

Hoje em dia

Alfredo José Mansur¹

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Hoje em dia é expressão denotativa da circunstância atual dos tempos¹ e útil para situar cronologicamente o entendimento de fenômenos com os quais nos deparamos. A locução é também invocada e nos ampara no enfrentamento de eventos que não entendemos bem ou estamos a vivenciar pela primeira vez; resignadamente murmuramos “hoje em dia é assim”. Seja no sentido edificante, no sentido contrário, no sentido da indiferença ou em outro sentido, a expressão “hoje em dia é assim” é utilizada no entorno da prática médica e dos cuidados com a saúde de modo geral. E não deixa de ser mediadora em muitas situações; revisamos algumas delas, hauridas tanto da experiência cotidiana quanto de colegas “buratinos”. Revisaremos algumas delas.

Foco no cliente – o foco no cliente é um jargão muito do hoje em dia. Há recomendações internacionais que recorrem à expressão “discuta com seu paciente ou verifique as preferências ou valores do seu paciente individual para tomada de decisões”² à realização de algum exame, intervenção ou terapêutica, quando não há evidência científica suficientemente sólida a respeito da decisão a ser tomada. Nesse sentido, a perspectiva individual do paciente é respeitada e até empoderada.³

Por outro lado, o foco no cliente pode hoje em dia ter vieses:

1. excesso de informação, de tal forma que o que é informado não tem tempo hábil de ser processado em variadas circunstâncias (alguns contratos, nomes de profissionais

quando são numerosos na sequência de cuidados, horários de trabalho etc.);

2. antecipações desnecessárias, respondendo a perguntas potenciais que não tenham sido feitas pelos pacientes, particularmente sobre desconforto e eventos adversos — os quais felizmente muitos não acontecerão e só geraram ansiedade — e que parecem destinadas mais a proteger o “sistema” do que o paciente;
3. atendimento de demandas não necessariamente pertinentes ou indispensáveis, como a indicação de exames de necessidade discutível com a chance de resultados inesperados ou não isentas de risco (exemplo: radiação);
4. no seu ponto mais extremo, o foco no cliente poderia supor ter o paciente de decidir praticamente de modo isolado a sua terapêutica;
5. medo: o foco no cliente pode eventualmente levar profissionais a se aproximar dos pacientes com medo, temerosos de dar vez à reclamação do paciente, postura quase anti-terapêutica;
6. os vários contratos e termos que o paciente deve assinar para algumas hospitalizações, que geram uma grande quantidade de papéis que certamente têm dificuldade de armazenamento.⁴

Protocolos, diretrizes, guidelines – em um dos seus braços, a medicina científica desenvolveu-se no modelo

¹Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — CEP 05403-000

Tel. InCor (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889

E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 11 de junho de 2018. Última modificação: 11 de junho de 2018. Aceite: 12 de junho de 2018.

“pergunta clínica, pesquisa, resultado, nível de evidência”, e estimulou a gênese de orientações para a prática médica, que dão respaldo para questões que surgem no cotidiano. Este modelo, que é recente, evidentemente não abrange toda a extensão da realidade.

Entretanto, esquemas que serviriam de orientação e amparo para que os médicos dos pacientes tomem decisão com base no exame clínico podem hoje em dia ter derivações conceituais curiosas, entre elas:

1. sugerir a terapêutica a partir do sintoma, sem a especificidade do paciente no qual o sintoma ocorre, de tal modo a sobrepassar a etapa diagnóstica etiológica individual do paciente;
2. transformar a sequência de etapas do cuidado médico — obtenção de dados (queixa, anamnese, interrogatório, antecedentes, exame clínico, exames complementares) e análise de dados (diagnóstico, decisão de tratamento) — em sequência industrial, de linha de montagem. Alguns colegas médicos, na situação de pacientes, expostos a esse tipo de cuidado descreveram a experiência como torturante e não terapêutica.

Terapêutica – em percurso etimológico, podemos navegar desde acepções mais antigas — servir aos deuses, observar no sentido de cultivar o sagrado — até a evolução que chega a nossos dias, da terapêutica como ato de cuidar, tratar clinicamente, restaurar, curar.⁵ Talvez um entendimento sintético pudesse ser o ato de cuidar. O cuidar da terapêutica não pode ser concebido como um verbo “impessoal”; ele exige um sujeito que pratique esta ação e exige o seu objeto de cuidado, quem recebe a terapêutica.

Hoje em dia frequentemente se reporta a terapêutica associada a um mecanismo fisiopatológico, a um princípio, a uma instituição, a uma intervenção, a um medicamento ou a uma técnica. Omite-se que tais especificidades são métodos utilizados pelo profissional que exerce a terapêutica.

Quem exerce a terapêutica tem uma missão diferente do prestador de serviço na relação cliente-consumidor; nesta última atitude, a terapêutica e suas responsabilidades se desvanecem. A terapêutica tem a ideia de doação e, talvez por isso, esse trabalho possa ser exaustivo para quem o pratica.

Expectativas – ainda que o conceito de expectativas não seja do jargão científico-médico dominante, há que se notar que, talvez hoje em dia, o nível de expectativa em torno dos profissionais e serviços de saúde seja elevado, afinal há tanto conhecimento e progresso! Entre as expectativas de pacientes foram listadas: papel de terapeuta, competência, facilidade de acesso, serviço altruístico, moralidade, integridade, honestidade, confiança, ética, transparência, confiabilidade, respeito pela autonomia do paciente, aconselhamento, promoção do bem comum.⁶

É possível que essas demandas possam ser atendidas quando os médicos fazem a anamnese, exame físico, diagnóstico e terapêutica, e estejam implícitas nessa sequência. Quando alguma dessas etapas falta, a falta não fica implícita, ela transforma-se em explícita hoje em dia, e passa a ser verbalizada de alguma forma como um dos males atuais. Um *back to the basics* da atuação clínica preveniria potenciais distorções ou assimetrias que possam ocorrer na relação médico-paciente.

Encerrando esses comentários, é sempre conveniente lembrar que a experiência dos demais colegas pode ampliar e aprofundar as reflexões acima apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Villar MS, Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. ISBN: 9788573029635.
2. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319(18):1901-13. PMID: 29801017; doi: 10.1001/jama.2018.3710.
3. Patient empowerment can lead to improvements in health-care quality. Bull World Health Organ. 2017;95(7):489-90. PMID: 28670013; doi: 10.2471/BLT.17.030717.
4. Eyal N. Informed Consent. In: Zalta EN, editor. Stanford, CA: The Stanford Encyclopedia of Philosophy; 2012. Disponível em: URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2012/entries/informed-consent/>>. Acessado em 2018 (11 jun).
5. A Lexicon Abridged From Liddell and Scott's Greek-English Lexicon. Oxford; Clarendon Press; 1979.
6. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. Perspect Biol Med. 2008;51(4):579-98.