

Dr. Marcelo Derbli Schafranski
Msc, PhD

ENSAIO SOBRE A CONSULTA MÉDICA

O RITO E RAZÃO DA MEDICINA
SOB NOVOS OLHARES



Texto e Contexto

EDITORA

Dr. Marcelo Derbli Schafranski,
MSc, PhD

ENSAIO SOBRE A CONSULTA MÉDICA

O RITO E RAZÃO DA MEDICINA
SOB NOVOS OLHARES

Texto e Contexto

EDITORA

©2021 Marcelo Derbli Schafranski
Todos os direitos reservados ao autor

TEXTO E CONTEXTO EDITORA

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Texto e Contexto Editora

CAPA

Dyego Marçal

**REVISÃO, PROJETO GRÁFICO
E DIAGRAMAÇÃO**

Rosenéia Hauer

S296

Schafranski, Marcelo Derbli
Ensaio sobre a consulta médica: o rito e razão da medicina sob
novos olhares [livro eletrônico]/ Marcelo Derbli Schafranski. Ponta
Grossa: Texto e Contexto, 2021.
97 p.; il. E-book PDF Interativo

ISBN: 978-65-88461-34-1

1. Postura médica. 2. Prescrição médica. 3. Exame físico. 4.
Doença – prognóstico. I. II. T.

CDD: 610

Ficha Catalográfica Elaborada por Maria Luzia F. Bertholino dos Santos – CRB 9/986

Texto e Contexto

EDITORA

Rua Eduardo Bonjean, 375. Uvaranas
Ponta Grossa - PR
www.textoecontextoeditora.com.br

DIRETORA e EDITORA-CHEFE:

Rosenéia Hauer

CONSELHO EDITORIAL:

Presidente:

Dra. Larissa de Cássia Antunes Ribeiro (Unicentro)

Membros:

Dr. Fábio Augusto Steyer (UEPG)

Dra. Silvana Oliveira (UEPG)

Doutorando Anderson Pedro Laurindo (UTFPR)

Dra. Marly Catarina Soares (UEPG)

Dra. Naira de Almeida Nascimento (UTFPR)

Dr^a Letícia Fraga (UEPG)

Dra. Anna Stegh Camati (UNIANDRADE)

Dr. Evanir Pavloski (UEPG)

Dra. Eunice de Moraes (UEPG)

Dra. Joice Beatriz da Costa (UFFS)

Dra. Luana Teixeira Porto (URI)

Dr. César Augusto Queirós (UFAM)

Dr. Valdir Prigol (UFFS)

Dr. Luís Augusto Fischer (UFRGS)

Dra. Clarisse Ismério (URCAMP)

Dr. Nei Alberto Salles Filho (UEPG)

Dr. Ana Flávia Braun Vieira (UEPG)

*Ao meu pai, Jonas Izidoro Schafranski (in memoriam),
exemplo de honra, caráter, bondade e dedicação à família.*

*À minha mãe, Márcia, aos meus irmãos, Sílvia e Murilo,
ao meu cunhado Antonio Carlos.*

*Aos meus filhos, Yasmin e Marcelo Emanuel e, aos meus
sobrinhos, Lúcio e Jonas Henrique.*

SOBRE O AUTOR

MARCELO DERBLI SCHAFRANSKI



Médico reumatologista, Mestre e Doutor em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e professor do curso de Medicina e do Mestrado em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). É au-

tor de dezenas de artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais, bem como dos livros Medicina – Fragilidades de um Modelo ainda Imperfeito (Editora Schoba, 2011), Medicina da Felicidade (Editora Matrix, 2012) e O Mínimo – 14 Breves Capítulos para Entender os Fundamentos da Bioestatística (Editora UEPG, 2014).

***“Aquele que não acredita na ressurreição de Lázaro
não deve tentar a Medicina.”***

(Nelson Rodrigues)

SUMÁRIO

10 Introdução

14 Um novo olhar sobre a postura médica 22 O velho e o novo

33 Um novo olhar sobre a história clínica 42 O poder da sugestão 44 *Fixação somática* 46 *Patomimia* 47 William Osler vs Gregory House 48 Níveis de ganho

54 Um novo olhar sobre o exame físico 58 Dados vitais 59 O “olho clínico” 62 O poder do toque

64 Um novo olhar sobre os exames laboratoriais

69 Um novo olhar sobre a prescrição médica

72 Absenteísmo e má aderência terapêutica

76 Placebo e nocebo

80 Um novo olhar sobre o prognóstico das doenças

81 Sintomas não-explicados pela Medicina

82 A história natural das doenças

85 Um novo olhar sobre o olhar do paciente

89 Aspecto médico-legal

93 Considerações finais

INTRODUÇÃO

O ensaio em questão é o resultado de leituras iniciadas cerca de uma década após a nossa formatura na escola de Medicina, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em 1998.

Tratava-se de um período em que a Ciência Médica passava por uma transformação profunda em relação à maneira de abordar e aplicar as suas condutas. Nascia, na Universidade McMaster, localizada na cidade de Hamilton, no Canadá, a Medicina Baseada em Evidências (MBE)¹. O movimento, liderado pelos pesquisadores Gordon Guyatt, Brian Haynes e David Sackett, promovia uma fusão da Epidemiologia Clínica e da Bioestatística para a melhor tomada de decisões diante dos pacientes. Tal foi o seu vulto, que essa fusão foi considerada pelos seus idealizadores como uma mudança de paradigma na Medicina, nos moldes

do que foi preconizado pelo filósofo Thomas Kuhn² e, nos anos vindouros, passou a exercer um quase totalitarismo na maneira como devemos exercer a nossa profissão. Nossos professores correram para conhecê-la melhor. Mas, por limitação temporal, não tiveram como transmitir à nossa turma seus conhecimentos recém-adquiridos nos moldes do ensino convencional.

Assumimos o desafio de aprendê-la como autodidatas. A leitura de dezenas de livros e artigos científicos nos tornou afeitos à MBE: suas qualidades, suas impropriedades e, principalmente, aos seus riscos. Sistematizamos o conhecimento em duas obras publicadas^{3,4}. Mas percebemos enfaticamente que, na prática médica diária, tal conhecimento não era suficiente para atendermos aos nossos pacientes da maneira ideal como almejávamos. Faltava algo. E algo provavelmente tão importante quanto o conhecimento de médias, razões-de-chance, números-necessários-para-tratar e outros parâmetros consagrados pela MBE.

Faltava-nos o aprofundamento no que a Medicina tem de mais valioso: seu lado humano,

representado, primordialmente, pelo encontro do médico com o indivíduo que dele procura ajuda. Situação chamada globalmente de relação médico-paciente, cujo início ocorre no primeiro contato formal entre ambos: a consulta médica.

Procuramos descrever, aqui, alguns dos aspectos da consulta que escapam ao currículo formal da Medicina, com o intuito principal de conhecermos e aprimorarmos as nossas habilidades intelectuais e comportamentais no tratamento dos indivíduos a nós confiados. Notadamente, sob a égide do aforismo hipocrático “*primum non nocere*” (primeiro, não prejudicar)⁵, mas visando, também, o alívio do seu sofrimento e, quando possível, o bem maior da cura.

Optamos, ao longo do texto, citar referências científicas confiáveis, as quais o fundamentam. Entretanto, também incluímos anedotas ilustrativas verídicas (sem quebra de sigilo médico ou qualquer outra infração ética) e condutas pessoais, estes são resultados tanto da experiência quanto de leituras aprofundadas a respeito dos temas abordados.

A leitura é voltada tanto para o público leigo, quanto para profissionais de saúde – notadamente, acadêmicos de Medicina e médicos já formados - os quais pretendemos modestamente motivar a explorar os temas aqui expostos com maior profundidade, tendo em vista sempre a excelência no atendimento dos pacientes.

REFERÊNCIAS:

1. Evidence-based medicine Workig Group. **Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.** JAMA; 268(17):2420-5, 1992.
2. Kuhn T. **The Structure of Scientific Revolutions.** University of Chicago Press, 1962.
3. Schafranski MD. **Medicina – Fragilidades de um modelo ainda imperfeito.** São Paulo. Editora Schoba, 2011.
4. Schafranski MD. **O Mínimo – 14 breves capítulos para entender os fundamentos da Bioestatística.** Ponta Grossa Editora UEPG, 2014.
5. Brunini C. **Aforismos de Hipócrates.** São Paulo. Editora Typus Ibehe, 1998.



UM NOVO OLHAR SOBRE A POSTURA MÉDICA

*"Mesmo em casos insolúveis, a carinhosa
atenção do médico contribui para mitigar a
agonia e tornar a vida mais tolerável".*

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

SUMÁRIO

Imediatamente após o término de minha residência médica em Reumatologia, pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), em início de 2003, fui convidado por um dos chefes de serviço para atender em um ambulatório recém-aberto dentro do mesmo hospital, voltado à demanda de pacientes com artrite precoce. O seu objetivo principal era prestar atendimento a pacientes oriundos das diversas unidades de saúde da cidade com sintomas iniciais de dores articulares, para o diagnóstico e a pronta instituição do tratamento; visava retardo ou impedimento das sequelas decorrentes da artrite reumatoide, nos pacientes ora diagnosticados como tal.

Em um dos dias de atendimento, meu ex-chefe, Dr. Sebastião Radominski, apontou que uma das principais habilidades do médico é conseguir determinar, com certa acurácia, o que o paciente deseja do seu encontro com o profissional. Como bom ouvinte, apenas ouvi, sem questionamentos – talvez mesmo por vergonha de nunca ter refletido sobre o assunto.

A literatura médica lança alguma luz à questão. Lateef (2011) lista como quatro as principais expectativas do paciente em relação à consulta:

1. A necessidade de ser ouvido;
2. A necessidade de receber explicações e instruções em relação à sua condição;
3. A necessidade de ser tratado por pessoas que demonstrem preocupação (sob a forma de empatia) e compaixão e;
4. A necessidade de ser tratado por pessoas que demonstrem profissionalismo.

Ou seja, espera-se um médico que saiba ouvir, seja um bom comunicador e conte com uma equipe profissional e empática.

Cabe aqui uma definição de termos, uma vez que, muitas vezes, aceitamos determinadas palavras sem analisar o seu verdadeiro significado. Entende-se por compaixão o “sentimento piedoso de simpatia para com a tragédia pessoal de outrem, acompanhado do desejo de minorá-la; participação espiritual na infelicidade alheia que suscita um impulso altruísta de ternura para com o sofredor”². E a empatia apresenta três componentes: afetivo, cognitivo e reguladores de emoções. O componente afetivo implica compreender e compartilhar os estados emocionais de outros. O componente cognitivo refere-se à capacidade de refletir sobre os estados mentais de outras pessoas, e a regulação das emoções aborda as respostas empáticas.

A avaliação do poder de empatia dos médicos, quando avaliado pelos próprios profissionais, é habitualmente incorreto, enviesado e apresenta correlação apenas fraca com o mesmo poder, quando analisado do ponto de vista dos pacientes. Em um estudo publicado no periódico *PloS One* (2018)³, realizado na cidade de Sorocaba (SP), os pesquisadores incluíram 51 médicos e 945 pacientes, os quais analisaram a empatia médica através

de dois escores: (*Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* - JSPPPE e *Consultation and Relational Empathy scale* – CARE). As respostas dos profissionais e dos pacientes foram comparadas. O coeficiente de correlação calculado não ultrapassou 0,2, o que é considerado quase irrelevante. Ou seja, ainda superestimamos a nossa capacidade de nos colocarmos no lugar do doente.

Outro estudo publicado no periódico *Archives of Medicine* (2015), abordando a expectativa dos pacientes, confirmou a empatia como necessidade peremptória. Dos 655 pacientes investigados em um ambulatório de um hospital terciário no Sri Lanka, mais de 80% também consideraram como de importância capital para o bom relacionamento médico-paciente amenidades sociais como: cumprimentar, sorrir e oferecer um lugar para sentar-se. Evitar uso exagerado de jargão técnico e participar ativamente do plano terapêutico foram pontos também considerados importantes pelos pacientes⁴.

Em relação à polidez e cortesia, Michael W. Kahn estabeleceu os termos da então definida “Medicina Baseada em Etiqueta”, em artigo

publicado no *New England Journal of Medicine*, em 2008, a qual é composta primariamente por seis condutas, válidas para pacientes internados, mas, extensivas de algum modo para a prática de consultório: (i) apresentar-se, (ii) bater à porta antes de entrar, (iii) cumprimentar o paciente através de um aperto de mão, (iv) sentar-se, (v) explicar o seu papel no plano de tratamento e (vi) averiguar os sentimentos do paciente em relação à doença (novamente, a empatia)⁵. Desses, o mais negligenciado é o último item, aplicado por menos de 10% dos médicos, de acordo com Tackett e colaboradores (2013)⁶.

Como todos os afetos, compaixão e simpatia se apresentam como um componente inato, isto é, algumas pessoas os possuem naturalmente, em maior ou menor grau. Mas também podem ser aprendidos⁷. Para tal, é necessário treinamento, mantendo-os sempre em mente e colocando-os em prática sempre que possível.

Zinn (1993)⁸ propõe três passos para se atingir a situação empática com o paciente:

1. Facilitação: procurar auxiliar na expressão dos sentimentos, através de termos como “lamento ouvir isso” ou “como deve ser triste”;

2. Auxiliar na nomeação das emoções: o uso de termos como “você deve estar triste com isso” ou “esta situação provavelmente te deixou muito bravo” e;

3. Justificação: obtida através de frases como “é natural para alguém se sentir assim nesta situação”.

Outra ferramenta utilizada para elevar o grau de empatia dos médicos é a chamada “Medicina Narrativa”, a qual utiliza a arte e a literatura para abordar as múltiplas dimensões da sua rotina de trabalho – quase sempre extenuante – e criar um ambiente que estimule a autorreflexão. Programas que incluem Artes e Humanidades já fazem parte do currículo de importantes faculdades de Medicina norte-americanas, incluindo algumas que compõem a *Ivy League* (Harvard, Yale Columbia – esta inclusive oferece até um programa de Mestrado na área)⁹. Entre múltiplos autores recomendados dentro desse tema, encontram-se Thomas Mann, Atul Gawande, Abraham Verghese,

Arthur Kleinman, Fiódor Dostoiévski e Leon Tolstói. William Osler (1849-1919), considerado o Pai da Medicina moderna, em sua obra mais famosa, *Aequanimitas* (1889) - a qual é formada por discursos proferidos pelo autor para profissionais de saúde - também orienta o médico a manter leituras diárias não-relacionadas à sua prática, as quais incluem o Novo e Velho Testamentos, Dom Quixote, de Cervantes, e a obra completa de William Shakespeare.

Particularmente, duas obras marcaram de modo relevante a minha educação médica pós-universidade: *A Arte Perdida de Curar* (1996), do médico lituano Bernard Lown (1921-2021), e *One Doctor: Close Calls, Cold Cases, and the Mysteries of Medicine*, (2013), do médico norte-americano Brendan Reilly. São livros autobiográficos nos quais os autores, profissionais extremamente empáticos, narram a sua rotina de cuidados com os doentes, com ênfase na importância do cuidado dispensado a eles. Lown nos deixou diversos aforismos, os quais serviram-me de inspiração para a redação dessa obra e que cito ao longo do texto.

O velho e o novo

Como em qualquer profissão, para que seja exercida com êxito, é preciso que estejamos constantemente motivados. Independentemente da área em que atuamos, o trabalho geralmente é repetitivo, rotineiro, podendo se tornar enfadonho e entediante. Escolhemos o nosso ofício no final da adolescência, com pouca ou nenhuma noção da atividade que exerceremos ao longo de uma vida. O adágio de “devemos fazer o que gostamos” é absolutamente falacioso, haja vista que não temos como gostar daquilo que não conhecemos. Concordamos com o escritor brasileiro, Stephen Kanitz, quando este afirma que um dos segredos para o sucesso profissional é aprender a gostar do que se faz. E, para isso, necessitamos da chamada motivação, sobre a qual muito se comenta hoje em dia e que gerou uma infinidade de cursos e palestras, com o objetivo de fomentá-la e desenvolvê-la.

A Medicina é riquíssima em História, histórias e onipresente em qualquer área das Artes e Humanidades. Abundam livros de ficção ou não-ficção, filmes, seriados, músicas, pinturas e

esculturas que fazem alguma referência direta ou indireta ao médico. Ou seja, fontes inspiradoras para exercermos a nossa profissão, com o romantismo necessário, jamais faltarão. Russel Kirk, filósofo norte-americano, declarou certa vez que a vida sem aspirações românticas não vale a pena ser vivida. Podemos representar o protagonista e herói dentro de nossa própria história. A chama que mantinha aquecidos os devaneios imaginativos da infância pode permanecer acesa, através de espelhamentos culturais.

Difícilmente alguém não se inspiraria pela atuação de Robin Williams no filme *Tempo de Despertar* (1990), pelos múltiplos personagens representados nas obras do escritor norte-americano Robin Cook (*Memórias de Um Médico Interno*, *Coma*, *Cérebro*, *Médico ou Semideus*, entre outros) ou por algum dos personagens que compõem o elenco de seriados como *Emergency Room*, *Grey's Anatomy* e *House MD*. Na área da pintura, certamente desejaríamos ser um dos expectadores presenciais da tela *Lição de Anatomia do Dr. Tulp* (1632), do pintor holandês Rembrandt (1606-1669), ou da obra *O Doutor* (1891), do artista inglês Luke Fields (1843-

1927). A motivação, assim como a compaixão e a empatia, também deve ser aprendida – e trata-se de um processo ativo que demanda esforço e dedicação.

Como parte integrante do processo motivacional, a valorização do passado também é imprescindível. O cientista inglês, Isaac Newton, afirmava que “se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes”.

Servimo-nos dessa dinâmica mental através de dois mecanismos: a leitura atenta e detalhada de documentos médicos antigos – sejam eles cartas, trechos de livros ou mesmo artigos científicos publicados em edições antigas dos periódicos; e através das descobertas curiosas que podemos obter através de epônimos. Estes, particularmente, nos despertam até mesmo nostalgia de épocas que não vivemos, mas que conhecemos apenas por meio de outros modos, por exemplo, a televisão, cinema ou leituras.

A Medicina é riquíssima em epônimos – palavras derivadas do nome de uma pessoa, seja real ou ficcional. São cerca de 3000 até o momento, sendo, apenas, cinco deles brasileiros: “Doença de Lutz-Splendore-de Almeida” e “Síndrome de

Lutz-Jeanselme” – ambos atribuídos a Adolfo Lutz, “Síndrome de Amêndola” (Francisco Amêndola), “Doença de Chagas” (Carlos Chagas) e “Reação de Machado-Guerreiro” (Astrogildo Machado e César Guerreiro)¹⁰. Os países líderes em epônimos são os Estados Unidos, a Alemanha, a França e o Reino Unido. Os três últimos, locais onde, a partir do século XVIII, se proliferaram os hospitais de ensino e, portanto, os médicos assistentes tinham um o privilégio de observar doentes consecutivos com as mesmas condições clínicas. Dessa forma, denominavam os achados recorrentes a partir do seu próprio sobrenome – vide o exemplo de Jean-Martin Charcot (1825-1893), médico considerado o Pai da Neurologia que, ao longo da sua carreira no Hospital da Salpêtrière, em Paris, nomeou pelo menos quinze doenças.

Quando atendo pacientes com osteoartrite nodular de mãos – doença corriqueira que se manifesta principalmente por dor e rigidez matinal fugaz em mãos – e observo o aumento de volume rígido que acomete as interfalangeanas distais, denominados nódulos de Heberden, imediatamente sou transportado para a Inglaterra do século XVIII,

com suas carruagens entre nevoeiros, homens trajando polainas e cartolas, e mulheres exibindo charmosos espartilhos. Cenário onde trabalhava William Heberden (1710-1801), a partir do qual a alteração anatômica é nomeada. Polímata, amante de literatura inglesa e universal, astrônomo e apaixonado por línguas (entendia grego, latim e hebraico) era um exímio observador. Chegou a ser denominado por Samuel Johnson (1709-1784), um dos maiores expoentes da literatura do país, como o “último dos romanos”, haja vista a sua ampla cultura. Descreveu detalhadamente a angina de peito, no periódico *Medical Transactions* (1772):

Existe um distúrbio no peito caracterizado por sintomas fortes e peculiares, com considerável perigo e não tão raro, mas não recorde de nenhuma citação sobre ele na literatura médica. Inicialmente, as pessoas que são afetadas por ele são acometidas enquanto estão caminhando (particularmente em aclives e logo após as refeições). Sentem dor e uma sensação no peito muito desagradável, que parece que vão perder as suas vidas se a dor aumentar ou continuar: no momento que eles cessam a caminhada, entretanto, toda essa angústia

desaparece. Em todos os outros aspectos, os pacientes que estão no início desse distúrbio estão absolutamente bem e não sentem falta de ar. Quando esse distúrbio dura alguns meses, ele não cessará tão prontamente quando o indivíduo parar de caminhar e não ocorrerá somente quando as pessoas estiverem andando, mas também quando deitadas, levando-as a se levantar de suas camas todas as noites por vários meses. Em um ou dois casos relatados, os sintomas surgiram quando os pacientes andavam a cavalo ou de carruagem, e até mesmo quando deglutiam, tossiam, iam ao banheiro ou falavam, e também quando sentiam qualquer distúrbio da mente¹¹.

Nesses mesmos pacientes, pesquisamos também o aumento de volume que acomete as interfalangeanas proximais, descritas pelo francês Charles Jacques Bouchard (1837-1915) e que receberam o seu nome. A República Francesa do século XIX passa a ser o nosso cenário, com suas belas mulheres de vestidos rodados e leques, em acolhedores cafés, discutindo moda, arquitetura e pintura à beira do Rio Sena (embora Bouchard fosse de Lyon).

Viajamos com os diversos epônimos, transcendemos o ambiente do consultório médico. O paciente torna-se parte de nosso mundo e a ele dedicamos de forma plena o nosso crescente interesse.

Vale, entretanto, a ressalva de que algumas doenças não foram inicialmente descritas por aqueles que a nomearam. Como exemplo, podemos citar a “Doença de Alzheimer” e a “Angina de Prinzmetal”. Tais situações se enquadram na Lei de Stigler da Eponímia, proposta pelo economista norte-americano Joseph Stigler, em 1980, a qual afirma de maneira radical que nenhuma descoberta científica é nomeada pelo seu descobridor original.

Documentos antigos não são menos inspiradores.

Philip Showalter Hench (1896-1965) foi um fisiologista norte-americano que recebeu o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina, em 1950, acompanhado de seu colega Edward Calvin Kendall, pelo emprego da cortisona no tratamento da artrite reumatoide (inicialmente denominada de composto E). Ao longo das décadas de 20 e 30, Dr. Hench, ele mesmo reumatologista e professor da *Mayo Clinic*

em Rochester, Minnessota, no EUA, idealizou 40 generalizações axiomáticas que se aplicam à prática clínica até os dias atuais, as quais foram tornadas públicas em 1961. Na lógica tradicional, um axioma ou postulado “é uma sentença ou proposição que não é provada ou demonstrada e é considerada como óbvia ou como um consenso inicial necessário para a construção ou aceitação de uma teoria. Por essa razão, é aceito como verdade e serve como ponto inicial para dedução de outras verdades” (Wikipedia). Aqueles que se referem à gota são interessantíssimos, como o de número 19 que afirma que a artrite que se desenvolve após uma viagem de pesca possivelmente se deve à doença: “o paciente retorna para casa com gado, arma (gun) e gota”. No número 39, Hensch antecipa de certa forma a fibromialgia, denominando reumatismo psicogênico a “fibrosite” ou “artrite” que não responde satisfatoriamente à massagem, calor, aspirina ou cortisona¹². Os critérios classificatórios para esta doença só viriam a ser estabelecidos cerca de 70 anos mais tarde, em 1990, pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR).

O aspecto histórico da nossa profissão e especialidade também merece referência. Lawrence

C. Parish, então estudante do quarto ano de Medicina, em artigo publicado no periódico *Arthritis and Rheumatism* traça uma perspectiva histórica da evolução da nomenclatura na Reumatologia. Através dela, observamos que termos inicialmente imprecisos, como o próprio *rheuma* (humor ao qual se atribuía a causa de todas as doenças reumáticas, na Grécia Antiga) foram se descomplicando através dos anos, com o desenvolvimento de novos conhecimentos científicos¹³. E nos tornamos cientes de que fazemos parte de um processo que se encontra em constante mudança.

Conhecedores do antigo, vivemos o presente e nos inspiramos rumo ao novo, acompanhados pelo paciente e primando pelo seu melhor cuidado — o principal objetivo dessa, por vezes turbulenta, navegação. E, se rejeitarmos a sabedoria dos nossos antepassados, cairemos na vala da ignorância.

REFERÊNCIAS:

1. Lateef F. Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. **J Emerg Trauma Shock**; 4(2): 163–167, 2011.
2. Oxford Languages. **Oxford University Press**, 2021.

3. Bernardo MO. et al. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. **PloS One**; 13(5): e0198488, 2018.
4. Mudiyanse RE. Patient's Expectations during Doctor Patient Communication and Doctors Perception about Patient's Expectations in a Tertiary Care Unit in Sri Lanka. **Archives of Medicine**; 7(6): 12, 2015.
5. Kahn MW. Etiquette-based medicine. **N Engl J Med**; 358(19):1988-1989, 2008.
6. Tackett S et al. Appraising the Practice of Etiquette-Based Medicine in the Inpatient Setting. **J Gen Intern Med**; 28(7): 908-913, 2013.
7. Patel S et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. **PloS One**; 14(8): e0221412, 2019.
8. Zinn W. Them Empathic Physician. **Archives of Internal Medicine**; 153(8), 306-12, 1993.
9. Winkel AF. Narrative Medicine: A Writing Workshop Curriculum for Residents. **The Journal of Teaching and Learning Resources**, 2016.
10. Whonamedit? A dictionary of medical eponyms. <https://www.whonamedit.com>. Consulta em 19/04/2021 às 16:50 horas.
11. Heberden W. Some account of a disorder of the breast. **Medical Transactions**; 2:59-67, 1771.
12. Hench PS. Axiomatic generalizations useful in the diagnosis of "rheumatic" diseases. **Unpublished lecture notes**, March 31, 1961.

13. Parish LC. Historical Essay: An Historical Approach to the Nomenclature of Rheumatoid Arthritis. **Arthritis and Rheumatism**; 6(2): 138-158, 1963.



UM NOVO OLHAR SOBRE A HISTÓRIA CLÍNICA

*"Escutar com atenção envolve todos os
sentidos, não apenas os ouvidos".*

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

SUMÁRIO

Considero a entrevista com o paciente, denominada história clínica ou anamnese (parte constituinte, acompanhada do exame físico, das conhecidas na língua inglesa por *bedside manners*), a parte mais importante do relacionamento médico-paciente. Estima-se que 83% dos diagnósticos podem ser realizados de maneira correta apenas através dessa¹ entrevista. Crombie, em artigo publicado em 1963, analisando dados obtidos em sua prática privada, afirma que aproximadamente 60% dos pacientes podem ter o seu tratamento iniciado de maneira adequada e eficiente apenas com os dados obtidos após a conversa com o mesmo².

Afirmava um dos meus mestres. Dr. Eduardo Paiva, no período de residência médica: “todo paciente tem o direito a um monólogo inicial”.

“Escute a queixa do paciente, não importando quanto cansativa e irrelevante ela possa parecer. Ele finalmente te contará qual é o problema com ele. É frequentemente melhor, em termos de cuidado e tempo, permitir que o fluxo ocorra até uma cessação natural, seja do narrador ou do assunto”. São palavras de Cecil Clothier proferidas em 1988³ e um dos principais conselhos que ouvimos ao longo da nossa passagem pela escola médica. Todavia, não nos perguntamos qual é exatamente o tempo necessário para que ocorra naturalmente a exaustão do desse fluxo. E, em um sistema médico onde a ampla maioria dos profissionais atende a planos de saúde (apenas cerca de 27% atendem apenas pacientes particulares⁴), por vezes, o tempo é escasso e insuficiente para que as manifestações orais iniciais do paciente cheguem a termo. E ainda, de acordo com o cronista brasileiro Nelson Rodrigues (1921-1980), bons ouvintes são naturalmente raros – a conversa entre duas pessoas se assemelha cada vez mais a dois monólogos, sem interação ou cone-

xão alguma entre eles. Ansiamos desesperadamente por alguém que nos ouça com atenção.

São sábias e proféticas as suas palavras. Evidências científicas comprovando a sua premissa surgiriam décadas depois: falar sobre si é extremamente prazeroso. Cerca de 30 a 40% do nosso tempo é utilizado para falarmos sobre assuntos pessoais ou sobre nossos relacionamentos. E quando são analisadas as redes sociais, essa porcentagem sobe para 80%. Pesquisadores do Laboratório de Neurociência Afetiva e Sócio-Cognitiva da Universidade de Harvard⁵ ajudaram a esclarecer melhor este predomínio do falar sobre si mesmo, pessoal ou virtualmente. Os autores arrolaram 195 indivíduos, os quais foram submetidos a um exame de ressonância nuclear magnética funcional enquanto discorriam sobre algum assunto que envolvia a sua pessoa. As principais áreas cerebrais ativadas foram o núcleo *accumbens* e a área do tegumento ventral, as quais estão associadas ao sentido de recompensa e são fortemente associadas à exposição a outras sensações prazerosas, como aquelas decorrentes do sexo, ganho de dinheiro, uso de cocaína e ingestão de boa comida. E quando o assunto

era sobre outro indivíduo, a ativação das áreas avaliadas foi significativamente menor.

No que diz respeito ao tempo de discurso inicial do paciente, caso este não seja interrompido, alguns pesquisadores desenvolveram estudos bastante interessantes.

Blau³, em estudo publicado em 1989, analisando 100 pacientes neurológicos atendidos tanto na rede pública quanto privada, na região de Londres, Inglaterra, observou um tempo médio de aproximadamente um minuto e quarenta segundos de discurso inicial. Como estímulo ao monólogo, o pesquisador utilizava gestos e palavras de motivação para o paciente prosseguir, como movimentos da cabeça em demonstração de compreensão. Os dois pacientes que falaram por mais de 2 minutos (com uma média de 130 segundos) foram atendidos em regime privado. O autor ainda aponta que os indivíduos que mais se prolongaram foram aqueles acostumados a falar em público, como professores e vendedores. E, ao longo da consulta, como medida para interromper pacientes cujo discurso escapava explicitamente

do seu motivo, o médico pedia aos pacientes que retornassem a atenção aos seus sintomas.

Em estudo bastante semelhante, Langewitz e colaboradores (2002) analisaram 335 pacientes atendidos por 14 médicos em um ambulatório de clínica geral na Basileia, na Suíça⁶. O tempo médio de fala espontânea do paciente foi de 92 segundos. Sete indivíduos falaram por mais de cinco minutos. Não se observou relação do tempo inicial de discurso com o sexo, estado civil, renda ou o tipo de ocupação.

Pelos dados apresentados, podemos concluir que não há necessidade de interromper a fala inicial dos pacientes haja vista que a grande maioria não ultrapassa dois minutos. Este tempo, por mais atribulada que seja a prática médica, pode ser perfeitamente absorvido – não há a necessidade de interromper as colocações iniciais do indivíduo em 22 segundos, que é o tempo médio de tolerância do profissional ao monólogo de abertura do doente⁷. Como conduta pessoal, temos por hábito de sempre perguntar ao paciente no início do encontro, após as saudações iniciais, como ele tem passado. E deixamo-lo falar pelo tempo que julgar necessário.

O médico, dentro do consultório, jamais deve dar indícios de afobação ou impaciência. Nada mais desagradável do que ouvir do paciente: - Doutor, o senhor está com pressa?

Além do tempo pacioso de escuta, existem algumas outras medidas que podem ser adotadas no sentido de fortalecer o relacionamento médico-paciente durante a execução da história clínica.

Fernando Freitas, cirurgião do aparelho digestivo, terapeuta e palestrante, propõe empiricamente incluir na história clínica o questionamento sobre determinados aspectos que fogem à anamnese tradicional, com o principal objetivo de conduzir o paciente a autorreflexão sobre a sua vida. Dinâmica que pode levar o paciente ao processo de cura, aos quais o médico denominou realidades ou dimensões da saúde. São eles: o nível energético (o que tem se recebido da vida), mental (pensamentos e planejamentos), emocional (sentimentos em relação à vida), sistêmico (como o paciente exerce as suas funções) e físico (como o corpo se molda às situações anteriores), sobre os quais o profissional deve atuar. São medidas que, fora de um ambiente

terapêutico ou psicanalítico, tem a sua aplicação um tanto difícil e limitada. Entretanto, com algum treinamento, é um hábito de grande valor que pode ser criado no sentido de conhecer melhor o contexto global do ser humano a quem estamos tentando auxiliar. Viktor Emil Frankl (1905-1997) foi um neuropsiquiatra austríaco sobrevivente de campos de concentração nazista e fundador da terceira escola vienense de psicoterapia, a Logoterapia e Análise Existencial. Em sua obra *Em Busca de Sentido* (1991), o autor também enfatiza a necessidade de sentido como fundamental para a manutenção da saúde e da vida. É dele o conceito de doenças noo-gênicas – aquelas que surgem em virtude do vazio existencial, ou perda da razão para a existência.

São abordagens que vão diretamente ao encontro da definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) que a considera como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.

Dentro do campo da Medicina Baseada em Evidências, Zulman e colaboradores, em artigo publicado no JAMA em 2020⁸, após a análise crite-

riosa de 73 estudos observacionais, selecionaram cinco medidas que são comprovadamente eficazes no fortalecimento do relacionamento médico-paciente, a saber:

1. Separar um tempo para a preparação da consulta (concentração, conhecimento do paciente e do seu caso clínico, se possível);

2. Ouvir atentamente e cuidadosamente: sentar-se, inclinar-se para frente durante a entrevista, evitar interrupções;

3. Identificar o que importa realmente para o paciente, e se concentrar nesse foco;

4. Conectar-se com a vida do paciente: circunstâncias de vida, reconhecer seus esforços positivos e comemorar os seus sucessos;

5. Explorar as pistas emocionais: identificar, nomear, e validar as emoções do paciente.

Ou seja, o médico deve estar *presente*, isto é, estar alerta, focado e atencioso com a intenção de compreender e se conectar com os indivíduos que buscam a sua ajuda.

O poder da sugestão

Sabe-se que aproximadamente 10 a 15% das pessoas são fortemente sugestionáveis, isto é, sofrem influência ou se dominam por sugestão com facilidade e se deixam influenciar, sem ter consciência dessa influência. Trata-se do grupo de indivíduos facilmente hipnotizável, modelos ideais para os conhecidos “hipnotistas de palco”. Por outro lado, 25% das pessoas não sofrem nenhuma influência de sugestões de terceiros⁹. As demais compõem os níveis intermediários de sugestibilidade.

Os múltiplos e variados casos de histeria coletiva ao longo da história são prova cabal desse fato. Vide, por exemplo, a praga da dança, também conhecida como dança de São João e dança de São Vito, que aconteceu diversas vezes na Europa entre os séculos XIII e XVII, tendo a ocorrência mais famosa ocorrido em 1374 na cidade de *Aachen*, na Alemanha, onde centenas de pessoas aflitas dançaram descontroladamente por dias até a exaustão; ou os **julgamentos de Salém**, em Massachussetts, nos EUA, entre 1692 e 1693,

onde dezenas de garotas apresentaram surtos nos quais gritavam e se contorciam incessantemente, tendo sido acusadas de bruxaria, julgadas e, até mesmo, condenadas à morte pelo suposto crime. Episódios grupais de desmaios, paralisias e até mesmo pseudocrises convulsivas são comuns em ambientes fechados, como escolas, aviões e hospitais (como as famosas histéricas de *Charcot*, em Paris)¹⁰.

E o médico, principalmente em contexto do rito da consulta médica, apresenta grande poder de sugestão, de modo que todos os gestos (incluindo olhares) e palavras devem ser utilizados com cuidado.

Lembro-me de uma situação na qual, ao auscultar o precórdio de um paciente, senti um prurido nasal importante. Para evitar coçá-lo, movimenteí-o por alguns segundos até que o desconforto cessasse. Horas depois, recebi uma ligação do mesmo paciente, ofegante, ansioso, assustado, indagando-me sobre o que havia de errado com o seu coração. Questionava-me se era algo grave que eu não queria revelar. Tranquilei-o. Mas imagino

os momentos de estresse vividos pelo paciente, desencadeados por um gesto simples e inocente.

Fixação somática

O termo se refere à situação em que médico e paciente focam exclusivamente nos aspectos biomédicos de uma doença complexa", deixando de lado a dinâmica psicossocial e cultural que a desencadeia e perpetua.

O fenômeno pode ocorrer em qualquer momento da interação médico-paciente e é comum em pacientes com o sintoma de dor.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1979) define a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Ou seja, a dor conta com um componente emocional importante, por vezes o principal.

Em situações de dor crônica, como é o caso da fibromialgia, a atribuição de algum dos sintomas percebidos pelo paciente a alguma alteração

laboratorial ou de imagem pode resultar na fixação somática.

Podemos relatar, aqui, duas situações: crianças ou adultos com sintomas inespecíficos e exames de antistreptolisina O (ASO) ou fator antinuclear (FAN) positivos, respectivamente. Embora não apresentem febre reumática ou lúpus eritematoso sistêmico (LES), parte desses pacientes dificilmente se convencerá do contrário e continuará por considerar tais doenças como origem dos seus sintomas. E repetições incontáveis dos exames, na expectativa de vê-los negativados, podem ser desencadeadas.

Situação semelhante pode ocorrer com exames de imagem, como a ressonância nuclear magnética de coluna vertebral, na qual alterações assintomáticas muitas vezes estão presentes e podem não guardar correlação com os sintomas dos doentes, o que pode levar a procedimentos até mesmo cirúrgicos que trarão pouco ou nenhum benefício ao paciente.

O manejo desse fenômeno é bastante complexo e inclui a identificação dos fatores psicossociais envolvidos, bem como reassseguramento por

parte do profissional de saúde quanto à natureza dos sintomas.

Patomimia

Termo interessantíssimo, do qual tomamos conhecimento através de leituras sobre psicossomática. Trata-se da imitação inconsciente de doença, geralmente quando um indivíduo próximo à pessoa a desenvolve. Vimo-a na prática: semanas após o diagnóstico de artrite reumatoide em uma jovem, a sua mãe começou a apresentar sintomas semelhantes – poliartrite, acometendo mãos e punhos com rigidez matinal. Exames laboratoriais e de imagem normais. O quadro remitiu espontaneamente após a melhora da filha, obtida através de medicamentos. Incidência desconhecida, mas útil conhecer. Mais uma manifestação da sugestão.

William Osler vs Gregory House

Gregory House é um personagem ficcional do seriado norte-americano *House MD*, interpretado por Hugh Laurie. A série, que permaneceu no ar durante os anos de 2004 e 2012, foi um grande sucesso tanto nos EUA quanto no Brasil, vencedora de diversos Emmy's, além de indicações para o Globo de Ouro, premiações importantes da TV daquele país. O protagonista, infectologista e nefrologista formado pela Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins, é um gênio da Medicina, embora de personalidade difícil, marcada pelo sarcasmo, humor ácido e dificuldades de relacionamentos interpessoais. São diversas as citações do personagem que se tornaram famosas ao longo dos 177 episódios da série, mas uma delas foi bastante marcante, por representar exatamente a antítese do pensamento de William Osler.

Tratar a doença é o motivo pelo qual nos tornamos médicos. Tratar pacientes é exatamente o que torna os médicos mais infelizes”

Gergory House (episódio piloto, 16/11/2004)

O bom médico trata as doenças, mas o grande médico trata o paciente
William Osler (1849-1919)

A separação de abordagem doente/doença fica aqui evidente. Modelo biomédico vs modelo humanista. Acreditamos se tratar da falácia da falsa dicotomia. O conhecimento de ambos é essencial. Devemos almejar e perseguir sempre a proficiência científica e o domínio pleno do exercício do lado humano da Medicina. Ciência e Arte sempre complementares, jamais excludentes.

Níveis de ganho:

Existe um grupo de pacientes cuja consulta médica envolve outros ganhos¹², por vezes inconsistentes, além da busca pelo tratamento de sua enfermidade, a saber:

Ganho primário: o paciente utiliza a doença como explicação para alguma frustração. Os sintomas são gerados como mecanismo de defesa para reduzir a ansiedade. Trata-se de conceito freudiano.

Ganho secundário: o paciente utiliza a doença como maneira de chamar atenção de amigos e familiares, para obter vantagens interpessoais. Também desenvolvido por Freud.

Ganho terciário: o paciente utiliza a doença como maneira de obter benefícios trabalhistas.

São pacientes de manejo complexo uma vez que a doença, de alguma forma, é necessária, ao menos momentaneamente. Cabe ao médico identificá-los, principalmente com o objetivo principal de evitar tratamentos e exames complementares desnecessários e invasivos, que possam trazer algum tipo de risco para estes pacientes. E devemos evitar julgamentos precipitados, uma vez que, mesmo com uma eventual intenção de ganho, estamos diante de alguém que precisa de ajuda.

REFERÊNCIAS:

1. Hampton JR et al. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients; **BMJ**. 2(5969): 486-489, 1975.
2. Crombie DL. **The Journal of the College of General Practitioners**; 6 (4): 579-589, 1963.
3. Blau, JN. Time to let the patient speak. **BMJ**;7:298:39, 1989.
4. **Demografia** USP. <http://arte.folha.uol.com.br/graficos/53vk>. Dados de 2016. Acesso em 19/04/2021 às 09:36 horas.
5. Tamir DI, Mitchell JP. Disclosing information about the self is intrinsically rewarding; **Proc Natl Acad Sci USA**, 22; 109(21): 8038-8043, 2012.
6. Langewitz et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. **BMJ**; 325:682-3, 2002.
7. Marvel MK et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? **JAMA**; 281:283-7, 1999.
8. Zulman DM. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. **JAMA**; 323(1):70-81, 2020.

9. Sipegel D. em entrevista para Blakeslee S. This is your brain under hypnosis. **New York Times**, 22/11/2005.
10. Bartholomew RE. **Mass Hysteria: A Social History of the Strange**, 1995.
11. McDaniel SA. Treating somatic fixations: a biopsychosocial approach. **Canadian Family Physician**; 37:451-6, 1991.
12. Fishbain DA. Secondary Gain Concepts: Definition Problems and its abuse in Medical Practice. **APS Journal**; 3(4):164-73, 1994.



UM NOVO OLHAR SOBRE O EXAME FÍSICO

"Tenho a convicção de que tocar o paciente é uma vantagem para o internista, ao passo que o psiquiatra sente distante e apenas escuta".

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

SUMÁRIO

Em conversas entre amigos, conhecidos ou mesmo em diálogos fortuitos entre desconhecidos, quando o tema é a saúde ou a doença, uma das reclamações que ouço com mais frequência por parte dos pacientes é a ausência do exame físico ou a realização deste de maneira extremamente superficial. “O doutor nem me examinou” ou “não viu nem a minha pressão” são chavões que traduzem a negligência cada vez mais frequente de uma das etapas fundamentais para o diagnóstico clínico, bem como para o fortalecimento da relação médico-paciente – talvez um dos mais folclóricos, belos e inspiradores componentes da liturgia médica. Nenhuma outra profissão conta com um procedimento de tão grande intimidade para com o cliente, situação em que se encontra

em momento de fragilidade, entrega e total confiança ao conceder o seu corpo para o toque e exploração, de modo o que podemos considerar o ato até mesmo como um ritual sagrado.

Até a introdução das manobras de percussão por Auenbrugger, em 1761, e do estetoscópio por Laennec, em 1819, diagnósticos anatômicos e fisiopatológicos eram raramente realizados. A Medicina ainda vivia a era dos “barbeiros cirurgiões” que aplicavam os procedimentos de sangria, indução de vômito e diarreia, aplicação de copos com as bordas aquecidas e de sanguessugas como panaceias, sem muito se preocupar com qual era exatamente a doença que acometia o indivíduo.

Tradicionalmente, o exame físico – geral ou topográfico - se divide em quatro etapas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

A inspeção talvez represente a parte mais desafiadora, mas recompensante do exame, haja vista que a Medicina conta com determinados sinais que são patognomônicos de doença, possibilitando ao médico a realização de um diagnóstico apenas olhando atentamente para o paciente.

Sinais ou sintomas patognomônicos são aqueles que indicam fortemente a presença de alguma doença ou alteração fisiológica. O adjetivo deriva do grego e significa “eu sei, eu percebo”. Como exemplos temos, dentro da reumatologia, os tofos gotosos. Estes são acúmulos subcutâneos dos cristais de monourato de sódio, característicos da gota. Geralmente ocorrem em superfícies extensoras, mais comumente em cotovelos, e quando rompem a pele dão saída a uma secreção esbranquiçada semelhante a giz molhado ou pasta de dente. Interessantíssimas são as situações em que atendemos indivíduos de meia-idade, do sexo masculino, com sintomas de artralguas inespecíficas, não-característicos da apresentação clássica da doença, onde, ao despi-lo, encontramos esse dado semiológico, o que nos possibilita realizar o diagnóstico com segurança. Como outros exemplos, temos o sinal de Levine, da *angina pectoris* (o indivíduo que se queixa de dor torácica, comprimindo a região do precórdio com a mão direita fechada, como que tentando reproduzir a dor anginosa) e o atrito pericárdico presente na pericardite.

Sir William Osler afirmava que “toda a Arte da Medicina consiste na observação”. Bastante motivador e inspirador é um dos trechos do livro *Um Estudo em Vermelho*, do escocês Arthur Conan Doyle (1859-1930). Este, conhecido mundialmente pela criação do detetive Sherlock Holmes, era um médico fortemente influenciado por Joseph Bell (1837-1911), cirurgião e professor da faculdade de Medicina de Edimburgo, na Escócia, astuto observador e notório pela descrição da paralisia facial periférica, cujo epônimo lhe pertence. No texto, o famoso detetive descreve como deduziu que seu futuro assistente e melhor amigo, John H. Watson, era um médico militar, logo em seu primeiro contato:

- Como você sabe, tenho conhecimentos especiais que aplico na equação dos problemas e que ajudam muito a resolvê-los. As regras de dedução que estão naquele artigo, e das quais você fez pouco, me são valiosíssimas. Observação, para mim, é uma habilidade natural. Lembro-me de que o surpreendi quando disse, em nosso primeiro encontro, que você estivera no Afeganistão.

- Não tenho dúvidas de que alguém lhe contou.

- Nada disso. Eu sabia que você estivera no Afeganistão. Devido ao longo hábito, o fluxo de pensamentos corre tão rapidamente no meu cérebro que cheguei a essa conclusão sem refletir sobre ela. O fluxo de deduções foi o seguinte: “Aqui está um homem do tipo médico, mas com certa atitude militar. Claramente, então, um médico do Exército. Ele acaba de chegar dos trópicos, pois sua pele está morena e esta não é sua cor natural, pois os pulsos são claros. Ele passou por maus bocados e esteve doente, como seu rosto maltratado denuncia. Foi ferido no braço esquerdo, pois o mantém parado de forma não natural. Onde, nos trópicos, um médico militar passaria por maus bocados e teria o braço ferido? Claramente, no Afeganistão”. Todo o fluxo de pensamento não dura um segundo².

Experiência semelhante tive certa vez ao atender uma garota de aproximadamente dez anos de idade, trazida pelo pai carregada no colo, em virtude de incapacidade de deambular por fraqueza muscular. Ambos os genitores, extremamente angustiados com a situação, relatavam já ter con-

sultado inúmeros médicos, sem um diagnóstico preciso. Tal foi a minha surpresa quando observei a paciente piscando: máculas violáceas acometiam a suas pálpebras superiores, sinal conhecido por heliótropo (em alusão a uma flor dessa coloração que tem tropismo pelo sol). O diagnóstico clínico de dermatomiosite foi prontamente realizado e o tratamento instituído de forma imediata e confirmado posteriormente através de exames complementares, o que resultou em um desfecho clínico bastante satisfatório.

Dados vitais

Consideramos a medida dos dados vitais clássicos (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura) parte fundamental para o fortalecimento da relação médico-paciente, de modo que os realizamos nós mesmos, e em toda consulta. Tradicionalmente, a aferição da PA é supervalorizada pelo paciente, principalmente pelos mais idosos, que consideram, muitas vezes, os valores normais como sinônimo

de saúde. Deixar de aferi-la pode ser considerada uma heresia dentro da liturgia da nossa profissão.

Além de se apresentarem comumente alterados em estados de doença orgânica, os dados vitais servem como indicativo da ansiedade do paciente no momento da consulta. Não é infrequente as frequências cardíaca e respiratória, bem como a pressão, reduzirem ao longo do encontro, revelando um estado de relaxamento obtido pelo paciente.

Narra a lenda que o médico persa Avicena, ao examinar um paciente que se recusava a informar o motivo da sua preocupação, chegou à origem através da palpação do pulso radial e de perguntas sequenciais, observando um aumento da pulsação quando do momento da pergunta que abalava psicologicamente o doente.

O “olho clínico”

Daniel Kahneman em sua obra, *Rápido e Devagar: Duas Formas de Pensar*³, propõe dois modelos diferentes de pensamento, através dos

quais age o nosso processo decisório. O sistema 1 é automático, rápido e sem a participação da consciência e o sistema 2 é lento, analítico e lógico.

Na Medicina, como em qualquer área do conhecimento, utilizamos ambos, mas com maior frequência, certamente, o sistema 1. A exposição repetida a quadros clínicos semelhantes e que recebem, ao final da investigação, o mesmo diagnóstico, nos permite desenvolver o reconhecimento de padrões através de atalhos cerebrais, o que recebe o nome de heurística. Assim nasce o chamado “olho clínico”.

Daí a necessidade do acadêmico de Medicina, desde os primórdios do curso, procurar entrar em contato com o maior número possível de doentes. Recordo-me de um grande mestre, à época da minha formação, exímio diagnosticador e famoso por essa sua capacidade, que era conhecido enquanto estudante como “rato” de enfermaria, haja vista o abundante tempo extracurricular que dispndia ao lado dos doentes internados.

Um fato que me marcou sobremaneira durante a residência médica ocorreu durante uma visita à enfermaria de Dermatologia, com o chefe do

serviço da especialidade, Dr. Luiz Carlos Pereira. O diagnóstico era desconhecido e o quadro clínico incerto. Ao entrarmos no quarto do paciente, ele nos fez a pergunta: - fenômeno de Lúcio, certo? Fomos todos surpreendidos – a investigação posterior confirmou realmente hanseníase e as lesões cutâneas apresentadas pelo paciente eram efetivamente compatíveis com o diagnóstico sugerido pelo experiente médico. Trata-se de uma clara situação onde atua o sistema 1.

O sistema 2 demanda raciocínio lento, análise e lógica. O seu correto desenvolvimento depende dos conhecimentos detalhados que aprendemos ao longo do curso, em múltiplas áreas: anatomia, fisiologia, propedêutica, patologia e outras. O *New England Journal of Medicine* possui duas seções onde a aplicação desse sistema pode ser observada em detalhes: os Casos Clínicos dos Arquivos do *Massachusetts General Hospital* e a seção denominada *Clinical-Problem Solving*, ambas de leitura altamente recomendada.

O poder do toque

Ainda quando acadêmicos de Medicina, quando acompanhávamos as reuniões e as enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, ouvíamos o saudoso professor João Manuel Cardoso Martins afirmar que a grande vantagem do clínico sobre o psiquiatra é o fato de que aquele toca no paciente. Bernard Lown seguia o mesmo raciocínio.

O tato é considerado por Aristóteles como o mais importante dos cinco sentidos. O toque traz consigo uma ligação íntima com a cura que vem desde as Escrituras, haja vista os milagres realizados por Jesus Cristo através dele.

Ao longo do ano de 2010, Singh, acompanhado de outros três clínicos gerais, realizou uma ampla pesquisa através de questionários para analisar o ponto de vista dos pacientes em relação ao toque⁴. Foram analisados os dados de 195 indivíduos, e os autores concluíram que a maioria dos pacientes, além de se sentir confortável, se sentia reassegurada com a realização do toque. As áreas

consideradas mais convenientes para tal foram as costas, as partes superiores dos braços e as mãos.

Ou seja, tocar o paciente traz realmente uma sensação de conforto e reassseguramento, reforçando a relação médico-paciente.

Ainda, o médico cuidadoso deve examinar o paciente com este despido, coberto por um avental ou lençol, naturalmente observados todos os ditames da ética médica. É uma medida que, além de facilitar a execução de um exame físico completo, evita constrangimentos posteriores, como a falta de identificação de lesões óbvias.

REFERÊNCIAS:

1. Verghese A et al. The Bedside Evaluation: Ritual and Reason. **Ann Intern Med**;155:550-553, 2011.
2. Doyle AC. **Um Estudo em Vermelho**, escrito em 1887.
3. Kahneman D. **Rápido e Devagar**. Duas Formas de Pensar, 2011.
4. Singh et al. Touch in the consultation. **Br J Gen Pract**; 62(596): 147-148, 2012.
5. Paulose KP. Never fully examined. **BMJ**; 317(7172):1567, 1998.



UM NOVO OLHAR SOBRE OS EXAMES LABORATORIAIS

"O progresso científico e os avanços tecnológicos não demandam o abandono das qualidades que incrementam a intimidade e promovem carinhosa atenção".

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

SUMÁRIO

Os exames complementares, quando necessários, devem ser solicitados e analisados quanto às suas propriedades, que são basicamente sete:

Sensibilidade: é a probabilidade de resultado positivo nos doentes (verdadeiro positivo).

Especificidade: é a probabilidade de resultado negativo nos não-doentes (verdadeiro negativo).

Valor preditivo positivo (VPP): é a probabilidade da presença da doença quando o teste é positivo.

Valor preditivo negativo (VPN): é a probabilidade da ausência de doença quando o teste é negativo:

Acurácia: é a probabilidade de o teste fornecer resultados corretos, ou seja, ser positivo nos doentes e negativo nos não-doentes. Expresso de outra forma: é a probabilidade dos verdadeiros positivos e verdadeiros negativos como uma proporção de todos os resultados.

Razão de verossimilhança: é a probabilidade de um determinado resultado em alguém com a doença dividida pela probabilidade do mesmo resultado em alguém sem a doença e, também, pode ser positiva ou negativa.

Para tornar as coisas mais simples:

1. Quando desejamos excluir uma doença, solicitamos um teste com alta sensibilidade (poucos falso negativos). Exemplo: um teste com 99% de sensibilidade apresenta apenas 1% falso negativos. A probabilidade em questão é pré-teste.

2. Quando desejamos confirmar uma doença, solicitamos um teste com alta especificidade (poucos falso positivos). Exemplo: um teste com 99% de especificidade apresenta apenas 1% de falso positivos. A probabilidade aqui também é pré-teste.

3. VPP e VPN são probabilidades que obtemos após já termos o teste em mãos.

4. Razão de verossimilhança positiva: também analisada após termos o teste em mãos e nos permite calcular a probabilidade da presença da doença.

5. Razão de verossimilhança negativa: também analisada após termos o teste em mãos e nos permite calcular a probabilidade da ausência da doença.

A razão de verossimilhança varia de menos a mais infinito. Razões muito elevadas aumentam absolutamente a probabilidade da doença, o que é válido também para sintomas e sinais de doenças – é a explicação matemática para o olho clínico.

Enfatizamos que testes inadequadamente solicitados podem resultar no fenômeno de fixação somática – comentado anteriormente – em virtude dos falso positivos.

Entretanto, exames podem ser solicitados com a finalidade de reassseguramento: em estudo realizado por Sox e colaboradores, abordando 176 pacientes com dor torácica não-específica, mais do que o dobro de pacientes (46%) que não reali-

zaram exames complementares – ECG e CPK - sentiram-se incapacitados em curto prazo em contraste aos 20% que os realizaram.¹

Porém, mesmo em situações de reassseguramento e tranquilização, sempre fazemos questão que tal finalidade seja informada de forma explícita ao doente ao realizarmos os pedidos.

Ainda, quando atendemos um paciente que traz consigo exames complementares solicitados por outro profissional, temos por hábito e recomendamos proceder com a história e exame físico antes de checá-los. Isso é para evitar um dos vieses cognitivos comuns na prática médica, que é o de confirmação, também chamado de viés confirmatório ou de tendência de confirmação, que é a propensão de se lembrar, interpretar ou buscar informações de modo a confirmar crenças ou hipóteses iniciais.

REFERÊNCIAS

1. Sox HC Jr, Margulies I, Sox CH. Psychologically mediated effects of diagnostic tests. **Ann Intern Med**; 95:680-685, 1981.



UM NOVO OLHAR SOBRE A PRESCRIÇÃO MÉDICA

"As palavras são o elemento mais valioso do médico. Mas as palavras, como uma espada de dois gumes, podem fazer tanto mal quanto bem"

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

SUMÁRIO

Por prescrição médica se entende qualquer orientação fornecida pelo profissional de saúde, seja o final da consulta – o que é mais comum – ou durante a sua realização. Consiste habitualmente de medicações, mas orientações gerais dentro do âmbito da saúde, como a cessação do tabagismo e etilismo, a prática de atividades físicas e adequação nutricional e do padrão de sono também são componentes prescritórios, embora frequentemente negligenciados ou esquecidos (o famigerado trio de ouro, tão propagado pelos nossos antepassados: comer bem, dormir bem e praticar exercícios regularmente). A solicitação de exames complementares e a indicação de outros procedimentos, sejam cirúrgicos ou de apoio de outros

profissionais de saúde (como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais) também entram no âmbito da prescrição (e sempre que possível, devem ser entregues ao paciente na forma escrita, haja vista que é uma medida simples, mas que aumenta a aderência à orientação¹).

Ao atendermos um paciente, temos em mente sempre a máxima que afirma que o paciente que tem um médico, tem um médico; aquele que tem dois, tem meio; e o que tem três ou mais, tem toda a Medicina contra si. Radicalismos à parte, somos da opinião de que quanto mais centralizado o atendimento, maior a confiança do indivíduo no serviço de saúde, e menores as variações relacionadas ao seu tratamento, uma vez que todo médico possui as suas idiossincrasias terapêuticas - embora dois ou mais profissionais possam estar igualmente corretos na condução do tratamento, as indicações de cada um podem variar, o que pode levar à desconfiança ou descrédito do paciente na Ciência Médica. Naturalmente, encaminhamentos podem ser necessários e, quando ocorrerem, preferencialmente devem ser realizados com carta de recomendação ou contato direto, seja por mensa-

gem, telefone ou pessoalmente, e com a devida solicitação de retorno de parecer. Ganha o paciente, ganha o profissional – este, tanto em experiência quanto no fortalecimento do relacionamento com o paciente.

Absenteísmo e má aderência terapêutica

Tradicionalmente, a consulta médica se encerra no momento da prescrição e agendamento ou não de retorno para reavaliação. São poucos os colegas médicos que realizam o seguimento rigoroso e ativo após o atendimento presencial, o que na esfera do marketing recebe a denominação de acompanhamento pós-venda. Talvez porque alguns de nós tenhamos a justificável crença de que os pacientes seguem à risca as nossas recomendações, ou que os pacientes que não retornam o fazem por ter melhorado dos sintomas que o levaram inicialmente a buscar por ajuda.

Contudo, falhas à aderência terapêutica e ao acompanhamento médico correto são problemas que, além de afetarem tanto o paciente quanto o sistema de saúde como um todo, são considerados

graves, uma vez que podem levar a complicações da doença e, eventualmente, à morte.

Algumas pesquisas científicas ajudam a esclarecer melhor as questões do absenteísmo e da não-aderência terapêutica por parte dos pacientes.

Nwabuo e colaboradores (2014) definiram por absenteísmo e falta à três compromissos em médicos, em 10 agendados. Após acompanhar 185 pacientes hipertensos em uma clínica urbana, em Maryland, nos EUA, observaram uma taxa de 30% na falta às consultas. Os principais fatores associados às faltas foram: (i) falta de um plano de saúde ou a ausência de cobertura, (ii) custo ou falta de confiança nas medicações prescritas e (iii) efeitos colaterais dos medicamentos.

A má aderência terapêutica pode ser definida como uma discrepância entre o comportamento do paciente e o que foi orientado pelo profissional de saúde. Divide-se em três tipos: primária (a medida, medicamentosa ou não, nunca é seguida), secundária (é iniciada, mas interrompida) e terciária (é realizada de maneira irregular ou errática)³. Estima-se que a taxa de má aderência seja em torno de 50% e apenas metade desse valor é inten-

cional. A outra metade se deve à não-compreensão do paciente ou a regimes complexos demais para serem seguidos de maneira correta. Ainda, existem pacientes que inadvertidamente optam por ingerir apenas parte dos medicamentos prescritos.

Como médicos, acabamos muitas vezes por superestimar algumas das capacidades cognitivas de nossos pacientes, entre elas: a atenção, a compreensão e a memória. Cerca de 40-60% dos pacientes não se recordam exatamente das orientações fornecidas pelo médico após 10 a 80 minutos da consulta, e 60% relatam não ter entendido adequadamente as informações, mesmo imediatamente após a consulta³. Recordo-me de um show do humorista e cantor Juca Chaves, ao qual assisti em São Paulo por volta de 2008. Durante o intervalo entre duas músicas, o artista foi enfático ao comunicar o nome e o preço de seu novo CD, repetindo as informações por três vezes consecutivas. Ele informou ao público que foi conduta que aprendeu com o empresário e apresentador de televisão Sílvio Santos, que afirmava: se você realmente deseja ser compreendido, deve ser bastante repetitivo.

Alguns fatores que contribuem para a má aderência são: analfabetismo (algo que comumente não investigamos, até mesmo pelo medo de sermos indiscretos ou inconvenientes), sexo masculino, uso de medicamentos para doenças então assintomáticas³, uso de medicamentos para doenças não-curáveis (e sim, controláveis) e drogas de uso contínuo.

Becker e Mainan propõem alguns passos interessantes para aumentar a adesão terapêutica dos pacientes, entre eles: aumentar o nível de informação dos pacientes, se possível, com orientações escritas; adequar o tratamento a cada indivíduo, seja em relação ao custo, complexidade e duração do tratamento; checar histórico de má aderência terapêutica prévia, visando modificar as razões que a ocasionaram, monitorar o correto seguimento ao tratamento e envolver outros indivíduos próximos, como familiares, na supervisão da terapêutica¹.

Como conduta pessoal, ao prescrever quaisquer medidas, incluindo as farmacológicas, o fazemos da maneira mais completa possível e adequando à rotina do paciente. Por exemplo,

ao prescrevermos um antidepressivo tricíclico, cujo efeito de sonolência demora cerca de duas horas para ocorrer, indagamos ao paciente a que momento costuma dormir, para que o medicamento seja ingerido com a antecedência correta – e explicitamos o horário de uso no receituário. E seguimos o exemplo de Sílvia Santos.

O sucesso do tratamento depende do uso correto da medicação. Aprender a identificar os pacientes sob maior risco e intervir sempre que possível é parte integrante da conduta do bom médico, estas estratégias devem ser lembradas e aplicadas preferencialmente em todos os pacientes.

Placebo e nocebo

Parte do resultado do sucesso terapêutico que obtemos com a prescrição de medicamentos e intervenções cirúrgicas ou não se deve ao conhecido efeito placebo. Um placebo é uma droga, terapia ou procedimento inerte, que apresenta, contudo, resultados terapêuticos benéficos devido aos

efeitos psicológicos da crença do paciente de que ele está sendo adequadamente tratado.

Um dos primeiros contatos que tive com tal fenômeno foi através de um familiar próximo, época em que era ainda estudante de Medicina. Ao visitar um parente, este comentou com o meu pai que estava se sentindo muito melhor do humor após o uso de uma medicação prescrita recentemente por seu médico de confiança. Extremamente curioso em relação à natureza da substância, pedi para vê-la: tratava-se de um suplemento alimentar à base de cálcio e vitamina D. Embora especula-se hoje alguma associação entre níveis séricos dessa vitamina e alterações do humor, o tempo de uso era muito breve para qualquer efeito terapêutico. Naturalmente, o que resultou em rápido benefício foi o poder de sugestão do médico aliado ao efeito placebo.

Os principais componentes desse efeito são o condicionamento clássico (somos treinados a acreditar, mesmo inconscientemente, que a ingestão de alguma pílula ou qualquer outra medida prescrita pelo médico traz algum benefício) e a ex-

pectativa de melhora. E é exatamente nesta que o profissional de saúde deve atuar, aumentando-a.

É conhecido que as características da pílula (dor, formato, gosto)⁴, intervalo de uso e até mesmo o preço (o chamado *price-placebo effect*) influenciam na resposta terapêutica. Mas é exatamente na postura ao indicar um tratamento que devemos atuar. Frases como “esse medicamento certamente ajudará” ou “trata-se da melhor indicação para o seu caso” representam armas importantíssimas no reassseguramento do paciente em relação ao sucesso do tratamento. Não se trata de maneira alguma de charlatanismo, mas, sim, de atuar em paralelo com um dos principais instrumentos ritualísticos da nossa profissão, que é o poder da sugestão.

E, por esses mesmos mecanismos, atua o efeito nocebo, que é o efeito placebo negativo - o aparecimento de náuseas, por exemplo, após o uso de uma medicação que sabidamente não a causa. A leitura de bulas ou a busca incessante na *internet* por informações a respeito do tratamento podem desencadear tal condição⁵, de modo que sempre as desencorajamos, nos colocando à disposição

por vários meios para esclarecer dúvidas caso elas aconteçam.

REFERÊNCIAS:

1. Becker MA, Maiman LA. Strategies for enhancing patient compliance. **Journal of Community Health**; 6:-135, 1980.
2. Nwabuo CC et al. Factors Associated with Appointment Non-Adherence among African-Americans with Severe, Poorly Controlled Hypertension. **PLoS One**; 9(8):e103090, 2014.
3. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. **Oman Med J**; 26(3):155-159, 2011.
4. Srivastava RK et al. Some aesthetic considerations for over the-counter (OTC) pharmaceutical products. **International Journal of Biotechnology**; 11 (3/4):267, 2010.
5. Fagundes FRC. Nocebo and pain: adverse effects of excessive information. **Rev Dor. São Paulo**; 17(3):157-8, 2016.



UM NOVO OLHAR SOBRE O PROGNÓSTICO DAS DOENÇAS

*"Procuro distinguir o que há de positivo na
situação mais anuviada".*

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

SUMÁRIO

Por prognóstico entende-se o adjetivo que traça o provável desenvolvimento futuro ou o resultado de um processo.

Sintomas não-explicados pela Medicina

Do inglês, *medically unexplained symptoms*, são sintomas vagos (sensação de cansaço, desmaios iminentes, dores inespecíficas, sensação de mal-estar e outras), comumente vistos na prática médica diária (com uma prevalência aproximada de 23% em consultórios de clínica geral)¹ e cuja investigação apropriada resulta normal. Re-

presentam um desafio para o médico e para a relação médico-paciente. São casos em que o reassuramento é fundamental (com sentenças como “não me parece ser nada grave”) e a investigação de doenças psiquiátricas e estresse psicossocial deve ser realizada². Cabe aqui enfatizar ao paciente que, independentemente da causa do problema, o prognóstico é favorável – não são raras as situações em que o próprio paciente não se recorda da queixa anterior em consultas subsequentes, em virtude do desaparecimento (e eventual mudança) do sintoma.

História natural das doenças

O conhecimento do processo de evolução das doenças é de fundamental importância para o relacionamento médico-paciente.

É conhecido que diversas doenças apresentam um curso autolimitado, isto é, curam sem tratamento (resfriado comum, adenite mesentérica, algumas tenossinovites e bursites, entre outras). Por outro lado, algumas representam

risco imediato de morte e demandam uma atitude imediata por parte do profissional (infarto agudo do miocárdio e aneurisma dissecante de aorta, por exemplo). E uma parcela significativa apresenta o chamado padrão de surto remissão, isto é, com períodos de agudização e melhora.

Cabe ao médico conhecer em detalhes a história natural das doenças com as quais lida mais frequentemente. Isto deve acontecer com o intuito de ser o mais otimista possível quando indagado pelo paciente em relação ao seu prognóstico, sem necessariamente invadir o terreno do charlatanismo ou da falsa esperança.

Não raras vezes somos perguntados por pacientes com artrite reumatoide, por exemplo, se a doença tem cura. Sabemos que aproximadamente 15% destes podem atingir a remissão sustentada e sem o uso de medicamentos de modo contínuo². Portanto, respondemos que sim.

Ilustrando também a situação, há a estória de um oncologista norte-americano, cujo nome nos escapa neste momento que, desgostoso, então, da profissão, pergunta a um taxista o que gostaria de ouvir de seu médico no caso de ser acometido

por um câncer muito grave: a verdade ou a mentira. O motorista prontamente respondeu: gostaria que ele me falasse a verdade da maneira mais otimista possível.

Para obtermos o conhecimento sobre a história natural de doenças, as quais não estamos muito afeitos por força da especialidade, estudos de coorte ou longitudinais são de bastante utilidade.

REFERÊNCIAS:

1. Steinbrecher N et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. **Psychosomatics**;52(3):263-71, 2011.
2. Stone L. Managing medically unexplained illness in general practice. **Am Fam Phys**; 44(9):624-9, 2015.
3. Shammass RN et al. Remission in Rheumatoid Arthritis. **Curr Rheumatol Rep**; 12(5): 355-362, 2010.



UM NOVO OLHAR SOBRE O OLHAR DO PACIENTE

"Alguns pacientes, embora cientes de sua perigosa situação, recuperam a saúde simplesmente por causa de sua satisfação com o médico".

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

SUMÁRIO

O paciente, mesmo antes de tomar a decisão de agendar uma consulta médica, percebe que está fazendo parte, agora, de outra dimensão. Mesmo de maneira subconsciente ou implícita sabe que passou do grupo de pessoas saudáveis para aquele das que agora necessitam de cuidados médicos. Por mais irrelevante que possa parecer o incômodo, como uma mancha na pele de aparecimento recente, ideias como câncer ou doença autoimune começam a habitar o imaginário do indivíduo. Ao entrar no consultório médico, um afeto será sempre prevalecente: a ansiedade.

As expectativas do doente são várias, por vezes confusas. E para poder satisfazê-las a contento, o primeiro passo é reconhecê-las.

Para a análise de variáveis que não podem ser medidas objetivamente, como pressão arterial (medida em milímetros de mercúrio – mmHg), glicemia (medida em miligramas por decilitro – mg/dl) e outras, as Ciências da Saúde, entre ela a Medicina, se utiliza de escores de avaliação. Estes se constituem geralmente de múltiplas perguntas, cujas respostas globalmente resultam em um valor, o qual é aplicado tanto para avaliação daquele determinado estado no momento, quanto para a verificação da evolução do plano terapêutico. São escores desde os mais simples, como escala visual analógica de dor (EVA), composta de apenas uma pergunta, pela qual o paciente quantifica a sua dor em uma escala de 0 a 10, até os mais complexos, como o Inventário de Depressão de Beck, composto de 21 questões. Dois outros foram citados no capítulo inicial desse ensaio.

Para a análise da satisfação de expectativas e satisfação do paciente, duas escalas têm sido bastante utilizadas em pesquisa clínica: *Expectations Met Questionnaire* (EMQ – Questionário de Expectativas Obtidas) e a *Medical*

Interview Satisfaction Scale (MISS – Escala de Satisfação com a Entrevista Médica)¹.

Um estudo realizado em Londres¹ envolvendo 25 clínicos gerais e 504 pacientes utilizando os questionários acima demonstrou que a principal variável relacionada à satisfação dos pacientes foi a explicação adequada dos problemas. Cerca de 80% dos pacientes desejavam compreender o problema e apenas uma minoria (aproximadamente 10%) tiveram como objetivo o encaminhamento para um especialista ou o desejo de realizar algum exame complementar.

De modo bastante interessante, um estudo realizado na Suécia² abordou se a duração da permanência no consultório guarda relação com o que os pacientes classificariam como uma boa consulta. Foram analisadas 581 consultas realizadas por seis profissionais, com durações entre menos de 10 e mais de 30 minutos - e o tempo não influenciou no que os pacientes classificaram como satisfatória. Ou seja, além da duração, outros fatores, conforme apresentados aqui, também exercem influência importante nesse julgamento. O tempo médio de consulta varia bastante entre

os países, desde 6,9 minutos, na China, até 20 minutos, na Suécia e na Colômbia. No Brasil, em dados obtidos no Estado do Pará, estimou-se um tempo entre 14 e 17 minutos³.

Aspecto médico-legal

O número de processos contra médicos aumenta a cada ano. Observa-se um aumento tanto nas demandas formuladas junto ao Conselho Regional de Medicina, quanto aquelas que chegam ao Poder Judiciário. Diante disso, se faz necessária uma reflexão a respeito dos motivos que levam os pacientes a processarem aqueles que lhe assistiram.

E um dos principais motivos que levam um paciente a processar seu médico origina-se da deterioração da relação médico-paciente. As atuais exigências da profissão, como o atendimento rápido, fazem com que o profissional não tenha o tempo necessário para ouvir além dos sintomas. Em função disso, não raramente, falta a clareza suficiente nas explicações e a verdadeira conexão

entre médico e paciente para que este consiga obtenha a total compreensão plena do que lhe está sendo informado. O médico conquista a confiança do paciente e de seus familiares quando atua como um amigo pronto a ouvir as suas queixas, comprometido em fornecer informações claras e objetivas, repetido-as até a certeza de ter sido compreendido em sua totalidade.

De acordo com Soares⁴ (2016, grifo nosso):

*Ao analisarmos os processos movidos por pacientes, estatísticas hospitalares e os relatos das partes envolvidas, torna-se possível verificar que a origem das contendas nesse campo extrapola a simples ocorrência de erros por parte dos profissionais. Quando se fala em litígios que possuem como origem a relação médico-paciente, logo se faz a ligação com possível erro médico. Ao contrário do que se imagina, no decorrer da apuração das eventuais responsabilidades da equipe médica **o que se vê é que em muitos casos não houve erro, mas sim uma falha na atenção para com o paciente. Nos casos em que existem erros, a falta de atenção nas informações dados pelo paciente é o elemento que originou a falha. Em ambas as situações, não faltam preparo***

técnico dos profissionais, mas há uma lacuna no preparo para o atendimento dos pacientes. A partir dessa análise é possível concluir que a diminuição nas demandas propostas por pacientes sob a alegação de erro médico, só seria possível com a revisão dos procedimentos de atendimento dos pacientes. Esse processo seria benéfico para a proteção dos profissionais bem como para a prevenção de erros que podem ser evitados a partir do atendimento do paciente feito de maneira adequada.”

Ou seja, a relação médico-paciente adequada, permeada pela atenção, comunicação eficiente e, principalmente, comprometimento, além do potencial de melhorarem o prognóstico da doença apresentada pelo paciente, também pode reduzir a probabilidade de demandas judiciais.

Certa vez, afirmou Nelson Rodrigues: “o médico não pode dormir. Ou por outra, até pode, mas a compaixão e a misericórdia devem permanecer sempre em vigília. Quem não quer que o infarto alheio invada o seu horário de descanso ou lazer não deve escolher a Medicina”⁵. No alvo.

REFERÊNCIAS:

1. Williams S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? **Family Practice**; 12 (2):193-201, 1995.
2. Andersson OS. Features of good consultation in general practice: Is time important? **Scand J Prim Health Care**, 12: 227-232, 1994.
3. Torres AR et al. Medical consultation, Time and Duration. **Medwave**; 18(05):e7264-e7264, 2015.
4. Soares NA. A relação Médico-Paciente e o Surgimento das Demandas Judiciais. **Revista Jurídica – UniEvangélica**, Anápolis/GO; 15 (2), 2016.
5. Rodrigues N. Esse Stans Murad. **O Globo**, 17/08/1971.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O segredo do tratamento do paciente
é o cuidado a ele proporcionado.*

Bernard Lown, *A Arte Perdida de Curar*

Procuramos, nesta breve obra, abordar alguns aspectos da consulta médica raramente explorados em livros-texto de Semiologia ou Prope-dêutica. Para tanto, utilizamos tanto a experiência pessoal, fruto de mais de duas décadas do exercício da Medicina, quanto a fundamentação teórica obtida através da leitura de livros e artigos científicos.

Questões como empatia, compaixão, persuasão, sugestão e, sobretudo, comprometimento e paciência se constituem nos pilares do contato entre médico e paciente denominado consulta médica. Em profissão alguma o indivíduo revela tanto

sobre a sua vida, incluindo medos, angústias, expectativas, arrependimentos, como ao médico. Seu corpo é entregue de modo irrestrito para a exploração através do toque e de outros procedimentos, inclusive cirúrgicos, se assim indicados pelo profissional que o atende.

A Medicina é uma das profissões mais antigas da humanidade – Hipócrates nasceu na ilha de Cós, na Grécia, em 460 a. C., e há referência à figura do médico como ofício nas cartas de Paulo aos Colossenses, da Bíblia Sagrada, escritas no ano 60: “Saúda-vos Lucas, o médico amado, e Demas” (Colossenses, 14:4)¹, referindo-se a São Lucas, o Patrono da Medicina. E, apesar de grande desgaste sofrido ao longo dos anos, devido a caminhos um tanto tortuosos que ora percorre, ainda é tida em autoestima pelo público em geral, que considera o trabalho do médico como bom ou ótimo em até 77% das vezes².

Apesar de todo o avanço tecnológico, crescente e incessante, o processo de tratamento e cura se inicia na consulta médica. E, também nela, devemos concentrar os nossos esforços perenes de aprendizado e aprimoramento. O que é plantado

no encontro inicial é que florescerá nos anos vindouros de relacionamento médico-paciente.

Uma consulta mal realizada pode ter consequências desastrosas, desde o desenvolvimento de fixação somática, discutido aqui, até a prescrição de terapêuticas perigosas, exames complementares desnecessários e procedimentos de risco de indicação questionável. O resultado dessa dinâmica pode ser sombrio, haja vista que apenas os erros médicos representam a terceira causa de mortalidade nos Estados Unidos da América³, isso sem levar em conta os demais prejuízos decorrentes dessa situação, como gastos indevidos, tanto individuais como públicos, perda de dias de trabalho e o desenvolvimento de traumas psicológicos ou preocupações inócuas.

Por outro lado, uma consulta médica bem conduzida, dentro dos padrões da ética e da moral, pode levar até mesmo à cura ou, quando esta não pode ser obtida, à tranquilização do doente e à certeza de que ele não está sozinho na busca pela melhora da qualidade de vida, pela compreensão da origem dos seus sintomas, de seu sofrimento, e pelo retorno mais próximo ao seu estado de saúde

anterior (ou até mesmo melhor) - busca sempre norteada pelos princípios do otimismo e, sobretudo, pela empatia e comprometimento.

São exatamente condutas permeadas por esses valores que procuramos transmitir aqui. Que os dados aqui apresentados motivem o leitor a estudar mais sobre o tema, com o objetivo primordial da excelência no atendimento aos seres a eles confiados.

Consulta médica: rito e razão da Medicina, enquanto Arte e Ciência, cuja exímia execução deve ser o objetivo maior de todo o médico. Esperamos, humildemente, com este ensaio, ter contribuído para a sua melhor compreensão e aprimoramento.

REFERÊNCIAS:

1. **Bíblia Sagrada**. Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.
2. **ABRAMEDE**, citando pesquisa do Datafolha realizada em outubro de 2020: <https://abramede.com.br/medicos-estao-entre-os-profissionais-mais-confiaveis-do-brasill/> Acesso em 16/04/2021, 08:18 horas
3. Makary MA et al. Medical error-the third leading cause of death in the US. **BMJ**; 3;353:i2139, 2016.

ENSAIO SOBRE A CONSULTA MÉDICA

O RITO E RAZÃO DA MEDICINA
SOB NOVOS OLHARES

O autor descreve neste breve ensaio alguns dos aspectos da consulta médica que escapam ao currículo formal da Medicina, com o intuito principal de revelar conhecimentos pouco difundidos, e assim colaborar no aprimoramento das habilidades intelectuais e comportamentais dos profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes. São novos e surpreendentes olhares sob a égide do aforismo hipocrático “*primum non nocere*” (primeiro, não prejudicar), visando fortalecer o relacionamento médico-paciente, fundamental para o alívio do sofrimento e, quando possível, a obtenção do bem maior, que é a cura.

