
OTIMIZANDO A PRÁTICA PROFISSIONAL

JOSÉ HENRIQUE ANDRADE VILA

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp

Endereço para correspondência:

Rua Maestro Cardim, 1041 – CEP 01323-001 – São Paulo – SP

O autor descreve, de forma sintética, erros e acertos da prática médica diária, visando à otimização do atendimento aos pacientes para a obtenção do sucesso profissional. Estratégias de ações no consultório e ambiente hospitalar são enfocadas pelo prisma de prática ética da Medicina, assim como questões relativas ao fornecimento de atestados de invalidez e de óbito.

Essas considerações baseiam-se fundamentalmente na experiência do autor no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo há 30 anos, coordenando serviços em Unidade de Terapia Intensiva e transplante cardíaco, bem como na prática de consultório diário e também de conselheiro e coordenador da Câmara Técnica de Cardiologia do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo nos últimos dez anos.

O objetivo primordial deste artigo é alertar principalmente o jovem cardiologista sobre armadilhas no dia-a-dia que podem causar problemas indesejáveis se não forem corretamente abordadas.

Palavras-chave: prática cardiológica, ética médica, cuidados com a prática, enfoque ético.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2007;4:337-43)

RSCESP (72594)-1679

A FORMAÇÃO MÉDICA

A boa formação médica é de longe o aspecto mais importante na segurança e no resultado de longo prazo da prática profissional de qualquer médico. Para isso, solicitamos que o prof. dr. Bráulio Luna Filho, atual presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP), dedicasse sua atenção e nos trouxesse suas opiniões a esse respeito, ele que foi o catalisador do exame do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) para egressos de faculdades de Medicina.

Daremos rápidas pinceladas no tópico, pois o consideramos de capital importância. O médico

bem formado e que se dedicou pelo menos dois ou três anos em regime de tempo integral à Clínica Médica e à Cardiologia em serviço reconhecido e com grande número de pacientes, além de credenciá-lo à obtenção do título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), terá segurança e autoridade para o exercício profissional de alto gabarito e, mais do que isso, conseguirá atualizar-se com mais facilidade, uma vez que o avanço da Medicina não se produz na maior parte das vezes “aos saltos”, porém segue um contínuo através de progressiva melhora dos equipamentos diagnósticos e das alternativas terapêuticas, fundadas em uma lógica de dados fisiopatológicos estabelecidos. A isso o saudoso prof. Luiz

V. Décourt chamava de “doutrina médica”. Essa boa formação também qualifica o cardiologista clínico para realizar especialização complementar em Hemodinâmica, Arritmologia, Terapia Intensiva ou outra, já com experiência clínica sólida, e, portanto, mais bem preparado para o desempenho de excelência nessas áreas.

Essa boa formação permite também maior defesa do médico contra as tentações dos “modismos” e da “receita infalível” das propostas do “último trabalho”, que, por outro lado, encontram terreno fértil entre os médicos com formação deficiente e ingênuos cientificamente.

O CONSULTÓRIO

O consultório invariavelmente é o local em que o cardiologista clínico passa grande parte do tempo de sua vida profissional. Sentimos muito orgulho quando em viagem por cidades do interior somos convidados por ex-residentes e estagiários a visitar amplos consultórios com adequados desfibriladores e outros equipamentos para cuidados de emergência na sala de teste de esforço. Quase sempre isso é complementado com uma equipe de secretárias e de auxiliares de gabarito e comprometimento com a qualidade assistencial.

As secretárias, no consultório, desempenham papel importante e não devem ser sobrecarregadas com demandas pessoais ou de família que nada têm a ver com a atividade profissional. Da mesma forma, consideramos mau hábito o costume de alguns pacientes que deixam exames com a secretária e depois tentam entrar em contato com o médico por telefone para “saber o resultado” ou, o que é pior, aguardar a comunicação do médico, achando que agora “o problema é dele”. Essa prática leva a confusões e arquivos incorretos em caso de homônimos, e pode levar o médico a cometer erros, até graves, em decorrência dessas dificuldades.

O mais correto é que o paciente sempre compareça com seus exames e entregue-os ao médico, que, após anotações em prontuário eletrônico ou de papel, os devolverá ao paciente, solicitando sempre que sejam arquivados pelo paciente com cuidado, em sua residência. A não guarda de documentos importantes pelo profissional médico e que pertencem ao paciente é um dado relevante,

pois permite ao paciente ouvir outra opinião, sem ter o constrangimento de pedir os exames ao médico. Isso está de acordo com um dos princípios basilares da prática médica nos dias de hoje, que é o da autonomia do paciente. Ainda mais importante é o que consta em recente resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.821 de 11 de julho de 2007, em seu artigo 8º: “fica estabelecido prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel”. Lembramos que isso impõe um ônus significativo para o médico aposentado ou para sua viúva, pois exames de imagem e outros também deverão ser guardados pelos vinte anos e não podem ser microfilmados ou digitalizados com facilidade.

Eventualmente o relacionamento é difícil ou até impossível com um paciente. Devemos lembrar que o médico não é obrigado a atender ninguém, exceto quando há risco iminente de morte. No entanto, isso não deve ser feito de forma agressiva, devendo-se explicar ao paciente que, diante dos desencontros de relacionamento, seria melhor procurar outro profissional, fazendo um relatório objetivo do caso. Quando ocorrem atrasos de pagamentos feitos pelo convênio, deve-se analisar com cuidado, considerando os vários aspectos envolvidos, como tempo e frequência do atraso. É importante lembrar que a culpa não é do paciente. A SOCESP recomenda que o paciente que já está no consultório, após marcação regular de consulta, seja atendido e, se o médico entender que deve romper com o convênio, não deve mais agendar consultas para pacientes ligados ao convênio em questão.

O médico não deve confiar demais em sua memória e menos ainda na do paciente. Todos os atos médicos devem ser criteriosamente anotados em papel ou eletronicamente, com as datas precisas das ocorrências. Exames, receitas medicamentosas, sintomas referidos e dados do exame clínico precisam ser anotados. É frequente acontecer de o médico suspender uma medicação de determinada classe e substituir por outra mais potente diante de um dado laboratorial, como ocorre frequentemente com as estatinas. Há alguns casos em que o paciente, por desatenção ou confusão na farmácia, mantém o uso dos dois medicamentos, o que pode ter consequências graves. Assim, no final da

receita, a medicação que foi suspensa deve ser mencionada e a nova deve ser explicitamente anotada. Essa informação deve constar também no prontuário médico.

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Mais da metade das queixas no Cremesp tem como base a dificuldade de relacionamento médico-paciente. O médico não é obrigado, salvo na emergência, a se manter atendendo alguém com quem sente que a conciliação é difícil. Nesses casos, faz um relatório, passa as receitas necessárias e pede ao paciente que procure outro profissional. Essa hipótese, porém, deve ser exceção. Se virar regra, é um indício de que o médico está falhando.

Em nossa profissão, temos consciência de que a relação com os pacientes é nossa prioridade absoluta. Aliás, eles são a razão de todas as nossas ações profissionais. Além disso, o bom relacionamento com o paciente é o melhor procedimento preventivo de problemas judiciais, civis, criminais e também éticos com o Conselho de Medicina.

Por meio de prática tecnicamente correta, que advém de boa formação profissional, e, ainda, de detalhes importantes na condução humanística do relacionamento, é preciso que o médico trabalhe muito bem o lado humano, buscando compreender o outro e, quando necessário, dispondo-se a conceder minutos a mais de consulta, mesmo em dia complicado, para que o paciente apresente suas queixas e inquietações.

Saber ouvir é outro ponto fundamental: é preciso ter a sensibilidade de nunca interromper o paciente enquanto estiver falando, nunca menosprezar sintomas atribuindo a origens psicológicas, porque isso é ofensivo, magoa qualquer um. É frequente encontrar falsas queixas cardiovasculares, por exemplo, em portadores de síndrome do pânico, mas o médico não deve, de saída, fechar a questão sem investigação e atribuir tudo a um fundo psicológico. Está errado, isso humilha o paciente. É importante, inicialmente, afastar as possibilidades de o coração estar doente e mostrar isso ao paciente. Assim, poderá explicar com maior chance de compreensão que os sintomas são de ordem psicológica, que têm tratamento medicamentoso

certo e assim por diante.

É preciso que o médico não demonstre prepotência e vaidade em momento algum. Isso não apenas machuca como, às vezes, faz com que o paciente se volte contra o profissional, mesmo que este tenha feito o melhor por ele. É necessário lembrar que o doente sempre está muito dependente do médico, além de indefeso, por mais rico e importante que seja. Isso ocorre, em parte, porque o médico conhece a intimidade dele e da doença, o que acaba por deixá-lo em posição fragilizada. Nessa situação, muitos se voltam contra o médico, pois se trata de uma posição que, de fato, incomoda.

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER: ATUAÇÃO TAMBÉM POSSÍVEL DO CARDIOLOGISTA

Devemos lembrar que nós, cardiologistas, somos os médicos habituais e muitas vezes exclusivos para grande número de homens de meia-idade, muitos deles fumantes e que também apresentam, além dos riscos cardiovasculares sobre os quais todos os meus leitores conhecem muito, tumores malignos, em particular no caso dos fumantes, de cabeça e pescoço, brônquios e tubo digestivo. Além, é claro, dos tumores de próstata, que crescem exponencialmente após os 50 anos de idade, e também os carcinomas de bexiga urinária, bastante frequentes em fumantes.

Dessa maneira, em homens com mais de 40 anos de idade, costumamos incluir, junto com a rotina laboratorial, a dosagem de PSA total e livre e recomendar aos pacientes a procura de especialista em urologia já com o exame realizado. Também é recomendável orientar os pacientes sobre os riscos de exposição ao sol, especialmente naqueles de pele muito clara, bem como proceder ao rápido encaminhamento ao dermatologista nos casos de lesões suspeitas.

As mulheres devem ser lembradas sobre a necessidade de procurar o ginecologista para a prevenção do câncer tanto de órgãos pélvicos como de mama. Em ambos os sexos, tem-se observado aumento da incidência e da gravidade dos tumores de cólon. Deve-se discutir com o paciente a necessidade de realização, após os 50 anos de ida-

de, de colonoscopia, que, em nossa opinião, é um exame que apresenta excepcional relação custo-benefício, sendo o paciente encaminhado para um especialista quando desejar e na presença de quaisquer sintomas.

NO AMBIENTE HOSPITALAR

Não consideramos apropriado que a anamnese e o exame clínico sejam feitos por outros profissionais não-médicos. Isso é atribuição exclusiva da classe médica, respeitando-se as interfaces com outros profissionais. Dentre as especialidades clínicas, entendemos que, na Cardiologia, o ato médico atinge toda sua plenitude, ou seja, desde a obtenção da história clínica inicial até os mais sofisticados procedimentos invasivos são exigidos, desse profissional, argúcia, equilíbrio, experiência e sentido humanístico. Discordamos de práticas correntes em países de Primeiro Mundo, em que as informações da anamnese, cruciais para o raciocínio diagnóstico, sejam obtidas por profissional não-médico, pois isso pode negligenciar sintomas sutis ou levar a dispendiosos e inúteis procedimentos diagnósticos.

Características próprias da especialidade, como a gravidade potencial, com risco de morte súbita após sintomas aparentemente inofensivos, exigem do cardiologista grande experiência e adequado preparo, para que já no primeiro contato com o paciente sejam tomadas as providências enérgicas que o caso requer. Isso, porém, com o cuidado e a delicadeza necessários, levando em conta a parte psicológica, para evitar situação de pânico entre pacientes e familiares. Somente o médico bem preparado pode resolver com sucesso essas difíceis situações, tão frequentes nos consultórios de cardiologistas, como arritmias graves, coronariopatias agudas, hipertensão grave ou com descompensação aguda de ventrículo esquerdo.

Outro dado fundamental é a medida de pressão arterial. Somente o médico tem experiência para a distinção, em particular nos casos de insuficiência cardíaca, dos sons de Korotkoff, bastante apagados nessa condição, e sabe da utilidade de manobras como abrir e fechar a mão do membro em que se verifica a pressão, medida nas posições em pé e sentado, etc. Pior ainda quando, além da verificação da pressão arterial, é delegada também

a decisão de medicar ou não o paciente internado, com base naquela medida. Se a medida da pressão arterial é condição fundamental para a periodicidade da medicação, isso a transforma em ato médico indiscutível. A verificação da pressão arterial pelo pessoal de enfermagem é útil e importante para dar ao médico uma visão panorâmica dessa importante variável nas 24 horas, porém não para medicação pontual. Em casos preocupantes, deve constar “frente a tal e qual situação, avisar o médico”.

O relacionamento entre médicos deve sempre ser o mais cordial possível, visando principalmente à tranquilidade do paciente. Não há nada pior para a Medicina que discussões infrutíferas entre médicos, inclusive diante dos pacientes, ou em prontuários, que devem somente conter informações relativas ao quadro clínico. Em casos assim, uma reunião da chefia com os médicos envolvidos pode ser suficiente para esclarecer eventuais dúvidas e solidificar um tratamento harmonioso entre as partes.

ALTA A PEDIDO

Em alguns hospitais visitados temos sido surpreendidos pela prática que está se popularizando de solicitação de alta a pedido, em que é dada a preferência a uma pseudo-evasão do paciente com a conivência dos profissionais de saúde, que se acreditam protegidos ao realizarem um boletim de ocorrência na delegacia próxima comunicando a evasão. Isso é completamente equivocado, pois a alta a pedido é um direito do paciente e não implica riscos para o médico que o atende, desde que haja ampla documentação com pelo menos duas testemunhas assinando termo de alta a pedido, sendo de preferência uma das testemunhas familiar de primeiro grau. O acúmulo de boletins de ocorrência de falsas evasões do hospital permitidas na verdade pela equipe médica e de enfermagem poderá levar a rigorosas medidas por parte do Ministério Público contra essa prática.

Em situações em que a condição clínica é grave, em primeiro lugar é necessário conversar com o doente e com os familiares para detalhar minuciosamente todos os riscos. É de bom alvitre que essas informações sejam colocadas no papel, documentadas. Esse paciente, em particular, só deve

ser liberado com a presença de uma unidade móvel e de um colega médico que auxiliará no transporte. Novamente são necessárias duas testemunhas. É importante que os familiares assinem o pedido de alta, além do próprio enfermo.

É fundamental que na alta a pedido seja preparado um relatório completo, registrando, ao final, que foi decorrência de solicitação do paciente ou de familiares, e sem anuência da equipe médica. É essencial ainda que seja entregue o relatório e prescrita a receita, que se entende oportuna. Se o caso for de extrema gravidade, volto a repetir, somente deverá ser liberado mediante unidade móvel. Assim, o paciente sairá do hospital assistido por outro médico e terá acompanhamento até sua casa, por exemplo. É a forma correta de agir.

Mesmo quando existe risco de óbito, é possível dar alta ao paciente, desde que sejam cumpridas as exigências de unidade móvel, presença de médico e testemunhas. O paciente terminal pode perfeitamente ir para casa, é um direito que ele tem. Sua escolha pode ser por desfrutar os dias que ainda possui no local que melhor lhe convenha.

PLANTÃO À DISTÂNCIA

O plantão à distância é um compromisso real. O fato de o médico não estar fisicamente presente não diminui sua responsabilidade e o mesmo deve estar apto a chegar rapidamente ao serviço de saúde.

Resolução recente do Conselho Regional de Medicina (CRM), que terá alguns meses de tolerância para implantação no Estado de São Paulo, determina que o plantão à distância deva ser remunerado em um percentual do plantão presencial. Quanto ao tempo entre o chamado e a chegada do médico, entende-se que em cidades de pequeno e médio portes não deva superar 30 minutos e nas grandes cidades, uma hora. Recomenda-se que o médico no plantão à distância, nos finais de semana, fique em casa, seja facilmente acessível por meios de comunicação, como o celular, e não consuma bebidas alcoólicas, para estar preparado a atender o paciente rapidamente, dando o melhor de si.

ATESTADOS MÉDICOS

São extremamente importantes. Constituem-se

Tabela 1 – Exemplos de preenchimento correto e incorreto das causas da morte

Primeiro caso

Correto:

- Edema pulmonar agudo	Terminal
- Cardiopatia hipertensiva	Anos
- Hipertensão essencial	Anos
- Diabetes melito	Anos

Incorreto:

- Fibrilação ventricular	
- Hipóxia	Minutos
- Edema pulmonar agudo	Horas
- Insuficiência cardíaca congestiva	Anos
- Diabetes melito	Anos

Segundo caso

Correto:

- Mal convulsivo	Minutos
- Meningite bacteriana	2 dias
- Otite média aguda	7 dias
- Diabetes melito	Anos

Incorreto:

- Hipóxia	Minutos
- Convulsão	Minutos
- Meningite bacteriana	7 dias
- Diabetes melito	Anos

em legítimos atos médicos. Devem ser sempre baseados nas anotações de prontuários médicos ou de uma avaliação bem feita em consultório. Jamais devem conter informações falsas ou não verificadas, pois isso implica crime de falsidade ideológica e ofende a vários artigos do Código de Ética Médica.

O médico que deseja afastar o paciente do trabalho por uma razão bem fundamentada deve fazer o encaminhamento contendo as informações necessárias para o médico perito, terminando, baseado em dados prévios, com a sugestão do período de afastamento. Como a decisão final cabe ao perito, que, às vezes, não é especialista, entendemos que compete, sim, ao cardiologista propor o número de dias do afastamento.

Houve recente celeuma em relação a essa matéria, inclusive com resoluções limitando e depois liberando essa prática. Entendemos que o médico assistente não deve ser impositivo na solicitação e, principalmente, não deve predispor o paciente contra o perito, que, como todos sabemos, está sujeito a normas e regulamentos.

No entanto, o médico deve exercer seu direito

de fornecer os dados que o perito necessita para fazer juízo sobre o caso sempre de forma elegante, fornecendo as informações técnicas derivadas dos exames auxiliares e de história clínica às vezes longa do paciente. Jamais deve, entretanto, como já dissemos “envenenar” a relação do paciente com o médico perito, antecipando decisões desfavoráveis e criando um clima de conflito.

No que se refere aos atestados médicos de seguradoras, devemos recomendar aos colegas que existe sim a obrigação de o médico assistente do paciente preencher o atestado, fazendo jus aos honorários que devem idealmente ser pagos pela empresa seguradora, especialmente quando do preenchimento de formulários longos e complexos. Deve constar, na ficha do paciente, o nome do familiar que solicitou o atestado, para que, no futuro, não se atribua ao médico o fornecimento de informações sigilosas, se ocorrer, por exemplo, algum desfecho desfavorável com a companhia seguradora.

ATESTADO DE ÓBITO

Nada afasta mais o médico da sociedade que a negativa infundada de fornecimento de atestado de óbito, que é, inclusive, imposta pelos artigos 112 e 115 do Código de Ética Médica. Muitos colegas enviam ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) pacientes que faleceram após doenças graves, por dúvidas quanto ao mecanismo final determinante do óbito. Esses pacientes têm quase sempre alterações metabólicas, como hipotermia e distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos, a causa das arritmias terminais ou assistolia, impossíveis de

serem avaliadas pelo médico do SVO horas depois.

Essa prática sobrecarrega o SVO e fornece matéria-prima para a “máfia dos atestados”. Outra dúvida freqüente é quem deve fornecer o atestado – se o plantonista que atendeu o paciente nos momentos finais ou seu médico, que quase sempre não está presente. Quem deve fornecer o atestado é quem constatou o óbito, baseando-se em dados do prontuário e do médico titular do paciente. Essas informações devem ser anotadas em prontuário e na lateral do atestado, podendo o médico plantonista identificar-se como médico substituto no local apropriado. É preciso deixar claro que o médico é substituto daquele profissional que acompanha o paciente. Dessa forma, podemos, sim, presumir o mecanismo terminal, conforme explícito no Parecer-Consulta do Cremesp nº 59.243-05, de autoria do conselheiro e atual presidente do Cremesp, Henrique Carlos Gonçalves.

Além de seu preenchimento correto, privilegiando sempre a causa básica e não os mecanismos terminais, outros dois cuidados devem ser tomados: a verificação da identidade do paciente e a ausência de sinais externos de violência, criminosa ou não.

Os exemplos de preenchimento das causas da morte apresentados na Tabela 1 demonstram que a excessiva preocupação com eventos fisiopatológicos terminais levou ao desaparecimento da doença básica dos pacientes, hipertensão arterial no primeiro caso e otite média aguda no segundo caso. Essa falha é muito danosa, pois falsifica os dados estatísticos e impede medidas preventivas de saúde pública por parte dos organismos governamentais.

OPTIMIZING THE CARDIOLOGICAL PRACTICE

JOSÉ HENRIQUE ANDRADE VILA

The author describes the right and wrongs of daily medical practice targeting the optimization of patient care to get the desired professional success. Strategies of actions in office and hospital environment are focused through the prism of ethical practice of medicine, as well as questions related to legal declarations for retirement and death certificate.

These issues are based fundamentally in the experience of the author at the Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, for 30 years, coordinating the medical practice in intensive care unit and heart transplantation, as well as office practice, and also as a member of the Conselho Regional de Medicina de São Paulo and coordinator of the technical Chamber of Cardiology of this entity for the last 10 years.

The basic aim of this article is to caveat essentially the young cardiologist to avoid everyday mistake that can bring big troubles in the near future if not timely corrected.

Key words: cardiological practice, Ethics in Medicine, cares with practice, ethical focus.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2007;4:337-443)
RSCESP (72594)-1679

REFERÊNCIAS

www.cremesp.org.br