

## Atender em 15 min... é possível?

Considerações sobre a alimentação de dados na consulta<sup>1</sup>

*Olivan Queiroz<sup>2</sup>*

Controlar o tempo e lidar com a incerteza. São essas as duas maiores metas de quem é treinado no ambiente da Atenção Primária à Saúde. Diferente da enfermagem, nossos pacientes não estão internados, à disposição da medicina. Eles precisam buscar os filhos na escola, voltar ao trabalho e “passam” para renovar a receita do contraceptivo ou falar daquele mal estar na noite anterior. Quanto mais rápido atendemos, mais pessoas podem ter acesso ao serviço de saúde. É assim que funciona na medicina ambulatorial.

Mas eu não consigo... à medida que os anos vão passando, venho demorando mais nas consultas. Meus residentes dizem que estou ficando velho...

Há quinze dias completei 40 anos. Levando em conta que três dos meus quatro avós faleceram aos 80, considero-me NO MEIO DO CAMINHO. Ainda espero viver experiências interessantes na próxima metade da vida. Há dois meses comecei a trabalhar na Clínica da Família Zilda Arns, no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro. Assumi uma equipe de uma área bastante vulnerável. E nesse desafio do meio do caminho, confirmei o que eu já suspeitava: não consigo atender em 15 minutos...

O que me impede de ter uma consulta mais ágil? O raciocínio clínico? Não. As duas estratégias mais utilizadas pelos médicos experientes são rápidas. Uma é o **reconhecimento de padrões**, que nos faz pensar num diagnóstico assim que o paciente bate à porta; outra é o método **hipotético-dedutivo**, em que diante dos primeiros dados formulamos hipóteses diagnósticas e seguimos com a investigação atrás de confirmá-las ou afastá-las, fazendo perguntas ou manobras de exame físico, por exemplo. A experiência nos deixa habilidosos nesses dois processos.

Então o que mais me toma tempo na consulta? Entender as ideias da pessoa sobre sua doença? Também não. Usando atalhos sugeridos pelo Método

---

<sup>1</sup> Palestra apresentada no I Congresso Sudeste de Medicina de Família e Comunidade, no Memorial da América Latina, São Paulo, em 12 de outubro de 2018.

<sup>2</sup> Médico de família e comunidade, preceptor do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Contato: [olivanqueiroz@gmail.com](mailto:olivanqueiroz@gmail.com)

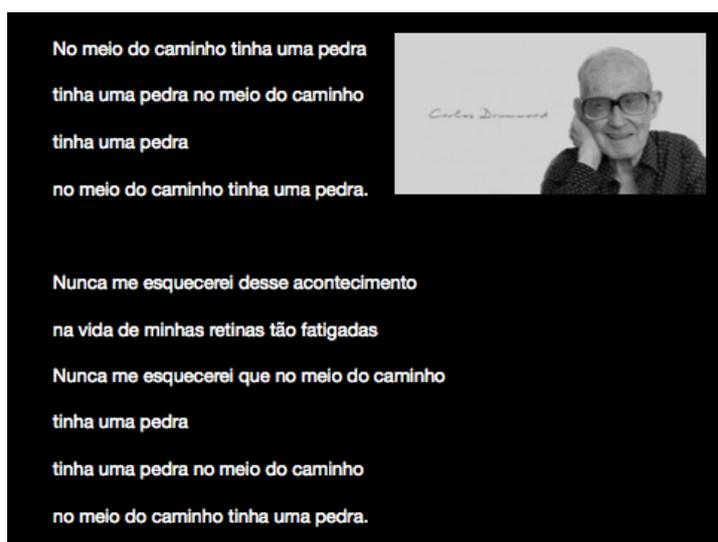
Clínico Centrado na Pessoa consigo de forma rápida entender o que a pessoa acha do seu problema e quais suas expectativas. Consigo até reconhecer um padrão no sentimento demonstrado em relação à sua doença: raiva, medo, indiferença...

Ah, então a demora é pra entender o contexto de vida em que o paciente se encontra? Também não. Hoje em dia consigo fazer isso usando uma simples pergunta que aprendi ao estudar o método clínico: “Na sua casa mora a senhora e mais quem?”, e o mundo mais íntimo se abre diante dos nossos olhos. Experimentem!

Ok, então gasto tempo fazendo vínculo? Definitivamente não. Já tentou sempre perguntar onde seu paciente nasceu? É a maneira mais rápida de demonstrar interesse pela sua origem. Isso ajuda no *rapport*, quando eu me espelho em você e tento falar uma linguagem adequada a idosos, adolescentes, pessoas de outras culturas... É uma “dança” sincrônica entre médico e paciente por toda a consulta. O paciente acredita que seu médico tem de fato interesse nas suas questões e o vínculo se estabelece.

Então, se na consulta médica, o raciocínio clínico pode ser quase automático, descobrir as ideias, sentimentos e expectativas do paciente é intuitivo; entender o contexto geralmente leva pouco tempo; e o vínculo pode ser conquistado nos primeiros segundos, porque minha consulta não dura 15 minutos?

Há 90 anos Drummond publicava na Revista de Antropofagia seu poema “No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho?”. Qual a pedra no meio do meu caminho? Sem sombra de dúvidas, a **alimentação de dados**.



No meio do caminho tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
tinha uma pedra  
no meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento  
na vida de minhas retinas tão fatigadas

Nunca me esquecerei que no meio do caminho  
tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
no meio do caminho tinha uma pedra.



No segundo dia de trabalho no Alemão atendi uma menina de 16 anos que veio com a avó. Ela trazia um filme de raio x (feito numa emergência) e me entregou sem dizer uma só palavra. Até tentei puxar um assunto, mas ela era monossilábica, atenta ao filme no negatoscópio. Ali havia um opacidade no ápice do pulmão esquerdo muito semelhante à tantas outras que já vi na vida. “Você está tendo febre?”, “tem perdido peso?”, “tosse há quanto tempo?”, todas as perguntas eram respondidas de modo a me fazer pensar em tuberculose, a doença que devastou a Europa no século XIX e que no século XXI ainda deve matar um milhão e meio de pessoas no mundo todos os anos.



Em 1882, antes de completar 40 anos, o médico generalista prussiano Robert Koch anunciou à Sociedade Fisiológica de Berlim a identificação da bactéria



responsável pela tuberculose. Ele havia esfregado material contaminado em uma lâmina, corado com azul de metileno, e observado em seu microscópio com gota de óleo de imersão milhões de bactérias em forma de bastão. A partir de então, o exame do escarro em busca desses bacilos passou a ser a forma mais efetiva de confirmar a presença da tuberculose.

Era disso que minha paciente de 16 anos precisava: **baciloscopia** para confirmar a suspeita clínica. Como consigo esse exame, 136 anos após a descoberta de Koch? Preenchendo dados. Muitos dados. Às custas de muito sofrimento. Registrar a história clínica no prontuário. Abrir uma aba específica para tuberculose e escrever tudo novamente. Escrever (com caneta mesmo) no livro verde de sintomáticos respiratórios. Comunicar o Agente Comunitário de Saúde. Preencher o pedido da baciloscopia do escarro no prontuário. Entregar dois potes para coleta do escarro. Explicar para a paciente como coletar o “catarro de verdade” e não a saliva. Etiquetar o pote. Notificar o caso para a Vigilância Sanitária. Preencher os mesmos dados em outro formulário para receber o número do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Preencher pedido de teste rápido de HIV, que se der

positivo deve gerar novas notificações e preenchimentos. Não sobra tempo para oferecer suporte a alguém que acaba de descobrir uma infecção de grande impacto que, se não tratada, pode levar à morte.

É possível atender em quinze minutos?

Nenhum dos teóricos da consulta se debruçou para estudar a alimentação de dados que nos é exigida. Onde se encaixa o preenchimento de dados no modelo de Calgary-Cambridge? Em qual dos sete passos da consulta se inclui a digitação de informações? Existe alguma tarefa do Pendelton ligada a escrever tanto no sistema de referência? Nada! Os modelos teóricos não contavam com essa grande pedra no meio do caminho...

Outro dia filmei minha mão clicando num atendimento de pré-natal, desde a hora em que a gestante senta, até a hora em que ela levanta. Quantos clicks no mouse para alimentar os dados da consulta de uma gestante? 75 clicks! Fora o que foi digitado! Temos 40 gestantes acompanhadas em nossa equipe. Todas pesadas e medidas mensalmente. Mas a poucas delas é perguntado “como é estar grávida pra você?”.



Se antes a relação se dava entre médico e paciente, hoje se estabelece entre médico-COMPUTADOR-paciente. E não preciso dizer qual dos três é prioritário para os gestores. A alimentação de dados gera indicadores e põe em evidência o trabalho do gestor. Por isso somos cobrados todos os dias. Há quem pague ao profissionais para alimentar dados específicos, o pagamento por performance, com resultados questionáveis, revisto no Reino Unido, por exemplo. Diz-me o indicador que eu te dou o resultado!



No meio do caminho tinha uma pedra... o computador. E estamos na dependência da vontade dos aparelhos. Qual o temperamento da sua impressora hoje? Semana passada minha impressora, num ataque de ciúme inexplicável, engoliu minha única caneta. Levei o tempo de uma consulta para resgatá-la, usando o guia de inserção de DIU.



Estamos praticando uma **Medicina Centrada na Alimentação de Dados**. E entendam que não reclamo do registro clínico, que nos auxilia quando o paciente retorna. Ajuda-nos a lembrar dos achados clínicos e da decisão tomada. Tenho me esforçado a fazer melhores registros a cada dia. O SOAP, por exemplo, facilita esse processo, até para atender de fato em 15 minutos.

Reclamo é da alimentação de dados vazios de sentido, que servem para completar alguma tabela de uma ex-futura-pesquisa, que nunca virá a ser de fato analisada. Dados de informações pessoais, solicitados repetidas vezes: CPF, RG, CARTÃO SUS, Nome da Mãe, data de nascimento, raça, orientação sexual, escolaridade, CNES da unidade, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional, endereço do paciente que prove que ele faz parte

daquele território, Código postal, dados sobre a Doença, o código CID10, CIAP-2, número e nome de cada contactante identificado, resultados de

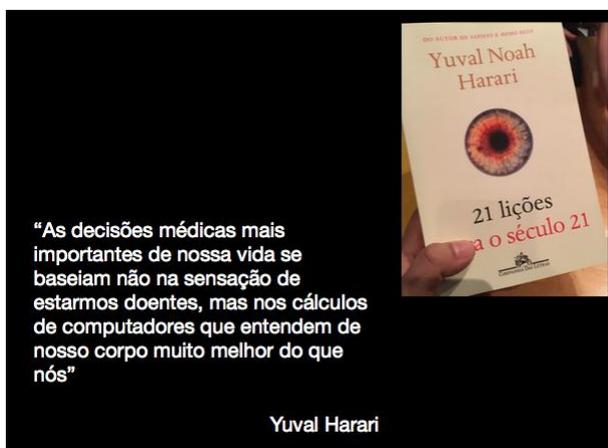


exames progressos. E exames?!?! Exames consumidos como produtos em promoção. Seu José me trouxe 5,2kg de exames na sua primeira consulta! Seu José nunca teve tantas informações, com tão pouca atenção...

São dados que raramente guiam decisões clínicas. Dados que servem até para restringir o acesso. Pessoas voltam com um papel faltando algum dado, e deixam de receber medicamentos especiais, deixam de ser atendidos em consultas na Atenção

secundária, deixam de realizar procedimentos.

Vivemos uma transição. Segundo o historiador Yuval Harari, no seu livro “21 lições para o século 21” (lançado mês passado), em mais 50 anos nossa saúde estará completamente entregue aos algoritmos e aos biosensores. O próprio raciocínio clínico dos médicos já começa a ser influenciado pelos algoritmos. Muitos dos nossos estudantes de medicina não sobrevivem 24h sem calculadoras eletrônicas em seus *smartphones*. Em 50 anos seremos guiados não por nossas emoções, mas por



dados exatos registrados por biosensores implantados: glicemia, oximetria de pulso, nível de potássio, frequência cardíaca. Devem chegar ao ponto de um dia identificar que, naquela manhã, 17 células cancerosas surgiram na cúpula do pulmão direito. Eles alimentarão os dados de nossa saúde em tempo real, 24 horas por dia. Até lá, porém, quem registra esses dados? Nós, profissionais de saúde, digitadores compulsivos anônimos...

Alimentamos a Big Data e multiplicamos o Dataísmo. Quem possui os dados, detém o poder. O Google descobriu isso há muito tempo.

Talvez a maior pergunta não seja “É possível atender em 15 minutos?”. Claro que sim, é possível. A melhor pergunta é: “Para quê atender em 15 minutos?”. Se a resposta for para ampliar acesso e mais gente ser atendida, vale o esforço. Se for, no entanto, para priorizar a alimentação de dados vazios de relevância clínica, não quero alcançar essa meta. Lamento.

Hoje os médicos de família enfrentam mundialmente o *Overdiagnosis* e o *Overtreatment*. Já temos algumas repercussões reais e práticas.

Precisamos agora denunciar o Sobredatismo (*overdating*) em que os dados, as informações, os papéis são mais importantes que as pessoas. Precisamos retirar essa pedra do meio de nossa consulta e que a medicina volte a ser centrada nas pessoas.



**#StopOverdating**

Quero agradecer o convite da comissão científica do Congresso Sudeste.

Estou disponível no e-mail.

Obrigado.

