

### QUANTO TEMPO DE CONSULTA É PRECISO PARA SEGUIR OS DOENTES COM DOENÇAS CRÓNICAS?

Osthyre T, Yantall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradi-son M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann. Fam. Med* 2005;3(2):209-15. [Consultado em 2005 Jun 09]. Disponível em: <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/3/3/209>

Agora que novamente se desenham em Portugal novos planos de organização para os cuidados de saúde primários considero ser útil ler este trabalho efectuado nos EUA. O seu objectivo é estimar o tempo mínimo necessário para os MF providenciarem cuidados de saúde de qualidade aos doentes com doenças crónicas, de acordo com as orientações clínicas em vigor.

O impacto na morbidade e mortalidade geral e a existência de normas de orientação clínica que estabelecem um número mínimo de visitas/ano determinaram a escolha das doenças crónicas. Com base numa população de 2.500 doentes com uma distribuição etária semelhante à da população americana e com uma prevalência previamente calculada de dez doenças crónicas comuns (hiperlipidémia, hipertensão, depressão, asma, diabetes, ansiedade, osteoartrose, DPCO, DCI), os autores calcularam o tempo necessário de consulta para cada uma das doenças como sendo igual ao número de doentes com cada uma dessas dez doenças vezes o número de consultas recomendadas por ano para vigilância de doenças controladas e o tempo gasto em cada consulta.

Apesar do tempo de consulta médio ser de 18 a 21 minutos para a maioria dos doentes de acordo com as estatísticas americanas de saúde (*National Center for Health Statistics*), os autores calcularam um tempo médio de dez minutos para cada consulta por doença crónica. A justificação para esta sua estimativa prende-se com as comorbilidades possíveis para as quais se desconhecem as respectivas prevalências, existirem casos de comorbilidade com sobreposição de aconselhamentos (dieta, exercício físico nos hipertensos e diabéticos) e situações em que não existe sobreposição directa (artrose e hiperlipidémia por exemplo). Dado que os cálculos efectuados para as dez doenças não tinham em consideração nem a severidade da doença nem o nível de controlo, factores importantes para o tempo dispendido em cada consulta, os autores desenvolveram também um modelo de estimativa só para cinco situações de doença, da-

do existir para estas um número de visitas recomendadas de acordo com o seu nível de controlo (diabetes, hipertensão, depressão, asma, hiperlipidémia).

Os resultados obtidos com os modelos utilizados foram os seguintes: 1) Assumindo que os doentes estão estáveis, e que as recomendações, nestes casos, do número de visitas, são de duas vezes ano (de seis em seis meses), o tempo necessário para gerir as dez situações é de 828 horas/ano, ou seja, 42% do tempo disponível, pensando-se em 1.949 horas anuais de trabalho por médico. Deste modo, um médico precisará de 3,5 horas por cada dia de trabalho assumindo que trabalha cinco dias na semana e 47 semanas por ano. 2) Quando para as cinco doenças se entra com a percentagem conhecida de doentes controlados e não controlados, as cinco doenças requerem o dobro do tempo (6,7 horas) das dez doenças consideradas controladas e estáveis. Para a hiperlipidémia, hipertensão, depressão, diabetes e asma, o tempo anual sobe de 528 horas para 1.581. Se às dez doenças for aplicado um factor de gravidade 3, o tempo necessário esperado será de 2.484 horas/ano ou seja 10,6 horas por dia, que excede em muito o tempo total disponível de cada médico. 3) Se o tempo calculado de consulta para cada problema fosse de cinco minutos em vez de dez, o tempo total de dedicação, por dia, a estes doentes, com as dez doenças crónicas, passa a ser de cinco horas por dia (os cálculos tiveram por base cinco dias na semana em 47 semanas/ano).

Apesar das limitações deste estudo, entre as quais se salienta o leque de doenças crónicas seleccionadas, os autores alertam para a necessidade das normas de orientação clínica serem redigidas com a colabora-

ção dos MF, se dirigirem a várias doenças e serem aplicáveis. Para além disso, sugerem que seja feito uma maior esforço na responsabilização dos doentes no controlo destas doenças sendo para o efeito necessário promover a sua educação, implementar os auto-cuidados, as consultas em grupo (maior papel de intervenção para os enfermeiros) e promover o desenvolvimento de recursos comunitários que viabilizem o controlo destas doenças sem ser unicamente através do MF (intervenção de educadores em saúde e de trabalhadores sociais).

Tendo em conta que a comorbilidade de doenças crónicas será cada vez maior, os nossos doentes cada vez mais velhos e com maior restrição de movimentos há que, urgentemente, se preverem novos modelos organizativos para a prestação de cuidados de saúde primários que não incluam unicamente os médicos mas outros profissionais e outros recursos. O peso das doenças crónicas não pode recair em exclusivo nem nos serviços de saúde nem nos médicos, mesmo que estes necessitem de se adaptar a este novo padrão de morbilidade.

Isabel Santos  
Médica de Família no CS Oeiras  
Assistente convidada de Clínica Geral na FCM