

Raciocínio clínico*

Clinical reasoning

Celmo Celeno Porto¹

RESUMO

O bom raciocínio clínico possibilita identificar a doença e conhecer o paciente, propor a melhor alternativa terapêutica e estabelecer com alguma segurança a evolução e o prognóstico da doença. Constitui-se em um processo mental contínuo, flexível, dinâmico, até certo ponto semelhante à busca das peças adequadas para resolver um quebra-cabeça. Baseia-se em quatro etapas em que se estabelece: a correta coleta de dados em que se assentam as bases do raciocínio diagnóstico; a aquisição de conhecimentos que possam ser correlacionados com os sintomas e os sinais encontrados no exame clínico; o estabelecimento do valor de cada elemento semiótico e o estabelecimento de hipótese(s) diagnóstica(s), que poderão ser confirmadas ou não pelos exames complementares, exames que poderão fornecer novas pistas para a identificação, a mais completa possível, da doença; até a comprovação diagnóstica, seja com base nos dados clínicos ou por eles direcionados para a escolha de exames que a(s) confirme(m) ou exclua(m). Com esses dados, é possível decidir por uma proposta terapêutica e avaliação prognóstica, completando o processo que teve início na queixa do paciente.

Palavras-chave: Medicina; Estudantes de Medicina; Relações Médico-Paciente; Educação Médica; Humanismo.

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, GO – Brasil.

Instituição:

Universidade Federal de Goiás – UFG
Goiânia, GO - Brasil.

* Autor Correspondente:

Celmo Celeno Porto
E-mail: celeno@cardiol.br

Recebido em: 10/12/2015.

Aprovado em: 30/01/2015.

*Texto extraído da obra: Porto CC. Carta aos estudantes de Medicina. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. Autorizado pela Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2015.

ABSTRACT

Good clinical reasoning makes it possible to identify the disease and know the patient, propose the best therapeutic alternative and establish with some certainty the evolution and the prognosis of the disease. It is a continuous, flexible, dynamic mental process, to some extent similar to the search for the right pieces to solve a puzzle. It is based on four stages in which it is established: the correct collection of data that are based on the bases of the diagnostic reasoning; the acquisition of knowledge that can be correlated with the symptoms and signs found in the clinical examination; the establishment of the value of each semiotic element and the establishment of diagnostic hypothesis (s), which may or may not be confirmed by the complementary examinations, which may provide new clues for the most complete identification of the disease; until the diagnostic confirmation, either on the basis of the clinical data or by them directed to the choice of tests that confirm or exclude it. With these data it is possible to decide for a therapeutic proposal and prognostic evaluation, completing the process that began in the complaint of the patient.

Keywords: Medicine; Medical Students; Physician-Patient Relations; Education, Medical; Humanism.

Ao longo dos anos, cheguei à conclusão de que está errada a maneira como ensinamos aos estudantes o raciocínio diagnóstico, melhor dizendo, o raciocínio clínico, porque fazem parte dele não apenas a decisão diagnóstica, mas, também, a proposta terapêutica e a avaliação prognóstica.

Isso porque, no início da aprendizagem clínica, o estudante costuma ficar limitado à “técnica” da coleta dos dados clínicos do paciente, sem preocupação diagnóstica e terapêutica. O paciente é examinado de modo estereotipado, com o objetivo de preencher um prontuário, quase sempre seguindo rigorosamente um roteiro. Até certo ponto, isso é justificável para facilitar o ensino, mas não corresponde ao mundo real da prática médica.

Só após o preenchimento do prontuário o estudante se dedica ao raciocínio diagnóstico. Relaciona “todos” os dados anormais, seja da história ou do exame físico, e, integrando os achados, à luz de seus conhecimentos de anatomia, fisiologia, e fisiopatologia, aventura-se a formular hipóteses diagnósticas sob a forma de síndromes ou de entidades clínicas.

O médico desempenha esta tarefa de um modo muito mais dinâmico, sem segmentar seu trabalho em etapas tão estereotipadas. A partir da queixa principal, ou, antes mesmo, tão logo lança um olhar ao paciente, o médico inicia o raciocínio clínico, procurando compreender o problema e formulando hipótese(s). À medida que acumula informações, vai integrando e correlacionando os dados com os conhecimentos armazenados em sua memória. Tal processo mental gera a necessidade de novos dados que vão reforçar ou enfraquecer a hipótese inicial.

Por exemplo, quando o paciente se apresenta ao médico com edema generalizado, ocorre de imediato a possibilidade de um distúrbio cardíaco, hepático ou renal. À medida que vai obtendo novos dados, o raciocínio

diagnóstico vai avançando. Assim, se o paciente relata dispnéia e palpitações, a hipótese de doença cardíaca passa a ocupar o primeiro lugar. Se o paciente informa ser alcoolista, a possibilidade de distúrbio hepático cria corpo na mente do médico. É um processo mental contínuo, flexível, dinâmico, até certo ponto semelhante à busca das peças adequadas para resolver um quebra-cabeça.

De maneira esquemática, o aprendizado do raciocínio diagnóstico pode ser dividido em quatro etapas. Na primeira, quando o estudante está fazendo sua iniciação clínica, ele é obrigado – e isto é inevitável – a fixar sua atenção na “técnica da entrevista”. Isso porque é na correta coleta de dados que se assentam as bases do raciocínio diagnóstico. Chega a lhe causar certa frustração ao não conseguir transformar os dados que obtém no exame do paciente em hipóteses diagnósticas. Contudo, esta etapa logo é superada.

A segunda etapa no desenvolvimento do raciocínio clínico depende de aquisição de conhecimentos anatomo-patológicos e fisiopatológicos, ou seja, é necessário armazenar na mente certo número de informações que possam ser correlacionadas com os sintomas e os sinais encontrados no exame clínico. Voltando à comparação, seria como o processo mental de se armar um quebra-cabeça, sabendo-se de antemão qual figura deve ser formada. Um bom raciocínio consiste exatamente em colocar cada peça no local correto. Se as peças entram no lugar certo a figura vai surgindo, ou seja, a hipótese diagnóstica vai se tomando forma.

Na terceira etapa, só alcançável ao longo dos anos, o raciocínio diagnóstico passa a caminhar lado a lado com a obtenção dos dados, tal como faz um médico experiente. A cada elemento obtido no exame de um paciente, hipóteses diagnósticas vão se fortalecendo ou

enfraquecendo, à medida que novos achados semióticos vão surgindo. Em determinados casos, nem sempre se consegue chegar a uma hipótese diagnóstica consistente, mas é sempre possível levantar hipóteses prováveis que poderão depender inclusive de dados fornecidos por exames complementares para se fortalecerem.

Chega-se, então, ao momento de escolher o(s) exame(s) complementar(es) que comprova(m) o diagnóstico, praticamente indispensável(eis) na medicina moderna. Os resultados desses exames podem fornecer novas pistas para a identificação, a mais completa possível, da doença.

A quarta e última etapa é a comprovação diagnóstica que, em alguns casos, pode ser feita apenas com dados clínicos, mas, com frequência, vai depender de exames laboratoriais, de imagens, cito ou histopatológicos.

Com esses dados em mãos e conhecendo-se as características pessoais do paciente, é possível decidir por uma proposta terapêutica e uma avaliação prognóstica, fechando-se o processo que teve início na queixa do paciente.

Em resumo, um bom raciocínio clínico possibilita identificar a doença e conhecer o paciente. Aí, então, torna-se possível fazer um diagnóstico correto, propor a melhor alternativa terapêutica e estabelecer com alguma segurança a evolução e o prognóstico da doença.