

Atitude

Alfredo José Mansur¹

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

Um colega médico e clínico atuante expandiu a sua prática com atividade predominante de bancada de laboratório. Em diálogos ocasionais, verifiquei que meu colega havia incorporado no seu jargão um novo sujeito, que antes não era habitual em nossas conversas, denominado “o clínico” – na acepção daquele que lida com pacientes – termo expresso com certo afastamento e mesmo estranheza. Ouvi expressão semelhante de colegas dedicados à prática de exames de alta tecnologia, talvez com acepção diferente. Chamou-me a atenção este “novo” e talvez estranho sujeito nesse contexto e pus-me à observação. Seguem reflexões daí decorrentes sobre a postura “clínica” como atitude e não como limite conceitual ou territorial de atuação.

Metafísica – o clínico acolhe, por definição, todos os conhecimentos que possam ser colocados à disposição do paciente para a melhor terapêutica possível, incorporados na estrutura lógica de história e exame clínicos e exames complementares porventura indicados. Parte da atividade clínica se edifica sobre a dimensão científica na tradição hipocrática; outra parte não menos importante se fundamenta no reconhecimento das dimensões culturais, antropológicas, preferências do próprio paciente e familiares e outros valores que modulam o racionalismo fundador da prática médica.

Na atitude clínica, mantêm-se sempre abertas possibilidades de inexistência de dados a respeito de uma determinada condição em razão de, entre outras possibilidades:

- diagnóstico não estar estabelecido com clareza ou ser novo e a experiência a respeito ser pequena;
- a terapêutica ou o medicamento serem novos;

- respostas individuais surpreendentes no sentido positivo e no sentido negativo;
- não haver tempo de seguimento suficiente para apreciação no longo prazo;
- não haver estudo específico disponível ou possível sobre determinada condição;
- consciência de transitoriedade do conhecimento médico-científico, no qual prevenção, intervenções indicadas ou terapêuticas em um momento particular deixaram de sê-lo em seguida;
- outras ocorrências.

Essas possibilidades, reunidas no que pode se denominar falta de evidências disponíveis, fazem com que muitas decisões se fundamentem na avaliação clínica criteriosa. Poderia também ser conceituada como a dimensão silenciosa da prática clínica.¹ Essa amplitude da atitude clínica, sua abertura e seus métodos nem sempre acessíveis às vezes se opõem à delimitação de foco específico de interesse. Tal amplitude faz com que a atitude clínica possa ser rotulada em determinados círculos como menos objetiva.

Hermenêutica – pacientes submetidos a exames de alta tecnologia indagam frequentemente os resultados aos médicos (ou a outros profissionais) que fizeram o exame ou procedimento. É compreensível que a interpretação dos resultados obtidos dependa do conjunto de dados clínicos, possa ser complexa e demorada, por isso nem sempre possam (ou devam) ser atendidas na circunstância do exame. Segundo relatos, esse diálogo, que pode ser rápido, termina muitas

¹ Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:
Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — CEP 05403-000
Tel. InCor (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889
E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado
Entrada: 6 de junho de 2016 — Última modificação: 6 de junho de 2016 — Aceite: 14 de junho de 2016

vezes com a expressão – “isto é com o clínico”. Outras vezes, essas questões surgem para os pacientes ao tomarem conhecimento de suas descrições (ou laudos) de exames. De fato, a interpretação de dados no contexto do paciente deve ser feita tomando em consideração os dados que compõem o quadro clínico na atitude clínica.

Perguntas sem resposta – se há algo da qual a prática clínica é rica são as perguntas que surgem em cada paciente no decorrer da interação clínica, da doença ou seu desfecho. Tais perguntas podem alçar desde triviais questões práticas do dia a dia até elevadas questões existenciais — sentido da vida, do sofrimento, da dor, entre tantas outras possibilidades,^{2,3} sejam elas conscientes ou não. Nem sempre é possível a perfeita categorização e separação dessas dimensões. Muitas perguntas transcendem o alcance da ciência médica disponível.

Resultam questões sem resposta, condição que pode ser mal interpretada, ou respostas ficarem aquém da compreensível aspiração, para as quais a terapêutica pode estar fora do alcance de medicamentos e intervenções e mais depender da presença do médico (ou do terapeuta). Talvez seja importante que algumas dessas questões sejam reconhecidas na sua dimensão essencial, e não “medicalizadas”, tratadas como exclusivo fato biológico, evitando exames, medicamentos ou intervenções que não trazem benefício ou podem ter efeitos colaterais, além de despesas desnecessárias.⁴

Longo prazo – admite-se que a atitude clínica tenha compromisso com a evolução do paciente no longo prazo, ao passo que o interesse em intervenções específicas pode almejar o seu efeito no curto prazo.

Há muitos anos, saudei um clínico de larga experiência e muitos anos de prática, pelo sucesso de uma intervenção cirúrgica grande e supostamente terapêutica que havia sido feita no irmão. Ele respondeu-me: a intervenção transcorreu bem felizmente; agora vejamos a evolução da doença. A avaliação do clínico experiente transcendia o momento da intervenção e se estendia no longo prazo.

Especialista – um colega experiente teve um familiar que faleceu depois de longo tratamento de grave enfermidade sob orientação de conceituado especialista. Interessado na experiência deste colega, perguntei qual tinha sido o aprendizado

nesse período como acompanhante de paciente. Ele me respondeu que sentiu falta do amparo de uma atitude “clínica”.

Nos dias atuais, espera-se que a atitude “clínica” permeie, por dever de ofício, aqueles que se dedicam à atividade clínica, seja no seu aspecto mais geral da prática, seja nas múltiplas especialidades médicas atuais. As especialidades da prática clínica contêm a atitude clínica, que pode ser exercida em todas elas.

Segmentação – a segmentação da atividade voltada para o cuidado de pacientes, às vezes decorrente da própria especialização, se entendida no sentido de restrição e não no sentido de aprofundamento, pode associar-se a uma segmentação tal que torna difícil ao paciente compor o conjunto de experiências para se situar frente a uma doença ou a um tratamento.¹ Às vezes comentários de médicos experientes exprimem “estar-se-ia a tratar do exame, e não do paciente”. Comentários sobre detalhes descontextualizados podem contribuir para gerar insegurança desnecessária nos pacientes. A atitude clínica nessas circunstâncias, talvez hoje até mais frequentes segundo alguns, é ainda mais necessária.

Gastos – uma das questões que atualmente merecem a atenção tanto de pacientes quanto de médicos e gestores de saúde de modo geral é o equilíbrio entre a melhor qualidade de prática possível com os recursos financeiros disponíveis, sempre limitados. Provavelmente teríamos pouca discordância na afirmação de que a boa orientação clínica é, do ponto de vista econômico, adequada, prevenindo o eventual uso inadequado ou excessivo de recursos.^{5,6} Há recomendações contra a repetição periódica de exames em várias situações clínicas.^{7,8} A atitude clínica pode muito contribuir para essa harmonização.

Finalizando essas reflexões, em alguns momentos, por necessidade ou por outras circunstâncias, é oportuno que campos de conhecimento ou atuação sejam delimitados ou focalizados com mais detalhe para permitir aprofundar o conhecimento até que chega um momento que a delimitação alcança tal distância da sua origem, em nosso caso o paciente, que reclama novamente, mediante a atitude clínica, a necessária visão de conjunto do paciente.

E para concluir, não deixamos de lembrar que a experiência de outros colegas pode aclarar e aprofundar as reflexões acima apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Schattner A. The clinical encounter revisited. *Am J Med.* 2014;127(4):268-74.
2. Weinberg RB. Communion. *Ann Intern Med.* 1995;123(10):804-5.
3. Issa VS. Reflections on underlying causes of diseases. *J Palliat Med.* 2014;17(10):1186-7.
4. Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *J Gen Intern Med.* 2004;19(10):1053-6.
5. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2002;52(485):1012-20.
6. Huang X, Rosenthal MB. Overuse of Cardiovascular Services: Evidence, Causes, and Opportunities for Reform. *Circulation.* 2015;132(3):205-14.
7. Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med.* 2012;156(2):147-9.
8. Christman MP, Bittencourt MS, Hulten E, et al. Yield of downstream tests after exercise treadmill testing: a prospective cohort study. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63(13):1264-74.