

# História clínica: notícia de uma morte, largamente exagerada?

João Sequeira

Com uma história clínica bem colhida, conseguem-se cerca de 90% dos diagnósticos.<sup>1-3</sup> Dela decorre a argumentação lógica subjacente ao diagnóstico diferencial, *a principal arma ofensiva do internista* (Osler). A qualidade da actividade assistencial em Medicina Interna é, por isso, indissociável da existência de um processo clínico exemplar.

Num estudo publicado neste número da revista, constatamos que, num Hospital Distrital como o de Évora,<sup>4</sup> o modelo clássico de história clínica se encontra em decadência, já só estando presente em 21% dos processos clínicos no ano de 2005. Esse valor baixa inclusivamente para 8,5% no ano seguinte. Embora a nota de entrada esteja presente em cerca de 95% dos casos nesses mesmos anos, os autores consideram insuficiente o número de histórias clínicas efectuadas, discutindo as consequências na deterioração da qualidade da assistência hospitalar.

Na boa velha tradição da Medicina Interna, a história clínica assumiu desde sempre papel preponderante. Quem não se lembra da veemência no ensino da anamnese e semiologia por parte de grandes mestres da Medicina portuguesa como Carlos George, Ducla Soares, Nápoles Sarmento ou Nogueira da Costa, entre muitos outros brilhantes clínicos da época?

Desde a década de 80 que assistimos à diminuição do número de médicos nas enfermarias, ao peso crescente do serviço de Urgência na especialidade de Medicina Interna, e mais recentemente à necessidade de redução de custos nos orçamentos hospitalares. O tempo disponível do clínico para os seus doentes na enfermaria tornou-se um bem ainda mais precioso. Estes são os tempos das administrações hospitalares que exigem aos clínicos uma disponibilidade cada vez menor para os seus doentes (consultas de 10 em 10 minutos; máximos diários de 20 minutos no tempo de enfermaria por doente). Um sacrifício exigido pela batalha da produtividade num país empobrecido. Com a informatização do processo clínico, o médico tem sido aliciado para se virar mais para o monitor do computador, e menos para o doente. Nalguns casos, a presença do monitor obriga mesmo o médico a conduzir a anamnese com as costas voltadas para quem deveria ser o centro da sua atenção.

Sendo o doente um dos professores de excelência do internista (por que lhe ensina constantemente que

existem doentes e não doenças), verificamos que o desaparecimento progressivo da história clínica dos processos clínicos hospitalares se tem tornado numa das principais ameaças à qualidade em Medicina Interna.

Haverá alguma maneira de sobrevivermos a este regime de *fast-food*, que tem vindo lentamente a ser imposto aos internistas?

A adaptação de velhas metodologias como o raciocínio diagnóstico orientado por problemas,<sup>5</sup> a utilização de notas de entrada, não tão extensas como antigamente, mas de conteúdo analítico porventura mais profundo, a planificação cuidada e fundamentada da utilização dos meios auxiliares de diagnóstico ou ainda a reabilitação da epicrise semanal, poderão transformar-se nos substitutos modernos da velhinha história clínica.

Mas que lugar estará reservado para o ensino clássico da anamnese e semiologia numa especialidade que cada vez mais exige cursos, comunicações, publicações, mestrados e doutoramentos? Dizia Graham Hughes nas suas conferências: “*O que é que este doente nos ensina?*”. Será que, nestes tempos conturbados em que vivemos, nos tornámos mais cegos e surdos aos seus ensinamentos?

O médico internista será sempre um peixe de águas profundas. Cabe-lhe a ele a exigente missão de resistir à pressão que todos os dias o empurra para águas mais superficiais. Águas essas, onde até vivem muito comodamente alguns peixinhos de água doce, mais entusiasmados e deslumbrados com protocolos e *guidelines* do que com histórias clínicas elegantes e bem colhidas. ■

## Bibliografia

1. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. “Relative contribution of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients”. *British Medical Journal*, 1975;2:486-489.
2. Peterson MC, Holbrook JH, Hales D, Smith NL, Staker LV. “Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis”. *West J Med*, 1992;156:163-165.
3. Aspiazu MB, Rodriguez MAM, Azcuy OH, Noa JAS. “Percepción del valor diagnóstico de la anamnesis, el examen físico e los análisis complementarios por internos de Medicina”. *Rev Cubana Med Milit* 2003;32(2):103-107.
4. Barata C, Azevedo F. “Qualidade do processo clínico – Estudo comparativo 2004-2005”. *Medicina Interna*, 2011;18(1):04-9.
5. McIntyre N. “The problem oriented medical record”. *British Medical Journal*, 1973, 2: 598-600