

A organização do atendimento aos pacientes e os seus reflexos na eficácia do diagnóstico clínico

Silvio Santos Carvalhal¹

RESUMO

O autor recomenda a abordagem completa do paciente, primeiro pelo médico internista, que é o profissional melhor qualificado para fazer uma avaliação completa e equilibrada de todo o organismo. Fundamenta esta recomendação, fazendo um estudo comparado da eficácia do diagnóstico na elaboração dos diagnósticos clínicos, de 194 casos com diagnósticos aferidos pela necrópsia. Conclui o autor que a racionalização na organização do trabalho de atendimento dos pacientes deve obedecer à norma de proceder a um exame clínico completo, feito pelo clínico não especializado, mas experiente em Medicina Interna. Depois de convenientemente avaliados, é que os casos deveriam ser encaminhados às áreas específicas, em face da complexidade dos problemas e não apenas pelo acometimento deste ou aquele órgão ou aparelho.

Unitermos: diagnóstico clínico, médicos clínicos gerais, serviço hospitalar de admissão de pacientes.

INTRODUÇÃO

A especialização dos médicos subverteu, de modo geral, a organização do atendimento racional dos pacientes, comprometendo a avaliação do docente como um todo.

Parece razoável pensar que o médico mais indicado para proceder a uma avaliação equilibrada do organismo é o internista. Mais do que os especialistas, ele tem a tarefa de examinar o paciente inteiro e levantar todos os problemas diagnósticos para depois decidir quantos que estão no limite da sua competência e que exigem o concurso dos médicos especialistas para resolvê-los. Internistas e especialistas se completam, porque haverá casos que por sua complexidade, necessitarão de equipamento específico e competência maior do médico para melhor definir diagnósticos e mais adequadamente orientar condutas terapêuticas.

Um estudo realizado nos Departamentos de Clínica e de Anatomia Patológica do Hospital e Maternidade Celso Pierro, dá suporte a estas afirmações, existindo também bons trabalhos publicados^{1,2,3,4,5,6} demonstrando a base para a organização do trabalho.

METODOLOGIA

Cento e noventa e quatro pacientes que faleceram no Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) foram estudados clínica e necropsicamente. Além dos parâmetros usualmente considerados - sexo, idade, raça, aspectos clínicos e anatomopatológicos, foi considerada a procedência do cadáver de acordo com os vários serviços do hospital onde tinham sido examinados e tratados (Tabela 1).

(1) Professor Titular do Departamento de Clínica Médica e Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

Tabela 1. Pacientes procedentes de vários serviços do Hospital e Maternidade Celso Pierro

| Procedência | Nº de casos |
|-------------------------|-------------|
| Medicina Interna | 131 |
| CTI | 19 |
| Clínica Cirúrgica | 17 |
| Pediatria | 16 |
| Especialidades Clínicas | 05 |
| Pronto Socorro | 04 |
| Psiquiatria | 02 |
| Total | 194 |

Conhecida a procedência dos cadáveres e de posse das observações clínicas e respectivos laudos das necrópsias, foi feito um levantamento dos diagnósticos anatomopatológicos agrupados os casos de acordo com a procedência (Tabela 2).

Tabela 2. Número de diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de acordo com a procedência dos cadáveres

| Procedência | Medicina Interna | Especialidades |
|-----------------------|------------------|----------------|
| Nº de casos | 131 | 63 |
| Diagnósticos Clínicos | 1181 | 504 |
| Média por caso | 9,0 | 8,0 |

Posteriormente foi realizado estudo comparado entre os diagnósticos clínicos, feitos nos pacientes, e os diagnósticos anatomopatológicos efetuados à necrópsia de acordo com a procedência dos cadáveres (Tabela 3).

Tabela 3. Confronto entre os diagnósticos ao exame clínico e à necrópsia segundo a procedência

| Procedência | Nº de casos | Nº diagnósticos à necrópsia | Diagnósticos clínicos | | | | | |
|------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------|------|------------|------|----------|------|
| | | | Corretos | | Incorretos | | Omitidos | |
| | | | nº | % | nº | % | nº | % |
| Medicina Interna | 131 | 1181 (90 por caso) | 492 | 41,6 | 219 | 18,5 | 470 | 39,7 |
| Especialidade | 63 | 504 (08 por caso) | 154 | 30,5 | 105 | 20,0 | 245 | 48,6 |

Neste confronto, a Tabela 3 discrimina a capacidade diagnóstica dos médicos considerando cada um dos grupos de pacientes segundo a procedência do cadáver. Em cada caso, os diagnósticos clínicos foram aferidos pelos achados necroscópicos e discriminados em três categorias:

a) *diagnósticos clínicos corretos*, quando o diagnóstico clínico foi confirmado pelo estudo necroscópico;

b) *diagnósticos clínicos errados*, quando a necrópsia não confirmou a hipótese clínica formulada;

c) *exame clínico* não revelou todos os diagnósticos achados à necrópsia.

Esses diagnósticos não mencionados na observação clínica constituíram a categoria de diagnósticos omitidos, isto é, diagnósticos não efetuados clinicamente.

DISCUSSÃO

Os resultados das tabelas permitem diferentes reflexões, contudo o que interessa são as inferências sobre a organização do atendimento e a eficácia dos diagnósticos. É preciso insistir que a necrópsia é o melhor método para aferição das hipóteses clínicas de diagnóstico.

De acordo com os números da Tabela 3, alguns aspectos merecem destaque. Quando o cadáver procede do Serviço de Medicina Interna, o percentual de diagnósticos clínicos corretos (41,6%) é significativamente mais elevado do que quando o paciente procede de áreas especializadas (30,5%).

Os erros de diagnósticos são mais frequentes quando a procedência é das especialidades (18,5% de

diagnósticos clínicos errados na área de medicina interna, para 20,0% nas especialidades). É também significativa a diferença de omissão de diagnósticos clínicos (diagnósticos não mencionados na observação clínica e achados à necrópsia). Trinta e nove em cada 100 diagnósticos à necrópsia não foram feitos nos pacientes da área de medicina interna enquanto que 48,6% de diagnósticos não foram feitos ao exame clínico nas áreas ou Serviços de especialidades. O maior número de diagnósticos errados ou omitidos dos Serviços de especialidades não foi no contingente de diagnósticos das áreas específicas das respectivas especialidades mas, quase sempre estavam representados por patologias que estão fora do campo específico do conhecimento dos respectivos especialistas. Esta "incompetência" não os incrimina, porque o especialista desenvolve competência aprofundada e maior acuidade diagnóstica exatamente naquelas doenças que constituem o seu campo de estudo e experiência.

De qualquer modo fica configurado um erro, mas que não deve ser imputável propriamente ao médico especializado mas, principalmente à organização do trabalho de atendimento do paciente.

Afinal, um especialista médico é um profissional especializado em áreas específicas do organismo, em aparelhos, em sistemas, em órgãos ou em doenças. Isto, necessariamente o obriga a se dedicar mais e, às vezes quase inteiramente, a essas áreas específicas. Em consequência, seria exigir muito, quase mesmo o impossível, que ele conhecesse todos os órgãos, aparelhos e sistemas com a mesma profundidade e experiência que conhece o seu campo específico de interesse.

A falha no atendimento *não está* no médico, mas sim na *organização do atendimento*. Cada doente deveria idealmente ter uma avaliação geral feita por um clínico, internista ou generalista experimentado. Quando algum problema diagnóstico ou terapêutico, ao cabo dessa avaliação geral, feita com probidade e consciência, e cuja solução superasse a sua competência, um bom internista "sentiria" o imperativo inadiável de convocar o especialista para resolver o problema.

Esta não é a realidade que definiria a relação do trabalho médico. Para cada caso este procedimento parece ser o mais sensato e honesto.

Se é difícil montar este esquema na atividade profissional para organizar o trabalho assistencial liberal, com grande benefício para os pacientes e para as Instituições, pelo menos, o hospital escola deveria fazê-lo nas suas enfermarias e ambulatórios. O modelo atual há que ser modificado.

Na maioria dos Serviços, após uma triagem rapidíssima o paciente vai diretamente para a especialidade. Os nossos dados comprovam isto. Os problemas de saúde e de assistência devem ser equacionados pela sua complexidade. O encaminhamento para solucioná-los vem posteriormente. Esta proposta é um bom esquema para ser tentado.

SUMMARY

The organization of patients attendance and the accuracy of clinical diagnosis

The author recommends a patient complete attendance, started by the clinician, who is the most qualified professional to do a complete evaluation of the whole organism. This recommendation is based on a study of 194 cases with diagnoses observed in post-mortem examination. Results showed the importance of the organization and rationalization of patients attendance to the efficiency and accuracy of the diagnosis. They also proved that the first examination of the patient by an experienced clinician is better than one realized by a specialist.

Keywords: *diagnosis clinical, physicians family, admitting department of hospital.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C., COUTO, M.L.A.H., SILVA, L.H.F., CARVALHAL, S.S. Correlação diagnóstica anátomo-clínica: aferição retrospectiva do diagnóstico clínico em necrópsias. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.23, p.285-291, 1989.
2. ANDERSON, R.E. Simposium: medical uncertainty and the autopsy. *Human Pathology*, Philadelphia, v.21, p.128-135, 1980.
3. _____. The autopsy as an instrument of quality assessment: classification of post mortem discrepancies. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Chicago, v.108, p.490-494, 1984.
4. BRITTON, E.R. Diagnostic erros discovered at autopsy. *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, v.196, p.203-210, 1974.
5. CAMERON, H.M., MACGOOGAN, E. A prospective study of 1152 Hospital Autopsies. I. Inaccuracies in death certification, *Journal of Pathology*, Chichester, v.133, p.273-283, 1981.

6. _____, _____. A prospective study of 1152 Hospital Autopsies. II. Analyses of inaccuracies on clinical diagnosis and their significance, *Journal of Pathology*, Chichester, v.133, p.285-300, 1981.

Recebido para publicação em 31 de maio de 1993 e aceito em 10 de fevereiro de 1995.