

## EDUCAÇÃO MÉDICA PEDIÁTRICA

# A Propósito da Metodologia de Abordagem dos Casos Clínicos – Quo Vadis Pediatria?

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

*Clínica Universitária de Pediatria – Serviço 1 / Hospital Dona Estefânia  
Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Nova de Lisboa*

### Resumo

A aquisição de competências em prática clínica faz parte integrante do processo básico de educação médica.

O objectivo deste artigo, baseado na experiência do autor, é analisar e discutir sucintamente algumas tendências actuais manifestadas pelos internos durante o período de estágio, as quais, contrariando determinados princípios clássicos da abordagem de casos clínicos segundo a tradição Hipocrática (em crescendo, na base duma sequência lógica: anamnese, exame físico, hipóteses de diagnóstico, exames complementares fundamentados, diagnóstico definitivo, actuação incluindo terapêutica e prognóstico), poderão corresponder a erros metodológicos. Com efeito, todos estes passos deverão ser contemplados, sem hiatos.

Os cenários traçados dizem respeito, essencialmente, às tendências de omissão, quer dos registos quanto à formulação das hipóteses de diagnóstico, quer de certos passos fundamentais do exame objectivo em moldes clássicos dando supremacia aos dados fornecidos por exames complementares sofisticados.

Admite o autor que tais tendências estejam relacionadas com a deficiente preparação durante o ensino pré-graduado, com a abolição da prova clínica de praticamente todos os concursos para progressão nas carreiras (condicionando menor investimento na formação nesta área) e com o desenvolvimento da tecnologia que, pelo manancial de dados proporcionados, leva o clínico a menosprezar os dados obtidos através da semiologia clínica clássica.

Chamando-se a atenção para a responsabilidade ética e legal do médico na elaboração de registos rigorosos, o que facilita a comunicação, é descrita sucintamente uma das diversas estratégias de abordagem dos casos clínicos, orientada por problemas (a designada pela sigla SOAP) aplicável no quotidiano do treino clínico; efectivamente, tal estratégia poderá contribuir para a aquisição de competências na elaboração do relatório clínico global e convencional.

**Palavras-chave:** Educação médica; pediatria; pós-graduação; exame clínico; competências.

*Correspondência:* João M. Videira Amaral  
Rua do Lobito, lote 74  
2775 229 Parede (Portugal)  
Facsimile: +214 581 872  
Endereço electrónico: jmvamaral@mail.telepac.pt

Aceite para publicação em 08/05/2000.

Entregue para publicação em 06/05/2000.

### Summary

### Some Issues on the Methodology for the Approach of Clinical Cases – Quo Vadis Pediatrics?

General clinical training is an integral part of the basic medical education. This paper is aimed at postgraduate doctors commencing their first post in pediatrics.

The objectives are to emphasize the important art of history taking and to guide in the elicitation and interpretation of physical signs in children of varying ages. Taking into account the author's experience, the residents need to refresh themselves some issues concerned with potential errors in methodology for clinical examination.

The basic requirements needed to acquire the clinical skills in pediatrics are the same as those for adult medicine in the Hippocratic tradition; as a matter of fact that methodology comprises several sequential stages (history taking, physical examination, hypothetic diagnosis, selection and interpretation of diagnostic tests, definite diagnosis, decision making, management including prescribing and prognosis). All of them should be considered, with no gaps, keeping accurate records (an ethical and legal responsibility) which facilitates the communication.

The author speculates on the explanation for tendencies evidenced by trainees during the residency: lack of preparation during under-graduation, abolition of the practical clinical examination in contests and the development of technology leading to an overcrowding of data in detriment of collection of data through the classical semiology.

At last, emphasis is placed on a problem-oriented approach to organizing and communicating data (the so called SOAP approach), enabling the new doctors to acquire the clinical skills.

**Key-Words:** Medical education; pediatrics; postgraduate training; clinical examination; skills.

*«The proper exercise of the five senses is often far more valuable in diagnosis than a handful of laboratory reports and radiographs»*

(L. Norrlin, 1960)

## Introdução

Ao iniciar este trabalho, dedicado aos internos de Pediatria que tenho ajudado a formar, não resisto à tentação de veicular algumas ideias-chave contidas em dois livros dedicados à Semiologia, que conservo religiosamente desde os tempos de aluno da faculdade, pelo seu cunho didáctico e pela sua utilidade na aplicação à prática clínica <sup>(1, 2)</sup>.

Num deles <sup>(1)</sup> é definida a Semiologia como o estudo dos métodos de colheita dos sintomas e sinais de doença, de lesão de órgão ou de perturbação de função. Considera o autor que a Semiologia integra duas partes: a Semiotécnica ou técnica da pesquisa dos sintomas e sinais (considerada a «arte» de abordar o doente ou pessoa); e a Clínica Propedêutica, através da qual se integram os elementos obtidos pela Semiotécnica para se chegar ao diagnóstico e deduzir o prognóstico (classicamente, a ciência da introdução à observação clínica, ao raciocínio crítico e à síntese).

No outro <sup>(2)</sup> pormenoriza-se tal processo de integração dos dados colhidos, numa sequência lógica por fases, em crescendo; 1) anamnese; 2) exame objectivo; 3) síntese dos dados colhidos pela anamnese e pelo exame objectivo, com formulação justificada de hipóteses de diagnóstico ponderando sempre devidamente os dados que as favorecem, assim como os dados que as contrariam; 4) solicitação de exames complementares indispensáveis segundo uma escala de prioridades e sempre em concordância com as hipóteses formuladas, para as confirmar ou excluir; 5) diagnóstico definitivo; 6) actuação, incluindo terapêutica; 7) prognóstico.

Embora, segundo o conceito expresso, todas as fases devem ser seguidas, sem qualquer omissão ou «hiato», poderá haver situações clínicas em que, dado o peso da anamnese e do exame objectivo é dispensada a realização de exames complementares, para se atingir o diagnóstico definitivo; e outras, pelo contrário, em que o diagnóstico definitivo somente poderá ser estabelecido post-mortem.

## Objectivo

O objectivo deste artigo é analisar e discutir sucintamente algumas tendências manifestadas pelos internos durante os estágios de prática clínica, as quais, contrariando os princípios atrás expostos, poderão ser consideradas erros metodológicos.

## Cenários correntes

I) Em relação à metodologia da abordagem dos casos clínicos na área de internamento (ou ambulatório), tem-

-se comprovado que os novos internos de Pediatria, seleccionados através duma prova teórica no termo de internato geral, nem sempre estão treinados na aplicação do esquema sequencial «em crescendo» atrás referido. Com efeito, verifica-se a tendência para não explicitar, de modo fundamentado, as hipóteses de diagnóstico e ou lista de problemas nos registos clínicos, sendo frequente a passagem da anamnese e do exame objectivo para a solicitação dum conjunto de exames complementares, por vezes com uma lista excessiva, sem prioridades e desajustada ao caso real.

Quantas vezes, somente após a verificação de dados muito notórios colhidos pelo exame objectivo (por exemplo, icterícia, dispneia ou palidez acentuadas) se vai aprofundar a anamnese? Quantas vezes se solicita uma ecografia abdominal ou outro exame complementar sem prévia e minuciosa palpação do abdómen e sem justificar o pedido?

II) Outro exemplo diz respeito à criança em estado crítico internada em unidade de cuidados intensivos, submetida a terapia complexa e assistida por aparelhagem sofisticada. Nesta circunstância, como se depreende, a criança terá que ser manuseada com extrema cautela, pois a mesma está «submersa» em aparelhos. Face à imensidão de dados fornecidos pelos diversos tipos de monitorização biofísica e bioquímica, uma tendência, nestes casos, é minimizar certos passos fundamentais do exame objectivo, sem tirar partido de certas regras da semiologia clássica aplicável aos casos especiais dos doentes em cuidados intensivos <sup>(3, 4)</sup>.

É também frequente assistir-se ao início do relato formal do caso começando pelo fim (por exemplo, descrição dos resultados analíticos, imagiológicos, ou dos dados fornecidos pelos monitores), antes de se dar a conhecer os eventos clínicos das últimas horas assim como os dados fornecidos pela observação convencional exequível com instrumentos clássicos que, mesmo neste contexto, continuam a ter o seu papel. A este propósito valerá a pena citar uma autoridade em intensivismo, Swyer, afirmando que a monitorização humana em cuidados intensivos é tão importante como as monitorizações biofísica e bioquímica <sup>(5)</sup>.

## Discussão

Em todos os sistemas adoptados para a formação do futuro pediatra geral, haverá que facilitar a aquisição de conhecimentos, atitudes e aptidões que o capacitem para prestar, com eficácia a eficiência, assistência a crianças e adolescentes em meio hospitalar e extra-hospitalar <sup>(6, 7)</sup>.

Estão igualmente implícitos no processo formativo um conjunto de princípios com implicações importantes no desempenho profissional, como sejam: o conceito de assistência engloba não somente a prestação de cuidados na doença, como a prevenção desta e a promoção da saúde, com humanização; as crianças e adolescentes deverão ser consideradas pessoas integradas no meio familiar e comunitário, dada a influência do ambiente no ser em crescimento e desenvolvimento; o futuro pediatra, devendo assumir-se como advogado da criança e do adolescente, tem o dever ético da formação continuada, recaindo sobre o mesmo a responsabilidade ética e legal de registos rigorosos <sup>(8, 9)</sup>.

Tendo como base o conceito actual da Pediatria, não como especialidade, mas como Medicina integral de uma época da vida que se inicia com a fecundação e se conclui com o fim da adolescência, Ballabriga chamou a atenção para o risco da perda da unidade da pediatria com a multiplicação das especialidades pediátricas (áreas específicas cujo desempenho implica a aplicação de determinadas técnicas). Este panorama é susceptível de gerar, segundo o autor, a chamada síndrome do super especialista, traduzida pela tendência de transferir a prática de tecnicismo exagerado para o período de formação básica do pediatra geral, o que constitui uma perversão do respectivo processo educativo <sup>(10)</sup>.

A este propósito, Charney afirmou que, se não proporcionarmos aos internos em formação as oportunidades para a concretização de determinados objectivos (os quais podem ser sintetizados no saber, no saber estar, no saber fazer com justificação, no saber comunicar e no saber investigar), e não promovermos o desenvolvimento de qualidades essenciais de perspicácia, de rigor e de sentido crítico, estaremos a criar-lhes frustrações, podendo os respectivos os formadores ser culpados de negligência educativa <sup>(11)</sup>.

A elaboração da história clínica em moldes clássicos, quer na versão de relatório escrito, quer na de exposição oral (vulgo prova de «caras» na gíria antiga dos Hospitais Cívicos de Lisboa), constitui uma modalidade ímpar de treino clínico, sendo fundamental para o desempenho profissional futuro, pois permite a abordagem global de cada caso – problema; por outro lado, dá resposta a grande número de objectivos educativos no âmbito da formação do interno <sup>(4, 12-14)</sup>.

As tendências manifestadas pelos internos através dos exemplos relatados, correspondendo a aparentes desvios da metodologia clássica de abordagem de casos clínicos são decorrentes duma experiência pessoal e institucional, não devendo ser consideradas, por isso, representativas, do panorama nacional.

Poderão ser apontadas várias explicações para as mesmas. Em primeiro lugar, o desenvolvimento da tecno-

logia que, pelo rigoroso manancial de informação proporcionada em tempo real, leva à tentação de o clínico subestimar a semiologia clássica, condicionando menor investimento na metodologia do «crescendo» a que atrás me referi. Fala-se hoje, inclusivamente, numa cultura da tecnologia pela tecnologia, para utilizar a terminologia de Kelly o qual afirma que a tecnologia tomou conta da cultura <sup>(15)</sup>. Mesmo que se invoque o enorme potencial dos exames complementares como meio de prevenir a chamada má-prática clínica por omissão de determinadas atitudes no acto médico, neste campo os formadores têm uma grande responsabilidade no sentido de educarem os seus estagiários a raciocinar em termos de custo-eficácia e a estabelecer prioridades quanto aos exames complementares a solicitar, sempre em obediência à anamnese, ao exame objectivo e às hipóteses de diagnóstico formuladas, numa atitude permanente de humanização. Aliás, esta noção de necessidade de procedimento metódico e correcto, com uma boa relação custo-eficácia, está implícita numa frase de Oski, traduzindo o grande saber, o bom senso, a ironia e o espírito crítico que caracterizavam este mestre: «*Before ordering a test, decide what you will do if it is positive or negative. If both answers are the same, don't do the test*» <sup>(16)</sup>.

Outras explicações estarão relacionadas com a deficiente preparação durante o período de ensino pré-graduado e com a abolição da clássica prova clínica (quer na versão de relatório escrito, quer na versão de desempenho «ao vivo» com exposição oral perante o júri) da maioria dos concursos da carreira hospitalar. Tais provas constituíam, de facto, um forte estímulo, quer para os formadores, quer para os estagiários, e permitiam, por outro lado, uma selecção mais rigorosa de competências e de vocações.

Entre várias estratégias de abordagem e registo de dados de casos clínicos, o nosso grupo tem investido, no quotidiano do treino clínico dos internos, numa modalidade baseada na orientação por problemas, conhecida pela sigla SOAP com o seguinte significado.

S = subjectivo (registo de sinais, sintomas, ocorrências, eventos);

O = objectivo (registo de dados objectivos comprovados através do exame físico ou de exames complementares realizados com justificação);

A = avaliação (registo dos dados disponíveis com interpretação – por ex. esplenomegalia porquê?; anemia porquê?, sopro cardíaco porquê?)

P = plano (registo do plano de actuação incluindo neste conceito não só a terapêutica e esquema nutricional, como os cuidados a prestar em geral e eventuais novos exames complementares, sempre em função dos dados disponíveis, da lista de problemas e da actualização do diagnóstico <sup>(17-19)</sup>).

Esta estratégia, de acordo com a nossa experiência, tem diversas vantagens como sejam: obedece ao princípio do crescendo atrás referido, contribui para a prática do raciocínio clínico, cria hábitos de registo mais rigorosos, facilitando o processo de comunicação e as tarefas do interno, quer nas apresentações em reuniões de discussão de casos, quer na visita clínica.

Os conceitos explanados, facilitando a aquisição de competência clínica, baseiam-se nos princípios fundamentais da antiquíssima tradição Hipocrática, os quais podem ser sintetizados nas seguintes palavras-chave:

<i>Competência clínica</i>	<i>Pressupostos/ Condições indispensáveis</i>
Colheita da história clínica	Formação básica/ Aquisição de conhecimentos
Exame físico/observação	Treino/Aquisição de aptidões
Diagnóstico	Lógica indutiva
Actuação/tratamento	Aquisição de atitudes
Prognóstico	Experiência

Lá diz o ditado: «Oíço e esqueço; vejo e lembro-me; faço e compreendo». <sup>(13)</sup>

Em suma, se no quotidiano da enfermaria ou ambulatório, junto dos internos, se investir na abordagem correcta dos casos clínicos, estar-se-á a contribuir para a formação de pediatras competentes, o que se traduzirá num serviço, a prestar à comunidade de melhor qualidade e mais humanizado.

## Bibliografia

1. Romeiro V: Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1960: 1-11.
2. Bailey H: Demonstrations of Physical Signs in Clinical Surgery. Bristol: John Wright & Sons Ltd., 1960: 1-3.
3. Amiel-Tison C. Clinical Neurology in neonatal units. *Croatian Med J* 1998; 39: 136-46.
4. Goldbloom RB: Pediatric Clinical Skills. New York: Churchill Livingstone, 1999: 38-42.
5. Swyer PR: The Intensive Care of the Newly Born – Physiological Principles and Practice. Basel: S Karger, 1975: 51-4.
6. Comissão Nacional de Saúde Infantil: Cuidados de Saúde às Crianças e Jovens. Lisboa: Ministério da Saúde, 1993: 21-35.
7. UEMS: Training for specialists in Pediatrics. Basis for discussion by the European Pediatric Board. Brussels, 1996.
8. Crespo M: La formación de especialistas en Pediatría. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 13-7.
9. Gomes-Pedro J: Educação Médica Pediátrica. *Acta Pediatr Port* 1995; 26: 333-8.
10. Ballabriga A: Pediatric education for specialists. In Canosa CA, Vaughan VC III, Lue HC, eds – Changing Needs in Pediatric Education. New York: Raven Press, 1990; 20: 81-95.
11. Charney E: La formación de los pediatras para la asistencia primaria: la consideración después de dos años. *Pediatrics* (ed. esp.) 1995; 39: 75-7.
12. Galdó A, Cruz M: Exploración Clínica en Pediatría. Barcelona: Editorial JIMS, 1970: 1-20.
13. Gill D, O'Brien N: Paediatric Clinical Examination. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998: 1-25.
14. Hartline JV: Consultation, the art of conveying science and opinion. In: Pomerance JJ, Richardson CJ, eds. Neonatology for the Clinician. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1993: 37-46.
15. Kelly K: The third culture. *Science* 1998; 279: 992-3.
16. Oski FA: Commentary. The Year Book of Pediatrics – 1985. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc, 1985: 29.
17. Gordon IB: Office Medical Records. *Pediatr Clin North Am* 1981; 28: 565-83.
18. Petrie JC, McIntyre N: The Problem Oriented Medical Record. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1979: 35-71.
19. Chou P, Miller L, Coppo C: Writing high-quality progress notes. In: Pomerance JJ, Richardson CJ, eds. Neonatology for the Clinician. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1993: 31-6.