproveitar o muito que de positivo o sistema inglês possui para se aperfeiçoar naquilo em que ainda tem necessidade de o fazer.