

Agonia da História Clínica e Suas Conseqüências para o Ensino Médico

The Agony of Medical History and its Consequences for Medical Education

Jane Bandeira Dichi¹
Isaias Dichi¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Medicina Interna;
- Educação Médica;
- Anamnese;
- Exame Físico.

KEY-WORDS:

- Internal Medicine;
- Education, Medical;
- Medical History Taking;
- Physical examination.

RESUMO

A história clínica, cada vez mais, vem sendo subestimada como ferramenta indispensável à formação médica. Sendo esta desvalorização multifatorial, dois são os fatores que a tornam menos atraente aos olhos dos recém-egressos das universidades e mesmo para alguns profissionais já graduados: o deslumbramento diante de procedimentos *high tech* e a lenda intelectualista que valoriza apenas aspectos teórico-contemplativos do saber humano. O presente artigo de revisão tem por objetivo analisar as causas que levaram a esse quadro e contribuir com algumas sugestões para que ele possa ser ao menos minimizado.

ABSTRACT

The importance of the medical history as an essential tool has been underestimated in medical education. Although the causes for this are multifactorial, there are two main factors turning anamnesis less attractive in the eyes of freshmen and even graduated professionals: the remarkable fascination for high tech procedures and the intellectualist myth valuing only the theoretical, contemplative aspects of human knowledge. The present review aims to analyze the causes, which led to this situation and to contribute with some suggestions for minimizing its consequences.

Recebido em: 30/08/2005

Aprovado em: 10/07/2006

*“A Medicina deveria ampliar a compaixão pelos homens.
Se ela não o faz, ela nada faz moralmente”**

A história clínica não é um “formato” ou uma formalidade que temos de cumprir; trata-se de um acontecer sucessivo das queixas do paciente e do que o médico realmente faz em seu benefício. É, em certo sentido, a imagem do médico, de seus atributos pessoais e de suas características pessoais¹. Parafraseando Orson Welles, poderíamos dizer que “qualquer obra é boa na medida em que exprime o homem que a criou”. Se o conhecimento cognitivo pode ser feito à distância, o mesmo não se dá com as habilidades, a ética e a atitude, aspectos essenciais da prática médica, que devem ser feitas *in loco*, pelo testemunho da presença de quem está ensinando².

Ao ser feita, a anamnese possibilita desenvolver qualidades humanas sem as quais é impossível a relação com os pacientes: **integridade** – disposição para agir de forma correta, seja o paciente quem for, pobre ou rico, inteligente ou não, jovem ou idoso; **respeito** – capacidade de aceitar a condição humana do paciente, não se esquecendo de que ele se torna mais frágil e mais sensível pela própria doença; e **compaixão** – capacidade e interesse em compreender o sofrimento do paciente, fazendo tudo o que estiver a seu alcance para aliviá-lo. Além disso, conhecer e adotar os princípios bioéticos – **autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e sigilo**³.

DIFICULDADES INICIAIS: CAPACIDADE INTELLECTUAL X MATURIDADE PSICOLÓGICA

*“Sem se expor à dor não há lugar para a felicidade”
(Nietzsche)*

De longa data se discute a importância de os alunos do curso de graduação de Medicina terem contato com indivíduos e pacientes o mais rapidamente possível, em contraposição ao estudo com cadáveres. Muitos são os argumentos em favor desta estratégia: contato imediato com a problemática de saúde e doença do ser humano, coleta de dados aprendida mais rapidamente, etc. Por outro lado, tanto a anamnese quanto o exame físico podem levar o aluno iniciante a um constrangimento natural – a coleta de dados, por invadir a intimidade de uma pessoa com quem está se encontrando pela primeira vez, e o exame físico, por introduzir o problema da exposição

do corpo humano, em paradoxal conflito com a noção habitual de pudor e recato⁴.

Mesmo profissionais experientes perguntam sobre hábito de fumar em 94% dos pacientes, enquanto fazem perguntas relacionadas à esfera sexual em menos de 49% das vezes⁵. Além do constrangimento do aluno, devemos também nos preocupar com o dos doentes, principalmente no que se refere a exames em que a exposição mais acontece, como no caso dos exames ginecológico e urológico. Essa exposição inicial, muitas vezes realizada de maneira brusca, é ainda dificultada pela presença cada vez mais freqüente de alunos extremamente jovens no curso médico, capazes intelectualmente, mas ainda sem qualquer experiência de mundo, de contato mais amplo com pessoas de fora de seu círculo social e familiar estrito⁶. Essa reconhecida capacidade intelectual, aliada à imaturidade psicológica, pode gerar conflitos inconscientes que podem permanecer por boa parte do curso de graduação, e quem sabe além deste.

O estudante tende a não se colocar como um sujeito atuante na construção da relação com o paciente, comportando-se de forma passiva durante o encontro. Ele se isenta da responsabilidade de construir com o outro uma relação que dependa de uma iniciativa, de uma atitude, de uma técnica ativa de abordagem. Os estudantes, de maneira geral, atribuem a responsabilidade pelo estabelecimento e/ou manutenção da relação com o paciente diretamente a este, não atuando como agentes do processo de construção destas relações. “A relação com o paciente depende muito do humor deste... se o paciente estiver receptivo, a relação é ótima, porém, se o paciente não colabora, tanto a anamnese quanto o exame físico se tornam maçantes”. Aqui pouco se vislumbra o aluno, escondido por detrás do paciente. Se há alguma responsabilidade no sucesso ou fracasso da relação com o paciente, esta responsabilidade parece estar depositada no paciente, não no estudante ou em sua habilidade ou inabilidade em construir de fato uma relação com o outro. Ao entregar o relacionamento inteiramente nas mãos do paciente, o estudante está aprendendo sobre como ser médico eximindo-se de ter atitudes terapêuticas⁶. As dificuldades vividas no relacionamento com o paciente estão imersas na própria estrutura do curso; não existindo acompanhamento diário de determinado paciente, jamais haverá relação entre alunos e pacientes⁷.

Por outro lado, embora os recursos eletrônicos não substituam o exame em pacientes reais, à beira do leito, os sons e simuladores eletrônicos de pacientes (*Harvey*) são bastante utilizados com o propósito de permitir a repetição do treinamento do exame físico. A utilização desses recursos mais sofisticados é considerada importante, facilitando o treinamento de determi-

* Silogismo baseado na frase de George Elliot citada no livro *Desejo de Status*, de Allain de Botton, Rocco, Rio de Janeiro, 2005.

nados sons cardíacos e pulmonares no aperfeiçoamento do ensino semiológico básico. Cabe ressaltar, entretanto, que o exame físico ainda é considerado ferramenta de grande valor na detecção de alterações valvulares em indivíduos assintomáticos⁸.

ENSINO À BEIRA DO LEITO E ENSINO EXTRAMUROS: ATIVIDADES EXCLUDENTES OU COMPLEMENTARES?

*“O excesso e a falta são característicos do vício, e a mediania, da virtude”
(Aristóteles)*

Enquanto a maioria dos estudantes procura a profissão médica por questões humanitárias, outros o fazem por motivos menos altruísticos, como *status* e recompensa financeira. A exposição destes alunos nos primeiros anos do curso a comunidades carentes, visitas a escolas com crianças com necessidades especiais, creches, asilos, sanatórios, acompanhamento de ambulâncias, pacientes com doenças terminais são atividades que contribuem para o amadurecimento/fortalecimento emocional dos estudantes⁹ e, segundo McLean¹⁰, ajudariam os estudantes de famílias afluentes a perceber que a medicina não é uma carreira apenas glamourosa.

Na literatura, há relatos de cursos de Medicina com metodologia do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) em países em desenvolvimento (África do Sul), em que no início do curso há este tipo de atividade¹⁰. No Brasil, Troncon¹¹ destaca as mudanças de cenário ocorridas na prática médica, que se deslocou paulatinamente para estágios e atendimentos na comunidade. Neste contexto, ressalta a importância do conhecimento vinculado a problemas reais de saúde inseridos em situações pessoais, familiares e sociais realistas, favorecendo a aquisição de habilidades clínicas básicas e o desenvolvimento dos padrões de atitude necessários à atuação em um novo modelo de exercício da Medicina. Entretanto, o autor enfatiza que este novo modelo só será alcançado a partir do envolvimento não só da escola médica, mas também dos governos municipal, estadual e federal e das entidades médicas. Assim, a posição de hospitais como o único lugar para ensinar habilidades clínicas básicas necessita ser revista.

Há educadores que defendem a Aprendizagem Baseada em Tarefas como um bloco intermediário entre a ABP e o início do Internato, haja vista que, na transição entre o auto-aprendizado e a fase clínica ativa, o estudante pode experimentar dificuldades em se adaptar a sua vida profissional, uma vez que ele começa a trabalhar de acordo com um planejamento preesta-

belecido⁷. Este predomínio do teórico sobre o prático só pode, evidentemente, ser superado mediante atividades realizadas com indivíduos e pacientes, permitindo que os alunos recebam críticas relacionadas ao seu desempenho de maneira menos conflituosa do que vem ocorrendo (muitas vezes, se verifica que o temor do aluno em ser corrigido é maior que o seu desejo de aprender) e valorizando o que de melhor podem obter de seus professores, que é a sua experiência.

A inserção do aluno em modelo mais próximo à realidade do paciente permitiria um modelo de aprendizagem que, além de gerar conhecimentos a partir da hospitalização do paciente, possibilitaria visualizar o problema do indivíduo em nível de comunidade. A junção dessas práticas propiciaria uma visão global que vem se perdendo com o tempo e permitiria maior valorização da entrevista médica, das atitudes, dos aspectos biopsicossociais envolvidos e do acompanhamento da evolução indivíduo/paciente. Além disso, seria reforçada particularmente a visão holística a partir da prática das habilidades do exame físico, da anamnese, dos sinais e sintomas principais, da realização de diagnósticos sindrômicos simples e da terapia geral do paciente. O desafio maior aqui talvez seja encontrar atividades extramuros em que se vá além do aspecto observacional, ou seja, alguma atividade que ajude a desenvolver a habilidade de comunicação, estimular a percepção, a relação médico-paciente e a promoção da saúde e prevenção de doenças (orientação dietética, atividade física, etc.) de maior prevalência na comunidade.

Observam-se, também, deficiências no ensino de habilidades clínicas em hospitais, como, por exemplo, falta de supervisão, *feedback* e encorajamento para estudantes quando examinam os pacientes⁹. A literatura sobre o assunto revela a preocupação de que muitas instituições acreditam que faltam recursos para apoiar e desenvolver os especialistas na área de Propedêutica Clínica. Porém, sem um número mínimo de médicos interessados no ensino da prática do exame físico, mesmo que apenas à beira do leito, que possam servir de modelo para o ensino de habilidades para a realização de história clínica, é impossível sustentar e promover estas habilidades essenciais¹².

DIFICULDADES NA RELAÇÃO INTERPESSOAL E NA PRÁTICA MÉDICA

“Será que algum homem me desprezará?

Deixe-o se preocupar com isso.

Mas eu cuidarei de ser visto fazendo ou dizendo nada que mereça ser desprezado”

(Marco Aurélio)

A clássica frase “a primeira droga que se administra ao paciente é o médico” se torna cada vez mais atual. A atenção, o contato visual, o toque, os gestos, todos eles contribuem para que o doente perceba que há alguém preocupado com ele, tornando o relacionamento mais próximo e possibilitando a adesão ao tratamento. O desenvolvimento de atitudes de compreensão em relação ao outro, de comportamentos e ações altruístas, coletivamente denominadas “empáticas” ou “pró-sociais”, que favorecem comportamentos gratuitos e espontâneos em benefício de outrem e inspiram palavras como cooperação, solidariedade, generosidade, dadivosidade, prodigalismo, desprendimento, pena, remorso, arrependimento, compartilhamento, nobreza, caridade¹³ é fundamental para a formação de um jovem que busca a área de saúde. A literatura sobre o assunto, antiga e vasta, destaca a importância do ensino de Humanidades e de cursos básicos sobre entrevista e relação médico-paciente com a participação e apoio de residentes em medicina interna, psiquiatras, médicos de família, psicólogos e professores de sociologia e bioética na formação de alunos da área da saúde¹⁴.

As dificuldades encontradas atualmente nas habilidades do exame físico são queixas de inúmeras escolas médicas e de natureza multifatorial: falta de interesse nas atividades programadas; falta de estímulo; falta de noções básicas de fisiopatologia e de leitura prévia dos assuntos a serem abordados, dificultando a discussão sobre os sinais e sintomas; falta de um mecanismo de cobrança das tarefas solicitadas; avaliação aquém do que é ensinado, subestimando a importância do que é ensinado; dificuldade em conciliar a vertente biológica do estudo médico com seus aspectos psicossociais. Além disso, na realidade, o ensino de Semiologia não se resume ao conhecimento de semiotécnica, pois compreende também a relação médico-paciente, o estudo dos sinais e sintomas, e a realização de diagnósticos sindrômicos, entre outros (Anexo).

A LENDA INTELLECTUALISTA

“Aqueles que dizem que nunca há excesso na virtude não percebem que não há virtude onde há excessos”
(Montaigne)

Desde Sócrates e Platão, o conhecimento teórico-reflexivo, embora utilizado menos freqüentemente que o saber prático, é considerado mais brilhante; monta-se mais pompa em torno dele e se o organiza para ser notado. Entretanto, as habilidades práticas são atividades inteligentes mesmo quando não precedidas por uma atenção teórica. Inclusive, as pessoas com habilidades práticas – como a música ou a cirurgia –

que requerem ou costumam requerer boas doses de conhecimentos teóricos não são consideradas inteligentes pela posse desses conhecimentos teóricos, nem sequer por sua aplicação, mas, sobretudo, por sua capacidade de terem aprendido melhor a partir da prática continuada.

O modo de conhecimento habitual na vida do indivíduo e também no espaço coletivo é esse saber prático que, pela modéstia dos meios que emprega, costuma passar despercebido, mas que, apesar disso, constitui a espinha dorsal que suporta a existência tanto individual como coletiva. A aprendizagem moral ocorre de modo semelhante, assistindo ao comportamento de pessoas cercadas por um forte halo de exemplaridade e tentando imitá-las. Ao se imitar o modelo, pratica-se o conhecimento implícito das regras seguidas por este em sua conduta¹⁵. Não há sentido em propugnar uma lenda antiintelectualista, a intenção aqui é chamar a atenção para o perigo da valorização quase exclusiva dos aspectos cognitivos nas áreas de saúde, em detrimento dos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“As idéias se têm, nas crenças se está”
(Ortega y Gasset)

Devem-se salientar os dois primeiros mandamentos da prática médica elaborados por Irving H. Page:

1. Nada substitui o que se assimila no contato direto com o paciente: uma boa anamnese, um exame físico minucioso e perspicácia clínica que resulta da experiência. Disciplina clínica não pode ser aprendida apenas no laboratório ou por meio de leitura ou palestras.
2. A boa prática médica é trabalhosa e exige dedicação. Não é possível tratar apressadamente pessoas doentes obedecendo a horários rígidos. Exponha claramente a realidade ao paciente e à família durante o tempo que for necessário.

Os estudos continuam mostrando que a história clínica, quando bem realizada, fornece informação suficiente para se fazer o diagnóstico na maioria dos pacientes que procuram atendimento pela primeira vez, antes mesmo do exame físico.

Por outro lado, mudanças na prática de medicina interna têm desempenhado importante função na desvalorização das habilidades relacionadas à anamnese. A disponibilidade imediata de tecnologia *high tech* na busca do diagnóstico de doenças nos hospitais de ensino tende a ofuscar a importância da história clínica e do exame físico, considerados procedimentos *low tech* na mente de muitos alunos em formação e já de alguns médicos. Uma vez que a anamnese é considerada se-

cundária, há pouco incentivo para melhoria dessas habilidades ou para que se gaste o tempo necessário na obtenção de uma excelente história¹². Certamente, não é por acaso que, em média, 60% dos exames laboratoriais realizados são normais. Sabe-se que apenas por meio da história do paciente, da abordagem de entrevista centrada na integração médico-paciente, é que se pode vislumbrar o biopsicossocial^{16,17}, aspecto que somente se conseguirá alcançar mediante a discussão da problemática real do indivíduo/paciente, compartilhada pelo aluno/professor.

ANEXO

Objetivos da Semiologia

1. Identificar e cultivar valores fundamentais adequados à relação médico-paciente;
2. Estimular o desenvolvimento do senso de observação;
3. Vivenciar um modelo existencial de coleta de dados adequados à prática médica;
4. Treinar a linguagem técnica dos sinais e sintomas;
5. Desenvolver a capacidade de interpretação fisiopatológica dos sinais e sintomas;
6. Desenvolver a capacidade de valoração e organização dos sinais e sintomas em quadros clínicos;
7. Identificar as alterações encontradas no exame físico, relacionando-as ao sistema comprometido e aos achados anatomopatológicos;
8. Identificar as principais síndromes clínicas e suas etiologias;
9. Treinar a formulação diagnóstica e construir lista de problemas do paciente em ordem de importância;
10. Iniciar a aprendizagem na seleção e interpretação de exames complementares de baixa complexidade;
11. Valorizar o Prontuário Médico, sabendo escrever a observação clínica de forma adequada;
12. Treinar o aluno a apresentar verbalmente e com objetividade, de cor, os casos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Vigil JLG, Mangas JAG. La historia clínica, instrumento del trabajo médico. Rev Med IMSS. 1999; 37(3):169-74.
2. Lopes AC. Os quatro paradigmas. Jornal do Clínico. 2004; 15 (67): 1-2.
3. Porto CC. O clínico e a relação médico-paciente. Rev Soc Bra Clin Med. 2005; 3 (1): 26-8.
4. Gonçalves EL. Os objetivos da educação médica. Rev Bras Educ Méd. 1998; 22:9-18.
5. Baraitser P, Elliott L, Bigrigg A. How to talk about sex and do it well: a course for medical students. [s.l.:s.n]; [s.d.]

6. Sayd JD, Silva DA, Ribeiro MPD. O aprendizado de semiologia em um currículo tradicional. Rev Bras Educ Med. 2003; 27 (2):104-13.
7. Virjo I, Holmberg-Marttila D, Mattila K. Task-based learning (TBL) in undergraduated medical education. Med Teacher. 2001; 23 (1): 55-8.
8. Roldan CA, Shively BK, Crawford MH. Value of the cardiovascular physical examination for detecting valvular heart disease in asymptomatic subjects. Am J Cardiol. 1996; 77:1327-31.
9. Parle JV, Greenfield SM, Skelton J, Lester H, Hobbs FDR. Acquisition of basic clinical skills in the general practice setting. Med Educ. 1997; 31:99-104.
10. McLean M. Sometimes we do get it right! Early clinical contact is a rewarding experience. Education for Health. 2004;17 (1): 42-52.
11. Troncon LEA. Ensino clínico na comunidade. Medicina (Ribeirão Preto). 1999; 32:335-44.
12. Schechter GP, Blank LL, Goldwin Jr. HA, LaCombe MA, Novack DH, Rosse WF. Refocusing on history-taking skills during internal medicine training. Am J Med. 1996; 101:210-6.
13. Souza RO, Marrocos RP, Moll J. Predadores de corpos e almas. Inteligência. 2002; n.16: 116-22.
14. Novack DH, Dubé C, Goldstein MG. Teaching medical interviewing. A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. Arch Intern Med 1992; 152: 1814-20.
15. Rivera JA. O que Sócrates diria a Woody Allen (Cinema e Filosofia). Editora São Paulo: Planeta; 2004. p. 36-46.
16. Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient-and physician-centered approaches to interviewing. Ann Int Med. 1991; 115: 470-7.
17. Oberdiek HI. Reflexões sobre o biopsicossocial curricular. Mediações – Revista de Ciências Sociais. 1996; 1 (1): 249-57.

Conflito de Interesses

Informamos aos Editores da Revista Brasileira de Educação Médica que não há qualquer Conflito de Interesses dos autores com relação ao conteúdo do artigo "Agonia da História Clínica e Suas Consequências para o Ensino Médico".

Endereço para correspondência

Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina
Rua Robert Koch, 60
86038-440 – Londrina – PR
E-mail: dichi@sercomtel.com.br