

Pensar: uma arte esquecida em Medicina

Dizia aquele velho professor de clínica a seus residentes: “não deixem os pacientes no Hospital, levem-nos para casa com vocês”. Ante o olhar espantado dos jovens médicos prosseguia: ...o que quero dizer é que continuem a pensar nos enfermos que atenderam durante o dia. Pensem nos seus problemas, procurando responder as três perguntas básicas do processo médico. 1) que pessoa esteve diante de mim no dia de hoje? Quais seus sofrimentos, esperanças, fantasias? 2) quais condições surgiram em suas vidas que as fizeram transformar-se de uma pessoa sadia para uma enferma? 3) que posso fazer para curá-la, minorar seu sofrimento, restituir-lhe a esperança?

O velho mestre olhava as faces, um tanto perplexas outro tanto curiosas, dos alunos e concluía: ...Só assim comportar-se-ão como médicos e não como funcionários burocráticos que esquecem as tarefas do dia assim que ultrapassam a porta de saída das repartições públicas. Não! Médicos não são burocratas.

Na realidade, o que falava o professor é sobre a importância da arte de pensar em Medicina. Uma arte esquecida!

“A Medicina – e em particular os profissionais médicos – vive confrontada pela necessidade de produzir decisões com o máximo de certeza num cenário de permanente incerteza.”

De fato, o desenvolvimento da tecnologia médica conduziu os médicos ao estado de dependência da máquina e os fez esquecer a primitiva arte de colher dados, pensar a respeito deles, formular opiniões e tomar uma atitude. A regra é partir-se de “pressupostos” diante de um caso clínico e em razão deles solicitar exames sem parar para pensar no problema.

Exemplificando: há alguns anos consultou, na emergência de um dos nossos hospitais-escola, uma jovem de 23 anos, previamente hígida, que se queixava de opressão pré-cordial. O médico que a atendeu, partindo do “pressuposto” de que toda a opressão pré-cordial é angina, solicitou um eletrocardiograma e pediu enzimas cardíacas, ambas normais. Mandou aplicar uma dose de meperidina, deixou a moça esperando e após duas horas repetiu as enzimas, que novamente foram normais. Não satisfeito, resolveu hospitalizá-la no Serviço de Cuidados Intermediários. Na manhã seguinte, o médico responsável pelos leitos conversou com a paciente: era bancária, casada, tivera alguns problemas com o marido e sintomas semelhantes, acompanhados de parestesias nas mãos e em torno da boca. Não foi muito difícil para o colega concluir que ela apresentava um quadro de ansiedade com hiperventilação, opressão pré-cordial e parestesias. A alta com prévio aconselhamento foi logo providenciada.

O caso dispensa maiores comentários e nos mostra apenas os enganos com os diagnósticos e a terapêutica, baseados em pressupostos equívocos, apressados, e que trazem sérias consequências para o doente, com suas repercussões emocionais, muitas vezes geradoras de mais ansiedade, e às instituições de saúde, que são oneradas desnecessariamente.

Um outro caso, desta vez mostrando como um recurso tecnológico moderno pode, quando bem indicado, resolver um problema médico importante. Paciente feminina de noventa e quatro anos, sadia em termos gerais, exceto por cistocele e retocele de grau avançado, acorda pela madrugada com calafrios e febre. Tinha tido, no passado, história de infecção urinária e, recentemente, caíra sobre o dorso, passando a sentir intensa dor lombar.

O experimentado médico de família partiu de dois “pressupostos”: calafrios e febre em portadora de infecção urinária é bacteremia, e dor lombar após queda, em paciente com essa idade, obviamente osteoporótica, pode ser fratura vertebral. Receitou analgésicos, solicitou uroculturas e iniciou antibioterapia. Houve melhora inicial, mas noventa e seis horas depois voltaram os sintomas, acompanhados

de febre alta e calafrios. A atitude foi indicar a hospitalização. Coletadas hemoculturas, todas negativas. Cultural de urina foi positivo, mas a radiografia lombo-sacra não mostrou sinais de fratura vertebral, segundo o radiologista. Os médicos que a atenderam, no momento eram dois, passaram a medicação para a via intravenosa e solicitaram a opinião de um ginecologista, uma vez que há associação relevante entre infecção urinária e menopausa, acrescentando-se nessa senhora a importante presença de cisto e retocele. O colega examinou e sugeriu o uso tópico de hormônio, como coadjuvante na prevenção da infecção urinária.

A paciente ficou bem, sem febre, ainda que com discreta anemia normocrômica e normocítica. Como a família quisesse aproveitar as férias na praia, foi permitida a alta hospitalar, mantendo as medicações. Os médicos permaneceram em contato, mas, como a dor se mantivesse intensa, foi chamado um ortopedista, que estava na praia. O colega manteve o diagnóstico mas modificou a analgesia. A piora progressiva da senhora fez com que o colega sugerisse o retorno à Capital e que ela fosse submetida a uma ressonância nuclear magnética. O resultado foi: “Osteomielite, discite e abscesso epidural”. O tratamento adequado foi instituído e a paciente melhorou.

Também aqui funcionaram os “pressupostos”: paciente feminina com cisto e retocele e infecção urinária e que se apresenta com calafrios e febre, é sepse urinária! Se a mesma pessoa de noventa e quatro anos cai e traumatiza a coluna, e o diagnóstico é equívoco, pois frente à persistência dos sintomas dolorosos, deveria ter havido mais insistência dos seus médicos quanto aos achados radiológicos. Nesse caso os colegas deveriam ter perseguido um diagnóstico que pudesse explicar o quadro e resolver o problema da paciente.

O problema dos “pressupostos” é o de que eles impedem uma assertiva em Medicina, que é: “pensar”, isto é, considerar como básicas as variáveis de um problema médico, formular hipóteses, trabalhar nelas, escolher a mais adequada e procurar colocá-la em prática. Lógico, esses são conhecidos princípios da prática médica, mas, certamente, estamos numa fase do ensino médico em que se enfatiza a transmissão de técnicas em prejuízo do ensino de princípios.

Os avanços tecnológicos em geral, e especialmente em Medicina, não podem substituir o pensamento médico. Não, eles devem estar a serviço deste e não este ser seu refém, pois se tal não fizermos corremos o risco de estabelecer “linhas de montagem” diagnósticas, o que certamente acarretará prejuízo para os nossos pacientes.

Descartes dizia: “Penso, logo existo!” Permitam-nos acrescentar ao pensamento do grande filósofo: Penso, logo faço adequada Medicina!

“A Medicina é uma ciência de incertezas e uma arte da probabilidade” (Osler).

OLY LOBATO-MÉDICO

Clínico geral. Professor titular da cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRGS

GISELE RODRIGUES LOBATO

Internista. Com Título de Pós-Graduação no Curso de Nefrologia da Faculdade de Medicina da UFRGS