

Telemedicina e a Relação Médico-Paciente

Telemedicine and the Doctor/Patient Relationship

Protásio Lemos da Luz¹

Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas Instituto do Coração, São Paulo, SP – Brasil

Introdução

Há 8 anos, A.C., um simpático italiano, recebeu *stents* coronários. Há mais ou menos 3 meses passou a ter dificuldade respiratória progressiva com sensação de aperto no peito; perda de apetite e emagreceu 4 kg, mas continuou trabalhando com boa disposição. Estivera em duas consultas hospitalares prévias, nas quais foi informado de que o pulmão estava normal, com base na radiografia. Não haviam chegado a diagnóstico definitivo, e por isso veio ao consultório. Sua aparência geral era normal; nada na inspeção denotava anormalidade. Apresentava sinais vitais normais; não tinha palidez que sugerisse anemia. Os exames de pulmões, coração, abdômen e membros inferiores eram normais, bem como o eletrocardiograma (ECG) de repouso. À palpação do pescoço, percebi uma massa na face lateral esquerda. Exames subsequentes comprovaram que se tratava de tumor que comprimia a traqueia, o que explicava sua dificuldade respiratória. Esse é um típico exemplo de caso em que exame clínico completo encaminha o diagnóstico. Isso não seria possível com a telemedicina (TM), pois a simples inspeção não dava pistas, e a história clínica sugeria várias possibilidades, tais como doença cardíaca, pulmonar, descompensação diabética, uremia ou anemia.

Atualmente, há um grande debate, tanto no nível de sistema de saúde quanto no plano individual sobre TM. Tecnologias de telecomunicação são usadas há muito tempo no ensino, na ciência, na formação de consórcios para estudo de doenças, na transmissão de procedimentos médicos diagnósticos ou terapêuticos, na interpretação de imagem entre especialistas, em teleconferência com eficiência indiscutível, e não serão considerados aqui.

Uma curiosidade que merece ser citada é que muitas pessoas chegaram a dizer que com a internet os congressos médicos iriam se esvaziar, porque tudo poderia ser visto à distância – o que não aconteceu, pois os congressos médicos continuam com grande audiência, tanto quanto antes das transmissões *online*. Isso comprova que o homem é um ser social e que gosta de conviver com o semelhante.

Telemedicina e a relação médico-paciente

Considera-se TM o atendimento médico não presencial. Um aspecto essencial é que a TM requer estruturas próprias,

Palavras-chave

Relações Médico-Paciente; Telemedicina/tendências; Redução dos Custos; Cuidados Médicos; Humanismo; Participação do Paciente.

Correspondência: Protásio Lemos da Luz •

Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44. CEP 05403-000, 5andar - Bloco II sala 08, São Paulo, SP – Brasil

E-mail: protasio.luz@incor.usp.br

Artigo recebido em 04/04/2019, revisado em 10/04/2019, aceito em 10/04/2019

necessita de uma estação central que possa receber informações e que tenha profissionais médicos preparados para dar respostas; e que médicos e pacientes forneçam dados corretos para avaliação.

Os iPhones recentes são fundamentais; permitem transmissão de imagens e textos. Outros aparelhos registram ECG, frequência cardíaca e pressão arterial. E se vislumbra o dia que em que parâmetros laboratoriais serão transmitidos *online* a partir de sensores de pele. Portanto, os sistemas de telecomunicação não são limitação importante para TM. Outro aspecto fundamental é o impacto sobre os sistemas de saúde, compreendendo neste aspecto: eficiência, custos, satisfação e adesão de pacientes e médicos.

Como a implementação da TM é relativamente recente, há poucos estudos sobre o tema. Uma revisão Cochrane,¹ que incluiu 93 estudos e 22.047 pacientes analisou 36 estudos de doenças cardiovasculares, 21 de diabetes, 9 de condições respiratórias, 7 de saúde mental, 6 em que um especialista precisava ser consultado, 3 condições urogenitais, 3 com lesões neurológicas e outros menores.

Comparando TM com cuidados habituais, eles mostraram que não houve diferença na mortalidade global por insuficiência cardíaca, que admissões hospitalares reduziram em 64% em alguns estudos, e aumentavam 60% em outros. Havia alguma evidência na melhora da qualidade de vida, e no diabetes observou-se hemoglobina glicada mais baixa; também se observavam reduções mais acentuadas de LDL e da pressão arterial. Não houve diferenças entre atendimento presencial e por TM nos casos de saúde mental. Em relação aos custos e aceitação pelos pacientes, os autores observaram que não havia dados suficientes para conclusões. Eles observaram que a eficiência da TM depende de múltiplos fatores, tais como se ela é utilizada para monitorar condições crônicas e pacientes conhecidos ou para facilitar acesso a serviços diagnósticos. Digno de nota é que todos os estudos se referem a monitorização de condições crônicas conhecidas, ofertas de treinamento para reabilitação, educação para vida saudável, consultas com especialistas ou terapia cognitiva; ou seja, eram sempre casos de diagnósticos conhecidos e não avaliações primárias. Outra análise, de Ekeland et al.,² incluiu 80 estudos e observou que 21 deles consideram TM efetiva, 18 promissoras, mas ainda inconclusiva e os demais tinham evidências limitadas e inconsistentes. Bertonecello et al.,³ analisaram os fatores envolvidos na eficiência da TM segundo relatos de 25 revisões criteriosamente escolhidas, compreendendo 15 anos (2000 a 2015) de observações. Foram incluídos hipertensão, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca e cuidados de idosos. Essa análise considerou vários fatores que podem influenciar a eficiência da TM, tais como localização geográfica, características demográficas

dos pacientes e doenças (chamados “alvos”), intensidade da intervenção, perspectivas e engajamento dos pacientes, educação, cuidadores, modelo organizacional e questões éticas e econômicas.

Em primeiro lugar, nenhum dos estudos analisou todos os fatores; 44% focalizaram nos “alvos” e 24% na intensidade da intervenção; 16% analisaram a perspectiva dos pacientes. Por outro lado, questões como localização, questões éticas, engajamento dos pacientes ou perspectivas dos cuidadores foram os itens menos abordados. A conclusão principal dos investigadores foi de que ainda não existem dados concretos e suficientes sobre os múltiplos fatores que influenciam a eficiência da TM, e que mais estudos são necessários para preencher as lacunas de conhecimento nesta área.

A grande discussão é a relação médico-paciente diante da TM. Tradicionalmente, a medicina se baseou na relação individual entre médico e paciente.⁴ Essa relação sofre múltiplas influências, inclusive culturais. No Brasil, as pessoas são muito afetivas, muito ciosas de seus relacionamentos familiares e de suas amizades. Essa afetividade se estende ao médico, o que nos torna todos mais sensíveis. Já na cultura anglo-saxã os relacionamentos pessoais são mais distantes, mais “frios”. Na prática, isso significa que o brasileiro gosta de ter o “seu médico”, e não ser tratado por alguém desconhecido. A confiança do paciente no seu médico não é adquirida num átimo, mas sim na convivência prolongada, sobretudo em situações de risco. Os pacientes são ciosos, e com toda razão, da sua privacidade; ninguém vai falar de impotência sexual, problemas de relacionamentos com cônjuges, filhos ou familiares para um aparelho que pode gravar a conversa. Igualmente não se espera que um empresário informe que seu estresse se origina de negócios que vão mal; se isso for divulgado, a situação só vai piorar. Como é possível transmitir carinho, compreensão, comprometimento, compaixão, calor humano sem olhar nos olhos do paciente? Outro ponto significativo é a linguagem corporal. É bem conhecida dos psicólogos que, aproximadamente, 80% das mensagens que uma pessoa passa a outrem não é verbal;⁵ é por meio da postura corporal, entonação da voz, do modo como a pessoa olha, como mexe as mãos e os braços, como se senta, se sorri ou não, e se o sorriso é espontâneo ou forçado. Em suma, há livros inteiros dedicados a esse tema.⁶ Aliás, quando o tribunal do júri se reúne para julgar delitos importantes, as testemunhas e os réus são pessoalmente ouvidas. É justamente para que os jurados possam avaliar a autenticidade dos relatos. O contato médico-paciente tem significado semelhante. Tanto o médico avalia o paciente quanto o paciente avalia o médico. É questionável se uma – tele-imagem pode substituir esse contato pessoal com a mesma precisão.

Numa visão mais geral, como se pode saber se o médico que está do outro lado da linha tem autoridade para opinar sobre aquele caso? Inúmeras vezes pacientes procuram a opinião de médicos renomados, mesmo após terem passado por várias consultas. Isso só enfatiza um dos princípios básicos em que se baseia a medicina: *confiança*. Além disso, será que a TM diminui o erro médico? Segundo J. Groopman⁷ – os médicos erram em média em 15% dos casos. O número é alto! Não se sabe o impacto que TM terá sobre isso; não existem dados.

Outro aspecto fundamental é a remuneração – não existem critérios estabelecidos; o que deve ser motivo de ampla discussão, visto que há vários pontos a serem considerados, como SUS, planos de saúde e pacientes privados. Neste particular, entidades médicas diversas e provedores deverão participar.

Outro ponto a considerar é quem/quais entidades devem estabelecer as regras do exercício da TM. Normalmente, o Conselho Federal de Medicina (CFM), sociedades médicas diversas, faculdades de medicina e representantes dos pacientes devem ser ouvidos. Aliás, até agora pacientes têm sido sistematicamente excluídos de discussões semelhantes, e isso precisa ser corrigido. Afinal, pacientes são o objetivo das ações médicas, correm os riscos e pagam pelo atendimento. Aliás, é crítico – no caso de TM, como em todos processos médicos, o paciente precisa concordar explicitamente com o processo, pois envolve potenciais assuntos de privacidade e sigilo. Nesse sentido, os direitos dos pacientes quanto à privacidade, alternativas, possíveis riscos e benefícios, devem ser preservados. Como visto anteriormente, nem sempre o paciente aceita uma nova tecnologia como a TM e é necessário ficar claro que ele tem liberdade de escolha.

Como então devemos nos posicionar quanto à prática médica atual? Conceitualmente, é claro que a TM veio para ficar. A questão a ser considerada é que se trata de adaptá-la à prática médica. Assim, penso que:

- a) A primeira consulta deve ser presencial e não se pode eliminar anamnese e exame físico, – ou seja, indispensável para o diagnóstico e o encaminhamento do caso; reavaliações periódicas também são necessárias.
- b) Por outro lado, a TM poderá ser útil em várias circunstâncias, como as citadas a seguir:
 - b.1. na reavaliação e monitorização de pacientes já conhecidos, para ajustar medicações, responder perguntas simples, verificar aderência e outros.
 - b.2. para informar sobre exames complementares, especialmente quando são normais. O paciente não precisa voltar ao consultório apenas para saber que está tudo bem, deve levar vida normal e ser reavaliado dentro de um ano.
 - b.3. pacientes em regiões remotas, onde não existem recursos médicos; tais pessoas podem receber orientação geral como em casos de diarreia, fraturas, parto, traumas e outras situações corriqueiras. A orientação geral ficará a critério do médico central.
 - b.4. para evitar comparecimentos desnecessários aos hospitais, como para saber resultados de exames simples, como tempo de protrombina, em cujo caso a orientação médica pode ser feita à distância, com segurança, e poupando tempo e desconforto, além de reduzir custos.
 - b.5. para orientar a escolha de especialista para casos específicos.
 - b.6. para reduzir tempo de internação: é perfeitamente possível desde que o paciente seja monitorado após a alta hospitalar.
 - b.7. em casos nos quais a espera por consulta é longa, como no SUS, o acompanhamento por TM pode facilitar, ou redirecionar o caso.

Em sínteses, toda inovação pode trazer progressos e também novos desafios. Com a TM não é diferente. O conceito, porém, precisa ser bem compreendido. A TM não veio para substituir integralmente a prática tradicional, mas para aperfeiçoá-la. A responsabilidade de médico continua; ele é que vai tomar as decisões principais.

O que se deve fazer é aproveitar o melhor de dois mundos: preservar o humanismo na medicina e usar as novas tecnologias para aperfeiçoar o cuidado médico. Isso é possível; depende apenas de algumas adaptações que evidentemente são viáveis. No entanto, estudos ainda são necessários para dirimir dúvidas importantes como as mencionadas anteriormente. Entre essas dúvidas destaco a aceitação pelos pacientes, a efetividade da TM em condições clínicas específicas e o impacto sobre o sistema de saúde como um todo. Uma possibilidade que não pode ser descartada é que a TM e os meios de telecomunicação se tornem tão eficientes no futuro, a ponto de que as relações médico-paciente sejam modificadas drasticamente, e aquilo que hoje causa preocupação seja superado por vantagens mais significativas. Isso aconteceu com iphones e redes sociais: ninguém mais escreve cartas. E ninguém sente falta delas.

Contudo, se de um lado a redução de custos com o sistema de saúde é um item importante, por outro, a redução exclusiva

de custos não pode ser o único padrão de análise de uma nova tecnologia como TM. É preciso sempre saber quais as vantagens para os pacientes.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa e Redação do manuscrito: Luz PL

Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo foi financiado pela Bradesco S.A.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Referências

1. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 2015(9):CD002098.
2. Ekland AC, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *Int J Med Inform*. 2010;79(11):736-71.
3. Bertonecello C, Colucci M, Baldovin T, Buja A, Baldo V. How does it work? Factors involved in telemedicine home-interventions effectiveness: a review of reviews. *PloS One*. 2018 Nov 15; 13(11):e0207-332
4. Luz PL. *Nem só de ciência se faz a cura*. São Paulo: Atheneu; 2001.
5. Pease A, Pease B. *Desvendando os segredos da linguagem corporal*. Rio de Janeiro: Sextante; 2005.
6. Dimitrius Jo-E, Mazzarella WP. *Decifrar pessoas: como entender e prever o comportamento humano*. São Paulo: Alegro; 2000
7. Groopman JÉ. *Como os médicos pensam*. Rio de Janeiro: Sinergia - Agir; 2009



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons