

Segurança

Alfredo José Mansur¹

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

PACIENTES

Segurança é tema cotidiano na vida social. O conceito de segurança é frequentemente examinado pela sua ausência em maior ou menor grau, pela insegurança ou falta de segurança. Antônimos de segurança encontram-se dicionarizados: dubiedade, insegurança, perigo, risco; o dicionário remete também aos antônimos de confiança, como desconfiança, descrédito, entre outros termos.¹ Antônimo de segurança remete, segundo o mesmo dicionário, a outro substantivo correlato – inquietação. Curiosamente, em uma mensagem de apreciação de trabalho de estatística, sem relação aparente com a área médica, deparei-me com a expressão “a inquietação é iatrogênica”*. Por outro lado, admitem profissionais experientes que a segurança experimentada por pacientes possa ser motriz terapêutica, e na sua ausência, o oposto, como bem foi expresso.

A prática clínica e os cuidados à saúde estão inseridos no processo social e afeitos às questões de segurança, seja para pacientes, seja para profissionais de saúde. A percepção de segurança pode permear a clínica em vários dos seus níveis de atividade – ambientais, organizacionais, das interações profissionais propriamente e da evolução após as interações com os serviços de saúde ou intervenções realizadas. Interessa tanto a pacientes quanto a profissionais de saúde.

*Wechsler S, comunicação pessoal.

Sala de espera – numa ocasião há mais de três décadas, uma sala de espera de serviço público de saúde, com muitas pessoas esperando atendimento, recebeu visitantes externos que eram administradores profissionais da área da saúde. Eu os acompanhava. O comentário que fizeram na ocasião foi: “todos estão calmos e quietos, pois têm a segurança de que serão atendidos”. Ainda que na época os atendimentos ainda não possuísem o horário específico no agendamento, o sentimento de segurança era uma decorrência de vir a ser de fato atendido, segundo esses examinadores.

Interações com equipe de apoio – nas interações com equipes de apoio requer-se o ouvir. Em serviços de alto volume de atendimentos, em geral, a demanda é sempre superior à disponibilidade ou ao aspecto prático da interação pessoal. Também pode contribuir a eventual dificuldade do cliente em exprimir-se segundo a divisão de trabalho local ou o jargão do serviço para o qual foi encaminhado, nem sempre apreensível. Por esse motivo, ferramentas de tecnologia da informação têm sido empregadas com suas senhas, filas, priorizações etc., ainda que muitas situações ou pequenas dúvidas não se enquadrem nos critérios eleitos para atendimento (ou para esta ou aquela fila). Muitas vezes, limita-se a possibilidade de diálogo fora do sistema pré-moldado, de forma que pacientes

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: 26 de março de 2019. Última modificação: 26 de março de 2019. Aceite: 17 de junho de 2016.

ou acompanhantes podem sentir-se inseguros. Há serviços nos quais equipes foram designadas para atender esse tipo de demanda.

Consulta médica – pode ser entendida em duas etapas fundamentais: ouvir e examinar. Ambas as etapas são necessárias e insubstituíveis. Frequentemente somos lembrados de que a sua ausência ou eventual superficialidade de execução pode gerar nos pacientes uma dose de insegurança, frequentemente externada nas etapas seguintes do atendimento; isto é, eventual insegurança se exprime na sequência, por exemplo, entre outras possibilidades, na aderência maior ou menor à orientação terapêutica recebida. De modo oposto, curiosamente, novamente acompanhando avaliações de profissionais de administração, ouvi que pacientes atendidos em determinado serviço sentiam-se seguros, de tal forma que a sequência do atendimento desses pacientes ficava facilitada e mais fluente.

Resposta rápida automática – as respostas rápidas, automáticas, também podem ser geradoras de insegurança. Às vezes a resposta rápida a uma demanda pode ser o pedido de exame complementar ou a prescrição de medicamentos, quando talvez a demanda fosse outra: ouvir mais um pouco, ainda que por poucos minutos. Nesses casos, os exames complementares podem não ser suficientes para trazer o sentimento de segurança do diagnóstico ou da terapêutica.

Exames complementares – Há variadas circunstâncias contemporâneas que levam à tendência, por parte de pacientes, de requisitarem, eles próprios, exames complementares. Podemos citar, entre elas, divulgação na mídia leiga, forças de *marketing* operando na mídia, pressuposto de que números são dados “objetivos” (saiba-se lá o que isso significa em contexto clínico), que limites de normalidade são dogmas, pressuposto de imagens como informação absoluta e independente de operador e do analisador da imagem, o tempo curto dedicado ao paciente, a relação médico-paciente travestida de relação de consumo provedor-cliente, entre outros. Em tais circunstâncias, de algum modo, atua a demanda por maior “segurança”. Às vezes, a situação fica mais complicada quando a eventual demanda é por exame invasivo, que possa trazer riscos aos pacientes.

Ocorre que, muitas vezes, a correta interpretação de uma condição clínica não pode ser dada por um conjunto de testes, mas depende fundamentalmente do exame clínico – às vezes história clínica, às vezes exame físico ou do conjunto de todos os dados que compõem o exame clínico. Desse modo, a segurança da decisão pode ser mais sólida e trazer segurança ao paciente. Os testes ou exames complementares, considerados as últimas aquisições científicas, variam no decorrer do tempo; podem ser exames de laboratório, angiografias, cintilografias, exames de imagem. Talvez seja aplicável a

preocupação com o fato de uma teoria da metáfora (no caso, clínica) enveredar pelo impasse de uma teoria da imagem.²

Jargão – circunstância interessante ligada a exames complementares é o jargão técnico que pode fazer parte dos relatórios, e que às vezes termos sem maior significado clínico produzem forte impacto nos pacientes, gerando insegurança.

Achados incidentais – situações mais complicadas geradoras de insegurança podem surgir com o achado de dados inesperados em exames complementares e denominados achados incidentais. Muitas vezes a recomendação pode ser de se repetir o exame em um ano. Dependendo do julgamento, tanto do profissional da saúde, quanto do paciente, formidável questão pode vir a ser colocada, às vezes envolvendo intervenção cirúrgica (por exemplo, sobre a tireoide, sobre o rim, suprarrenal), biópsia ou outro procedimento invasivo e com riscos de efeitos colaterais.

MÉDICOS E EQUIPES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Perspectivas – para complicar um pouco mais algumas situações, o conceito de “segurança” (colocado entre aspas, conforme o original) pode ser diferente no caso de ser segurança para o paciente ou segurança para a equipe médica. Dois princípios foram mencionados na categoria de mantras: “Atue sempre pela segurança do paciente” e “faça tudo que você puder”. E o que fazer quando a “segurança” não for uma prioridade para um paciente eventual em razão de outros detalhes clínicos? E se a intervenção tecnológica se associar com riscos excessivamente altos? Tal discussão foi apresentada de modo muito ilustrativo, enfatizando situações de dificuldade de decisão clínica.³

Exame clínico versus protocolos – Atualmente a prática médica também se ampara, além do exame clínico e exames complementares, em protocolos, diretrizes, *guidelines* e outros documentos congêneres. Tais documentos podem ser reproduzidos às vezes de forma dogmática, às vezes de forma descontextualizada. Ocasionalmente, as necessidades do paciente ou as circunstâncias irrompem em certa antinomia entre exame clínico, diagnóstico e recomendações disponíveis. Tal antinomia pode gerar certa insegurança profissional, seja pela interpretação discutível ou pelo perigo de armadilha lógica sub-reptícia: é o paciente que deve se adaptar ao protocolo ou o protocolo é que deve ser mobilizado de acordo com a necessidade do paciente, identificada no exame clínico e com o julgamento do médico? A resposta pode parecer óbvia, mas na prática ela pode se colocar.

Nível de evidência – Admite-se que os estudos considerados como nível I de evidência (estudos randomizados duplo-cegos etc.) contribuam sobremaneira para a segurança

dos profissionais quando cotejados com o nível II (estudos observacionais) e com o nível III (opiniões de profissionais experientes na área). Entretanto, razões até ancestrais de desenvolvimento antropológico foram enfatizadas como “nível IV” com base em ocorrências adversas verificadas na prática — estas de influência imediata na prática, diferentemente dos estudos randomizados e controlados, que demoram anos para serem incorporados — ou seja, a experiência clínica, particularmente as ocorrências negativas, foram entendidas como importante modulador de experiência prática.⁴

Fonte de estudo – Uma colega mais jovem, séria, dedicada, estudiosa e em treinamento sentia-se insegura com relação a cuidados com pacientes, de tal forma que sistematicamente procurava discutir um elenco de perguntas que demonstravam similaridade lógica. Depois de grande número de sessões de discussão, surgiu a pergunta: qual seria a fonte de estudo? Descobriu-se então que a fonte de referência para estudos era um documento com linguagem fragmentada em itens, prescritiva, operacional, por isso confundida com o conceito de “prática”. Em outras palavras, era um texto não tão bom quanto livros-texto de Medicina consagrados. Conjecturei que a insegurança da jovem colega era uma decorrência desta característica que o texto “itemizado” trazia, que era uma sequência operacional de recomendações, sem

que houvesse uma sintaxe conceitual médica ou clínica entre elas, de tal modo que as informações operacionais não se acoplavam em um princípio lógico dedutível. Há textos na área médica que são operacionais, *checklists*, sintéticos, “aforísticos”, enciclopédicos. Hiatos de informação podem gerar insegurança de compreensão. Nenhum desses substitui um bom livro de texto das áreas básicas da Medicina.

Forças de marketing – Estas geralmente operam para levar ao conhecimento do público as aquisições feitas para o melhor tratamento de doenças. Um dos pressupostos contemporâneos é que o que é novo é sempre melhor, mais seguro e mais eficiente do que é “menos novo”. Também é inerente à dimensão do que é muito recente, que não há tempo de observação suficiente para questões de segurança, entre outras. Quando a indicação está plenamente justificada, o uso de tecnologias recém-incorporadas é auspicioso; em situações de uso expandido, o benefício pode ser menor ou até inexistente. Tais circunstâncias podem provocar um sentimento de insegurança no médico, seja por persistir no tradicional e conhecido, seja por enveredar por um novo caminho ainda não testado no longo prazo na vida real.

Finalizando essas reflexões, nunca é demais reiterar que a experiência dos demais colegas pode aprofundar, ampliar e melhor avaliar as reflexões acima apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Ricoeur P. The role of metaphor. Multidisciplinary studies of the creation of meaning in language. Toronto: University of Toronto Press, 1977. ISBN-10: 0802064477; ISBN-13: 978-0802064479.
3. Elia F, Aprà F. Walking away from conveyor-belt medicine. *New Engl J Med*. 2019;380(1):8-9. PMID: 30601741; doi: 10.1056/NEJMp1810681.
4. Stuebe AM. Level IV evidence--adverse anecdote and clinical practice. *New Engl J Med*. 2011;365(1):8-9. PMID: 21732832; doi: 10.1056/NEJMp1102632.