

A apresentação de casos clínicos em Medicina Geral

Na secção de opinião e debate foi publicado um artigo acerca dos casos clínicos, da sua relevância e da sua melhor forma de apresentação¹, que complementa outro prévio, do mesmo autor, sobre a utilidade da informação². Tenho opinião coincidente em tudo com o seu autor, especialmente no tocante à relevância docente da prática clínica diária, uma fonte inesgotável de satisfação profissional e, ao mesmo tempo, de perguntas sem resposta (de questões a investigar). Gostaria contudo de insistir na necessidade de apresentação dos casos clínicos de modo que se ajustem ao que vemos no nosso trabalho diário em Medicina Geral, e para isso utilizarei ideias de trabalhos anteriores^{3,4}.

Dado que a maior parte do ensino pré-graduado se efectua nos hospitais, os estudantes de Medicina e recém-licenciados tendem a copiar os usos e costumes dos especialistas. Entre eles, a forma de apresentação dos casos clínicos, que podemos denominar *caso clínico clássico*. Quando é publicado, constitui o caso fechado semanal do *New England Journal of Medicine*, por exemplo, e de outras revistas médicas, como a espanhola *Medicina Clínica*. É um caso que se centra na informação «dura» (que resulta de exames complementares de diagnóstico) e que contém pouca ou nenhuma informação social, antropológica, económica, psicológica ou de outras áreas não biológicas. Por vezes o caso clínico amplia-se de modo a abarcar uma *série de casos clínicos* em que se apresenta um grupo de pacientes que partilham um diagnóstico e/ou uma evolução, mas o conjunto de informação utilizado não se modifica.

É diferente o *relato de caso* no qual se efectua a descrição pormenorizada do adoecer de um indivíduo ou grupo, e no qual se têm em conta as suas vivências. O importante não é a doença em si mesma, mas as circunstâncias nas quais ela se produz, e as modificações que provoca no comportamento individual e familiar. É disso um bom exemplo um caso clínico publicado na *Revista Portuguesa de Clínica Geral*⁵.

Na *encruzilhada clínica* o caso clínico é apresentado pelo paciente e pelo seu clínico geral, que faz perguntas relevantes para o seguimento, respondidas por um especialista hospitalar. Com frequência sai-se do campo puramente biológico, sendo tecidas considerações epidemiológicas e, por vezes, de análise de decisão e económicas. Este tipo de caso é publicado regularmente na *JAMA* e, ocasionalmente, na revista dos médicos rurais espanhóis *SEMERGEN*.

Por último, a *resolução de um caso clínico* publica-se de tempos a tempos no *New England Journal of Medicine*. Trata-se da apresentação de um caso clínico fechado, passo a passo, desde o início até à sua resolução, de modo que um médico, exterior à equipa que cuidou do paciente, vai gerando hipóteses acerca do diagnóstico com um mínimo inicial de dados, modificando-as à medida que vai recebendo nova informação. Acrescenta-se um comentário final acerca do processo diagnóstico e terapêutico original, sobre o processo de decisão do médico que resolve o caso clínico e acerca dos cuidados recebidos pelo paciente.

Em Medicina Geral deveríamos aproveitar todo o potencial dos casos clínicos, e não repetir o que os especialistas hospitalares fazem; adoecer é mais que a própria doença. Em concreto⁴, os casos clínicos em Medicina Geral deveriam incluir informação sobre, pelo menos:

- *O agregado familiar do paciente e o impacto da doença nessa estrutura*: isto é mais que o estado civil, dado que os nossos pacientes são filhos únicos, maridos em processo de separação, mães trabalhadoras com dois filhos e a sogra em casa, etc. Os pacientes pertencem a uma família que responde de um modo próprio ao adoecer, e isso interessa-nos. Por exemplo, a «esclerose em placas do paciente e a resultante deficiência e necessidade de usar uma cadeira de rodas forçou à dedicação exclusiva da mulher, com a consequente indisponibilidade para o seu trabalho na farmácia e para cuidar das três filhas do seu casamento».
- *A ocupação profissional do paciente e a repercussão da doença nessa ocupação*: é necessário conhecer a profissão e ocupação do paciente porque, por exemplo, um coma diabético não é a mesma coisa numa idosa reformada ou num jovem condutor de autocarros; e não é a mesma coisa num funcionário do quadro de uma empresa ou num trabalhador com contrato a prazo.
- *A situação socio-cultural do paciente*: o que importa é a transmissão acerca das características sociais e culturais do paciente, de modo a se compreender como ele enfrenta a doença. Por exemplo, «é um paciente analfabeto, ou vive numa barraca, ou é um advogado que pertence à maçonaria, etc». Não deveria ser tabú falar

de crenças religiosas, culturais ou filosóficas se elas forem relevantes para o seguimento da doença.

- *As barreiras à acessibilidade:* o acesso aos serviços de saúde não é fácil nem homogêneo, e convém valorizá-lo para se compreender o caso clínico. Por exemplo, a jovem imigrante ilegal com tosse persistente, que desconhece a língua e que só recorre aos serviços quando tem uma hemoptise franca. Ou a idosa em casa, que recorre múltiplas vezes ao serviço de urgência porque está insatisfeita com o seu médico e no fim tem um cancro do pâncreas.
- *O processo de diagnóstico:* inclui a formulação de hipóteses e a sua modificação segundo a evolução do paciente e o resultado dos exames complementares. Deve ser feito um relatório sério, que permita aprender com os erros e as dificuldades de coordenação entre os cuidados primários e hospitalares. Por exemplo, «o paciente começou com febre e dor de cabeça; o seu médico receitou-lhe antibióticos, por causa da gripe, e após uma semana sem melhoras recorreu às urgências onde lhe diagnosticaram sinusite e lhe mudaram os antibióticos; dez dias depois foi internado em coma, devido a abscesso cerebral por toxoplasma, sendo feito o diagnóstico de SIDA, desconhecido do próprio paciente, do seu médico e dos que lhe eram chegados».
- *O processo terapêutico:* a proposta de tratamento costuma constituir o final do processo de cuidados, mas ela é apenas um passo intermédio para a obtenção da cura (ou o alívio dos sintomas). Convém falar da adesão à terapêutica, dos problemas da polimedicação e das reacções adversas. Por exemplo, «o paciente, após o diagnóstico de gonorreia, recusou o tratamento proposto, visto que não tinha automóvel e receava que na farmácia da aldeia soubessem do diagnóstico quando fosse aviar a receita; além disso, recusou que se falasse com a esposa a respeito da sua doença».
- *A repercussão da doença no profissional:* os médicos não são robôs nem elementos neutros no processo de doença, ainda que tenham sido despersonalizados na passagem pelo hospital. Convém reflectir nas nossas reacções quando elas forem relevantes. Não temos de psicanalisar a nossa actuação, mas não devemos igualmente ignorar as nossas atitudes. Por exemplo, «o paciente veio 23 vezes à consulta no ano passado, sempre por ninharias, pelo que a sua consulta por dor nas costas não me chamou a atenção; atendi-o à pressa e esqueci-me de perguntar sobre os sinais de alarme, o que atrasou o diagnóstico de uma metástase lombar de uma neoplasia da próstata, como se veio a demonstrar posteriormente».
- *Uma nota acerca da evolução do paciente:* no hospital tudo termina depois da alta, mas em Medicina Geral o paciente e a sua família continuam em contacto com o médico, de modo que é importante concluir a apresentação do caso com aquilo que for importante para o seguimento. Por exemplo, «depois da enucleação do olho, o paciente teve de deixar a sua profissão de relojoeiro, acabando por se separar da sua mulher; voltou a viver com os pais e está a tentar terminar o curso de Filologia Inglesa que tinha abandonado». A doença repercute-se na vida dos nossos pacientes, e como clínicos gerais não podemos deixar de o reflectir nos casos clínicos.

Em **conclusão**, os casos clínicos em Medicina Geral devem ir muito mais além do componente biológico da doença e da «assepsia» com que são apresentados os casos clínicos hospitalares. «Científico» é apresentar um caso clínico sem o «maquilhar», sem a ficção desumanizada do *caso clínico clássico*. Há muita informação relevante que deve destacar-se para que os casos clínicos em Medicina Geral tenham uma componente pedagógica plena, para que reflectam a nossa forma própria de trabalhar.

Juan Gervas

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid, Espanha), Equipo CESCA (Madrid, Espanha).

Recebido em 23/03/2002

Aceite para publicação em 01/04/2002

Endereço para correspondência: Travesía de la Playa 3, 28730 Buitrago del Lozoya (Madrid), Espanha.

Correio electrónico: jgervasc@meditex.es

Referências Bibliográficas

1. Melo M. Elaboração de relatos de casos. Rev Port Clin Geral 2001;17:487-92.
2. Melo M. Utilidade da informação. Rev Port Clin Geral 2000;16:407-8.
3. Morris BAP. Suggested guidelines for the family medicine case report. Can Fam Physician 1990;36:1351-2.
4. Gervas J, Pérez Fernández M, Albert V, Martínez Pérez J. El caso clínico en Medicina General. Aten Primaria 2002; em publicação.
5. Martins C, Mauroy I, Costa P. Uma avó e dois netos adolescentes: um «agregado» de problemas. Rev Port Clin Geral 2000;16:313-28.