

Poesia a que horas

Alfredo José Mansur¹

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

A prática clínica e os cuidados à saúde de modo geral são tão essencialmente multidimensionais que não lhe escapam as mais diversas questões. Em tempos recentes, os jornais de grande circulação noticiaram comentários sobre o suposto uso excessivo de exames complementares no Brasil comparativamente a outros países.¹ Outra notícia apontou consultas médicas com tempo insuficiente para interação satisfatória entre médico e paciente.² E notícia houve de que até autoridades fizeram interpretações que suscitaram respostas de entidades de classe médica.³ Tais assuntos tanto recebem atenção na literatura médico-científica quanto fazem parte das reflexões cotidianas. Seguem algumas delas.

Marketing – Propaganda na televisão aberta divulgou há muitos anos o caso de uma prestadora de serviços de saúde, que tinha como chamariz o fato de dar acesso até a ressonância magnética, um exame de alto custo e, na época, de inclusão muito recente na prática. Assim se ilustra o apelo potencial de peças de *marketing* para a promoção predominante do aspecto tecnológico atualizado do serviço oferecido na atenção à saúde. O aspecto tecnológico está ligado ao poder da tecnologia, é impessoal e glamoroso. O outro lado, mais humano, em geral é sofrido, tem menos *glamour* e às vezes é consciente ou inconscientemente evitado ou considerado ineficiência, lentidão, abstração, filosofia ou até poesia. Nesta circunstância, é convidativa a remissão à pergunta: “Poesia numa hora dessas?!”; subtítulo ocasional de uma série jornalística de conhecido escritor brasileiro⁴ do qual me incluo como assíduo leitor; há também um livro do mesmo autor com esse título.

É de se indagar se há anúncios de *marketing* a divulgar como núcleo da mensagem o atendimento médico com tempo

suficiente para os pacientes, com pertinente reconhecimento organizacional e pragmático. Alternativamente, poder-se-ia atenuar o lado humano do exame clínico e enfatizá-lo como tecnologia diagnóstica,⁵ que poderia ser alternativa a não antagonizar a cultura tecnológica dominante.

Aspectos econômicos – O vigor do aspecto econômico da prática clínica é cotidiano e explícito. Entre as questões econômicas, há os custos trazidos pelo emprego dos avanços tecnológicos, seja na forma de exames complementares, de uso de equipamentos, de intervenções e de terapêutica, demandas essas que se modulam ou se retroalimentam mutuamente. Como os recursos disponíveis são finitos, questões econômicas sempre trazem implícitas as questões de disponibilidade e acesso; de modo geral, a disponibilidade sempre fica a dever para a demanda em termos ideais. A natureza da relação entre os dois lados da equação é cotidiano exercício para profissionais e para pacientes.

Um dos pressupostos aventados com frequência é que a limitação de tempo dedicado à história clínica e exame físico pode propiciar o uso excessivo de recursos tecnológicos e elevar custos. Por um lado, a mobilização de exames e de tecnologia médica é um forte movente econômico; em outros países, sua influência estendeu-se a médicos e hospitais e foi considerado “produtividade”.⁶ Por outro lado, paradoxalmente, a pressão para o uso judicioso de recursos de alto custo pode ser uma consequência do seu impacto econômico. Há até mesmo a possibilidade de pacientes terem procedimento evitado por essa razão (e que, na evolução, não se demonstre indispensável). Curiosamente, aspectos concretos de custos são estímulo para que o exame clínico com seu alcance diagnóstico e terapêutico deva ser exercido plenamente e não abreviado, ainda

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 agosto de 2017 — Última modificação: 21 de agosto de 2017 — Aceite: 1 de setembro de 2017

que pela sua própria natureza o seu alcance diagnóstico e humano possa não ter o reconhecimento pertinente a depender da cultura na qual se insere.

Ganhar ou perder tempo – Curiosamente, em uma cultura com muitos equipamentos eletrônicos, que teria prometido aos homens maior tempo livre, o mundo evoluiu de tal modo que, em geral, todas as pessoas são muito ocupadas, inclusive pacientes e médicos. Também pacientes podem ser apressados.

De modo geral, em nossa cultura, o tempo é (pretensamente) superutilizado, mesmo em atividades que podem não ser produtivas. De algum modo, permitiu-se o conceito de que a anamnese (ouvir, e depois conversar) possa ser considerado perda de tempo (ou poesia).

Não deixa de ser curioso que o próprio paciente possa entender a narrativa como perda de tempo; é experiência corriqueira que os pacientes apresentem os exames ao médico antes de contar a sua história, como se os exames substituíssem a história. Também é curioso que os responsáveis pela organização de serviços podem não ser muito sensíveis a este lado, permitindo a impressão de serem subvalorizados; resulta o tempo encurtado. Deste modo, o exame de queixas e sintomas com profundidade pode demandar tempo que pode ser mais dilatado, o que nem sempre pode ser possível dependendo das logísticas organizacionais. Certa feita, os responsáveis por um sistema empresarial avaliaram a atenção médica para os executivos da companhia. Diziam que os executivos eram pagos a preço de ouro, de tal modo que não poderiam “perder tempo” na avaliação clínica. Necessitariam de algo industrial e muito rápido.

Relação de consumo – Cogite-se a possibilidade de pacientes estimularem que sejam feitos exames uma vez que têm “direito a fazer todos os testes” e fazer valer os valores empenhados nos pagamentos dos seus seguros.⁶ Como os meios de divulgação hoje são mais amplos, inclusive a partir da internet e de outros meios de comunicação de massa, demandas podem surgir a partir do acesso a essas informações. Some-se a

isso a possibilidade do conceito de que a melhor prática seja fazer “todos” os exames. Pode ser mesmo mais difícil para os profissionais não referendarem uma demanda ou um teste principalmente quando de natureza pouco invasiva.

Raciocínio clínico por “placas” – Admite-se que a medicina científica tenha a sua gênese na escola hipocrática e o modo de pensar contemporâneo seria uma evolução desta competência no tempo até os dias atuais.

Os equipamentos eletrônicos corriqueiros da vida cotidiana atual têm na sua estrutura circuitos acondicionados de tal modo que são chamados coloquialmente “placas”. Assim, quando chamamos o técnico ou o mecânico para avaliar algum problema com o equipamento, ele avalia, identifica o defeito, e em seguida “troca a placa”. Fico com a pergunta: na Medicina estaríamos pensando por “placas”? A partir de sintomas, as placas seriam os algoritmos acondicionados em *checklists*, diretrizes ou *guidelines*, protocolos etc. que encadeariam rapidamente ações a partir de sintomas gerais ou sinais o encaminhamento diagnóstico – em geral com exames complementares — e terapêutico. Isso poderia ser considerado mais rápido e eficiente, mas com possibilidade de pouca interação humana.

Finalizando, temos um potencial paradoxo moderno: para o sistema atenuar algumas dificuldades, sejam elas queixas de pacientes, sejam elas despesas com exames que possam ser mitigadas, ressurge a ideia de que os médicos devam dedicar mais tempo a ouvir o paciente (anamnese) e examiná-lo (exame clínico). Para muitos profissionais, defender esse ponto de vista é chamado de poesia, filosofia, senescência etc., pois é menos industrial e não excita o ribombar tecnológico e econômico tão a gosto da nossa cultura contemporânea. Ou de que devemos ouvir a advertência “Soubesse que poesia é remédio contra sufocação”.⁷

Finalizamos, sem esquecer que o conhecimento e a experiência de outros colegas podem aprofundar e expandir as reflexões acima apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Cambricoli F. Médico pede mais exames no Brasil do que em país rico. O Estado de São Paulo, 17 de junho de 2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,medico-pede-mais-exames-no-brasil-do-que-em-pais-rico,70001845031>. Acessado em 2017 (23 ago).
2. Tomazela JM, Cambricoli F, Palhares I. ‘Foi dizendo que não era nada, mas fez vários pedidos’. O Estado de São Paulo, 17 de junho de 2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,foi-dizendo-que-nao-era-nada-mas-fez-varios-pedidos,70001845034>. Acessado em 2017 (23 ago).
3. Formenti L, Araujo C. Governo vai exigir produtividade de médicos do serviço público. O Estado de São Paulo, 13 de julho de 2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-vai-exigir-produtividade-de-medicos-do-servico-publico,70001888898>. Acessado em 2017 (23 ago).
4. Verísimo LF. Amor. São Paulo, O Estado de São Paulo, 20 de julho de 2017. Disponível em: <http://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,amor,70001942864>. Acessado em 2017 (23 ago).
5. Summerton N. The medical history as a diagnostic technology. *Br J Gen Pract.* 2008;58(549):273-6.
6. Welch HG. *Less Medicine more health.* Boston: Beacon Press; 2015.
7. Rosa JG. Discurso de posse na Academia Brasileira de Letras. Disponível em: <http://www.academia.org.br/academicos/joaoguilmaraes-rosa/discurso-de-posse> (16/11/1967). Acessado em 2017 (23 ago).