

Do lado de cá

Alfredo José Mansur¹

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

Médicos, profissionais de saúde e seus familiares têm, mais cedo ou mais tarde, a oportunidade de viver os seus dias como pacientes, condição que proporciona experiências adicionais,^{1,2} fazendo-os vivenciar o lado de cá da experiência terapêutica, não como quem a exerce, mas como quem a recebe. Seções dedicadas ao tema tornaram-se peças de sucesso editorial em importantes periódicos científicos.² A mudança de perspectiva pode fazer com que as vivências e seus detalhes — o que não deixa de ser forma peculiar de auditoria — possam reverberar na própria e justa dimensão, mas também podem ecoar ora de modo ampliado, ora de modo atenuado, ora no sentido positivo, confortante, ora no sentido negativo. É inevitável que tais experiências sofram influência da epidemiologia, do conhecimento disponível, das disponibilidades de atenção à saúde, das peculiaridades e culturas organizacionais e estruturas de acesso, dos custos envolvidos, das seguradoras — quando aplicável, entre outras. Examinamos em seguida algumas situações reunidas de diferentes fontes.

Paciente, cliente, usuário — Quando médicos ou profissionais de saúde necessitam atendimento e se transformam em pacientes, têm com esse processo graus variados de suposta proximidade, familiaridade, associação ou coleguismo, de forma a gerar expectativas e modular o grau de assimetria da polarização entre um aspecto “paciente” — etimologicamente mais passivo — e “usuário” ou termo equivalente — aparentemente mais ativo.

Um professor de medicina de outro país avaliou a base etimológica dos termos cliente e paciente. Cliente remete ao latim *cluere* (ouvir), portanto aquele disponível para ser chamado, aplicada originariamente na Roma antiga a um plebeu, dependente de um patrício ou patrono³ ou sob a proteção de um patrono.⁴ Em 1608 há o registro da acepção “aquele que compra o serviço”, que poderíamos incluir hoje no conceito de consumidor ou usuário, situação em que o profissional de saúde se transforma em prestador de serviço.⁵

Por outro lado, paciente vem do latim *patior*, sofrer, suportar,⁶ e mais recentemente, aquele que está sob tratamento médico;³ finaliza o autor pela preferência à denominação paciente³ pelas responsabilidades que implica.

A discussão pode se estender: há exemplos de quem defende evitar-se o termo paciente, por indicar assimetria na relação com o médico ou profissional de saúde, e que se prefira usuário,⁵ enquanto outros defendem a manutenção do termo paciente,⁷ já que há uma clara diferença entre comprador de um produto em relação a seu fornecedor ou entre usuário e prestador de serviço e a relação terapêutica entre um paciente e seu médico ou profissional de saúde dedicado a cuidados ou reabilitação. Do mesmo modo, a satisfação como resultado terapêutico tem o significado diferente da satisfação do cliente ou consumidor resultante da aquisição de um bem material. Não seria impróprio dizer que o grau de expectativa de quem recebe o tratamento pode variar de acordo com a denominação escolhida.

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 declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.

Entrada: 21 de setembro de 2018. Última modificação: 21 de setembro de 2018. Aceite: 1 de outubro de 2018.

Vivências como pacientes – experiências de médicos e familiares quando são pacientes deram margem a neologismos bem-humorados, como por exemplo “coleguite”, “terminologite”, “especialite” entre outros.¹

Em editorial de importante revista médica científica sobre a importância do exame físico na prática clínica, foi apresentada experiência pessoal do autor como paciente, que assim valorizou o tema examinado (tradução livre): “durante as minhas próprias doenças, descobri o contato proporcionado pelo exame físico como confortante e restaurador de confiança”;⁸ tal observação foi usada em defesa do exame clínico como percebido pelo médico-paciente. Observações autobiográficas dessa natureza adquirem densidade semântica em idades ou posições ocupadas, como o médico com largo tempo de prática clínica em uma pequena cidade comentou depois de ser examinado por colega: “é, de fato, devemos examinar bem os pacientes”.

E há situações nas quais as evoluções de pacientes médicos ou familiares não são favoráveis. Nesses casos, podem sobrevir estados de desconforto de longa duração, envolvendo ora voltados a pessoa do médico, ora a instituição. Perfeitamente compreensível e humano.

Alguns comentários são feitos em contexto que permitem ao paciente entender que a deficiência é dele paciente e não uma limitação imposta por uma doença ou efeito colateral do tratamento. Ocorrem, às vezes, comentários espontâneos e autojustificativos (por exemplo, uma veia difícil de puncionar), ainda que o embaraço possa ser compreendido: “Suas veias são ruins”.

Portanto, vivências de médicos ou profissionais de saúde como pacientes estimulam refletir e reiterar pilares básicos da profissão e compartilhar algumas posturas como pacientes “leigos”.

Quantidade de informação – Como regra, tudo deve ser informado aos pacientes, particularmente nos pacientes hospitalizados. Mas como a complexidade das interações é grande, grande também é a quantidade de informações que devem ser transmitidas, de tal modo que se pode incorrer no excesso de informações: informações sobre a equipe e os nomes de cada integrante, informações sobre os procedimentos, informações sobre as disponibilidades eventuais, antecipações de evolução ou de efeitos colaterais ou eventos adversos. Torna-se, mesmo para o profissional de saúde transformado em paciente, difícil o processamento do grande número de informações.

Mais recentemente, a possibilidade de conviver com a informação sobre algumas mutações genéticas revive dilema

adicional para pacientes em geral, e para médicos pacientes em particular: o “saber tudo” não foi considerado imprescindível por uma médica-paciente.⁹

Equipes – Em algumas situações nas quais múltiplas competências (especialidades) podem ser mobilizadas, pode ocorrer que cada especialista tenha a sua equipe de vários profissionais, de tal modo que o número de profissionais atuantes que examinam o paciente se amplia a ponto de tornar a comunicação mais difícil, mesmo que os registros feitos sejam circunstanciados em termos de conduta e não tão somente o registro descritivo de números e resultados de testes. Tais situações exigem empenho maior de coordenação para prevenir eventuais excessos ou mesmo carências, que podem ser percebidas.

Impessoalidade – os cuidados à saúde tornaram-se complexos, o que significa que representam a aglutinação de grande número de ações. O grande número de ações pode dar a impressão de uma sequência terapêutica, mas de características tais que chegam a ser rotuladas como industriais, e médicos pacientes se ressentiram desta conotação. Alguns ambientes são particularmente ruidosos e movimentados, nos quais há dificuldade de repouso.

Protocolos – protocolos “algoritmizados” atuais traçam o fluxo do sintoma à terapêutica, de tal modo que a individualidade do paciente (dada por anamnese, exame físico, contexto ou diagnóstico clínico) seja apreciada. Nesta circunstância, o paciente é que deve ser submetido ao “protocolo”, ao contrário de o desejável protocolo ser colocado à disposição do paciente. Em profissionais de saúde de modo geral, esta reflexão talvez seja mais frequente.

“Quebras” – Alvissaras! Felizmente há, entre os profissionais de saúde de modo geral, profissionais de tal modo vocacionados que literalmente “quebram” a doença, o sofrimento e as angústias decorrentes. Dependendo da área profissional em que atuam, o fazem com variado fundamento: exímia competência, atitude profissional ou por uma luz própria que irradiam para o seu entorno. Há entre eles profissionais que conseguem obter do paciente, mesmo em circunstâncias difíceis, um sorriso, o que dá um enorme conforto para o paciente e seus familiares. Há outros que fazem comentários espontâneos e generosos, que adquirem a forma de poesia ou de oração. Médicos-pacientes ou profissionais de saúde quando pacientes, ao se depararem com essa circunstância, a celebram reverencialmente.

Finalizando, nunca é demais lembrar que a experiência de outros colegas pode ampliar e aprofundar as reflexões acima apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Otte A, Audenaert K, Otte K, De Man S, Dierckx R. The dilemma of being a physician-patient. *Med Sci Monit.* 2003;9(4):SR20-2. PMID: 1270968.
2. Laine C. Do Stories Deserve a Place in Medical Journals? *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2017;128:147-56. PMID: 28790497.
3. Imrie DD. "Client" versus "patient". *CMAJ.* 1994;151(3):267. PMID: 8039070.
4. Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
5. Neuberger J. Do we need a new word for patients? Lets do away with "patients". *BMJ.* 1999;318(7200):1756-7. PMID: 10381717.
6. Faria E. *Dicionário Escolar Latino-Português.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar; 1975.
7. Tallis R. Do we need a new word for patients? Commentary: leave well alone. *BMJ.* 1999;318(7200):1757-8. PMID: 10428565.
8. DeMaria AN. Wither the cardiac physical examination? *J Am Coll Cardiol.* 2006;48(10):2156-7. PMID: 17113006; doi: 10.1016/j.jacc.2006.10.036.
9. Elmore SNC. p53 and Me. *N Engl J Med.* 2018;378(21):1962-3. PMID: 29791817; doi: 10.1056/NEJMp1803542.