

Nenhum time é perfeito

Olavo Pires de Camargo^I, Luiz Eugênio Garcez Leme^{II}

Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Um dos maiores desafios do ensino médico é a necessidade de se transmitir ao paciente valores e técnicas de abordagem e tratamento sem cair no anacronismo e no saudosismo de outros tempos. Nesta condição, o equilíbrio entre novas realidades, da atenção à saúde e a cotidiana, deve ser buscado sempre.

A atenção interprofissional, também chamada interdisciplinar ou multidisciplinar, apresenta evidentes benefícios, particularmente em pacientes frágeis, nos quais diversas habilidades são necessárias concomitantemente para que, a partir da soma de pequenas intervenções possíveis, obtenha-se a melhora global do paciente. Tal é o caso, por exemplo, de idosos frágeis com fratura de quadril, em que a abordagem exclusivamente médica não é suficiente, dada a multiplicidade de limitações física e possíveis complicações desses pacientes.¹ Nesses casos, a abordagem compartilhada, com a presença de uma equipe com pessoal da medicina (clínico/geriatra, cirurgião, intensivista, anestesista), enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social etc. apresenta notáveis vantagens em termos de melhora dos pacientes, complicações hospitalares e custo.

Esse tipo, novo em nosso meio, de atenção à saúde deve e tem sido apresentado positivamente aos alunos do curso

médico na maior parte das escolas médicas. No entanto, os benefícios devem ser matizados e algumas questões devem ser colocadas. Como em quase todas as novidades, devemos ter prudência em sua incorporação e fugir do conceito, sempre errôneo, de “salvação da lavoura”.

Duas perguntas podem ajudar a matizar este tipo de intervenção. Uma delas é: “este tipo de intervenção é benéfico para qualquer paciente?” A resposta é: não. O benefício de se estruturar uma equipe interprofissional, com seus custos e exigências, é justificado quando sua atividade pode trazer um ganho ao paciente, seja em termos de apoio social, psicológico ou de funcionalidade. No caso de um idoso frágil com fratura de quadril, que dependerá não apenas de apoio clínico e adequada estruturação cirúrgica, mas também de apoio psicológico, fisioterápico, social, etc., este tipo de atenção é plenamente justificado. Trata-se de um paciente que perdeu funcionalidade e que tem alguma condição de recuperá-la.

Imaginemos agora o caso de um paciente de 60 anos que caiu da bicicleta e quebrou o quadril enquanto ia jogar tênis, não apresentando nenhuma comorbidade. O uso de atenção de equipe interprofissional neste tipo de paciente não se justificaria, pois ele não tem funcionalidade perdida.

^IProfessor titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{II}Professor associado do Departamento de Ortopedia e Traumatologia e Departamento de Clínica Médica (Geriatria) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Editor responsável por esta seção:

Olavo Pires de Camargo. Professor titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia e Departamento de Clínica Médica – Geriatria – da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Endereço para correspondência:

Olavo Pires de Camargo
Rua Barata Ribeiro, 490 — 3ª andar — conj. 33
Bela Vista — São Paulo (SP)
CEP 01308-000
Tel. (11) 3123-5620
E-mail: olapcama@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflitos de interesse: nenhum declarado.

Entrada: 20 de fevereiro de 2018. Última modificação: 20 de fevereiro de 2018. Aceite: 26 de março de 2018.

O adequado seria uma atenção padrão como para qualquer outro paciente.

Imaginemos, finalmente, o caso de uma senhora de 95 anos com quadro demencial grave e câncer de pulmão com metástases ósseas, uma das quais levou a uma fratura em quadril. Este caso também não se beneficiaria de uma atenção integrada de fisioterapia, pois não há funcionalidade que possa ser recuperada nas condições da paciente, sendo o cuidado mais adequado aquele oferecido por uma equipe de cuidados paliativos. Em resumo: a indicação de assistência interprofissional integrada em pacientes idosos com fratura de quadril exige que haja funcionalidade perdida e, ao mesmo tempo que haja funcionalidade recuperável. Não é para todos.

A segunda pergunta é: “na equipe interprofissional, deve existir uma liderança automática?” A resposta a essa pergunta deve ser corretamente compreendida. Por um lado, afirmar que o médico é, sempre, o líder natural de uma equipe interprofissional pode soar como uma indesejável manifestação de corporativismo, sendo patente que, dentro de suas especificidades, cada profissional traz uma contribuição insubstituível ao plano terapêutico do paciente. Por outro lado, a presunção de uma equipe plana, de duas dimensões, sem nuances profissionais é, romanticamente, irreal.

Recentemente, um dos mais influentes jornais de medicina em língua inglesa, o *British Medical Journal*,² comentou com destaque o caso da Dra. Hadiza Bawa-Garba, que foi condenada pela morte, por sepse, em 2015, de um menino de seis anos. Um dos motivos do destaque que obteve este caso é que contrapôs o tribunal civil, que suspendeu a profissional, com o beneplácito do General Medical Council, uma entidade que mantém os registros dos médicos do Reino Unido — uma espécie de Conselho Federal de Medicina local —, que não aceitou qualquer condição atenuante (a médica estava trabalhando acima de seu horário, com falta de pessoal de apoio de enfermagem e diversas outras limitações). O Medical Practitioners Tribunal Service, que é quem decide pelo futuro do médico nesses casos, decidiu que ela deveria reassumir seu trabalho assim que a sentença expirasse. Esta contraposição trouxe, para os médicos ingleses (justamente onde a

prática interprofissional começou e é quase universal), a percepção das limitações e a fragilização da posição dos médicos em casos como esse.

Segundo o artigo, a situação baseia-se em que saúde está se tornando a mercadoria do nosso tempo e, sem dúvida, será a cena para uma luta de poder cada vez maior. Neste cenário, a responsabilidade do “decisor” parece muito pouco atraente. É previsível que os médicos, principalmente os mais jovens, vão começar a abandonar a participação nesse tipo de atividade, com perda para todos, principalmente os pacientes.

No entanto, os médicos são, afinal, os mais indicados para serem colocados nessa posição. A profundidade, amplitude e duração do treino que os médicos recebem são muito maiores do que a dos demais membros das equipes. A disposição para tomar os riscos calculados necessários é uma característica distintiva do papel do médico. Estas características e a capacidade de tomada de decisão são, em grande parte, o motivo pelo qual são melhor remunerados do que outros membros das equipes. No entanto, sistemas cada vez mais complexos tendem a “despersonalizar” os sucessos em saúde como frutos da equipe e a personalizar perversamente os fracassos em nome dos médicos, como no caso Bawa-Garba. Como formar ou treinar alunos para esta nova realidade?

Por um lado, é cada vez mais necessária a habilidade de trabalhar em equipe, com uma visão construtiva da participação dos diferentes profissionais de saúde em seus campos específicos de conhecimento. De alguma maneira, é necessário desconstruir a figura do médico “franco atirador”, que tenta resolver todas as situações de saúde, inclusive aquelas para as quais não está qualificado. Por outro lado, é necessário acrescer esta habilidade de convívio interprofissional à segurança em liderar a equipe de maneira prudente, respeitando as habilidades individuais, submetidas a uma visão final do interesse do doente.

O poder de mandar, por si, não caracteriza a autoridade, mas sim o autoritarismo, que é apenas uma tosca degeneração da verdadeira autoridade; esta é melhor caracterizada como um serviço, uma obrigação de quem a exerce e um direito de quem a recebe, principalmente do doente.

REFERÊNCIAS

1. Kates SL, Mendelson DA, Friedman SM. Co-managed care for fragility hip fractures (Rochester model). *Osteoporos Int*. 2010;21(Suppl 4):S621-5. doi: 10.1007/s00198-010-1417-9.
2. BMJ Opinion. Robin Baddeley: An uncomfortable mismatch between control and responsibility. December 11, 2017. Disponível em: <http://blogs.bmj.com/bmj/2017/12/11/robin-baddeley-the-hadiza-bawa-garba-case-highlights-an-uncomfortable-mismatch/>. Acessado em 2018 (27 mar).