

1

A prática da medicina

Os organizadores

O MÉDICO NO SÉCULO XXI

Não se pode conferir a um ser humano nenhuma oportunidade, nenhuma responsabilidade ou obrigação maior do que a de tornar-se médico. Ao cuidar de pessoas que sofrem, [o médico] precisa ter habilidade técnica, conhecimento científico e compreensão humana... Tato, solidariedade e compreensão são o que se espera de um médico, pois o paciente não é uma mera coletânea de sinais, sintomas, funções desordenadas, órgãos lesionados e emoções perturbadas. [O paciente] é humano, tem medos e esperanças, busca alívio, ajuda e tranquilização.

—Harrison's Principles of Internal Medicine, 1950

A prática da medicina mudou de maneira significativa desde que surgiu a primeira edição deste livro há mais de 60 anos. O advento da genética molecular, biologia molecular e de sistemas e fisiopatologia molecular, novas técnicas sofisticadas de obtenção de imagem e avanços na bioinformática e na tecnologia da informação contribuíram para uma explosão de informações científicas que mudaram fundamentalmente a maneira como os médicos definem, diagnosticam, tratam e tentam prevenir uma doença. Esse crescimento do conhecimento científico é contínuo e está acelerando.

O uso disseminado de prontuários eletrônicos e da internet alteraram a maneira como os médicos praticam a medicina e trocam informações (Fig. 1.1). Como os médicos de hoje lutam para integrar quantidades grandes de conhecimento científico à prática cotidiana, é crucialmente importante que eles se lembrem de duas coisas: primeiro, que a meta final da medicina é evitar a doença e tratar os pacientes; e segundo, que, apesar de mais de 60 anos de avanços científicos desde a primeira edição deste livro, o cultivo da relação íntima entre o médico e o paciente ainda reside no coração do cuidado bem-sucedido do paciente.

A CIÊNCIA E A ARTE DA MEDICINA

O raciocínio dedutivo e a tecnologia aplicada formam a base para a solução de muitos problemas clínicos. Avanços espetaculares na bioquímica, na biologia celular e na genômica, juntamente com técnicas de obtenção de imagem recém-desenvolvidas, possibilitam acesso às partes mais internas da célula e propiciam uma janela para os locais mais remotos do corpo. Revelações sobre a natureza dos genes e as células isoladas abriram as portas para a formulação de uma nova base molecular para a fisiologia dos sistemas. Cada vez mais, os médicos estão aprendendo de que maneira mudanças sutis em muitos genes diferentes podem afetar a função das células e dos organismos. Os pesquisadores estão decifrando os complexos mecanismos pelos quais os genes são regulados. Os médicos desenvolveram uma nova análise do papel das células-tronco na função tecidual normal, no desenvolvimento do câncer, da doença degenerativa e de outros distúrbios e no tratamento de determinadas doenças. Áreas de pesquisa inteiramente novas, como estudos do microbioma humano, tornaram-se importantes na compreensão tanto da saúde como da doença. O conhecimento adquirido a partir da *ciência da medicina* continua melhorando a compreensão pelos médicos dos complexos processos de doença e fornece novas abordagens para o tratamento e a prevenção. Todavia, a capacidade de aplicação da tecnologia laboratorial mais sofisticada e de uso da modalidade terapêutica mais moderna não faz um bom médico.

Quando um paciente apresenta problemas clínicos desafiadores, o médico eficaz deve saber reconhecer os elementos cruciais de uma anamnese e exame físico complexos, solicitar exames laboratoriais, de imagem e diagnósticos adequados e extrair os resultados relevantes da extensa lista de dados das telas do computador, a fim de fundamentar sua decisão de tratar ou “observar”. À medida que o número de exames aumenta, o mesmo ocorre com a probabilidade de algum achado incidental, completamente diverso do problema clínico existente, ser descoberto. Definir quando um indício clínico deve ser mais bem investigado ou descartado como uma “pista falsa” e ponderar se um exame, medida preventiva ou tratamento proposto acarreta riscos maiores do que a própria doença são avaliações essenciais que um médico habilidoso precisa realizar várias

vezes ao dia. Essa combinação de conhecimento clínico, intuição, experiência e discernimento define a *arte da medicina*, que é tão necessária à prática médica quanto uma base científica sólida.

HABILIDADES CLÍNICAS

Anamnese A história escrita de uma doença deve incluir todos os fatos da vida do paciente que tiverem importância clínica. Os eventos recentes devem receber mais atenção. Em algum momento do início da entrevista, o paciente deve ter a oportunidade de relatar a sua própria história da doença, sem interrupções frequentes, e, quando for conveniente, receber do médico expressões de interesse, incentivo e empatia. Qualquer fato a que o paciente se refira, por mais trivial ou aparentemente irrelevante que pareça, pode ser a chave da resolução do problema clínico. Em geral, somente os pacientes que se sentem à vontade com o médico fornecerão informações completas; portanto, fazer o paciente sentir-se o mais à vontade possível contribui substancialmente para a obtenção de uma história adequada.

Uma anamnese informativa é mais do que uma lista ordenada de sintomas. Ao ouvir os pacientes e perceber a maneira como descrevem seus sintomas, os médicos obtêm ideias valiosas. As inflexões da voz, a expressão facial, os gestos e atitudes (i.e., a “linguagem corporal”) podem revelar indícios importantes sobre a percepção dos pacientes acerca de seus sintomas. Como os pacientes variam em sua compreensão médica e sua capacidade de recordar fatos, a história clínica relatada deve ser confirmada sempre que possível. A história social também pode fornecer indícios importantes acerca dos tipos de doença que devem ser levados em consideração. A história familiar não apenas identifica distúrbios mendelianos raros em uma família, como também revela, com frequência, fatores de risco para distúrbios comuns, tais como doença cardíaca coronariana, hipertensão e asma. Uma história familiar completa pode exigir a colaboração de vários familiares para assegurar completude e exatidão; uma vez registrada, ela pode ser imediatamente atualizada. O processo de obtenção da anamnese oferece a oportunidade de se observar o comportamento do paciente e de se detectarem aspectos que devem ser explorados em mais detalhes ao longo do exame físico.

O próprio ato de obter a anamnese proporciona ao médico uma oportunidade de estabelecer ou intensificar a ligação singular que forma a base ideal da relação médico-paciente. Esse processo ajuda o médico a desenvolver uma ideia sobre como o paciente vê sua doença, suas expectativas com relação aos médicos e ao sistema de assistência médica e as implicações sociais e financeiras da doença do paciente. Embora a situação atual do cuidado de saúde imponha restrições de tempo nas consultas dos pacientes, é importante não apressar a anamnese. Uma abordagem apressada pode levar os pacientes a acreditar que aquilo que estão relatando não é importante para o médico; desse modo, eles podem reter informações relevantes. O sigilo da relação médico-paciente não pode ser enfatizado em excesso.

Exame físico O objetivo do exame físico é identificar os sinais físicos da doença. A importância dessas indicações objetivas da doença é fortalecida quando elas confirmam uma alteração funcional ou estrutural já sugerida pela anamnese do paciente. Em alguns casos, porém, os sinais físicos podem ser a única evidência de uma doença.

O exame físico deve ser metódico e cuidadoso, levando em consideração o conforto e o pudor do paciente. Embora a atenção muitas vezes seja orientada pela anamnese para o órgão ou parte enferma do corpo, o exame físico de um novo paciente deve estender-se da cabeça aos pés, em uma busca objetiva por anormalidades. Se o exame físico não for sistemático e for realizado de maneira consistente de paciente em paciente, segmentos importantes podem ser inadvertidamente omitidos. Assim como acontece com os detalhes da anamnese, os resultados do exame físico devem ser registrados no momento em que forem detectados, não horas depois, quando estariam sujeitos a distorções provocadas por falhas de memória. A habilidade de estabelecer o diagnóstico físico é fruto da experiência, mas não é somente a técnica que determina o sucesso na detecção de sinais da doença. A identificação de algumas petéquias dispersas, de um sopro diastólico suave ou de uma pequena massa no abdome não é uma questão de olhos e ouvidos apurados ou dedos mais sensíveis, mas de ter a mente alerta a essas alterações. Como os sinais físicos podem sofrer alterações com o tempo, o exame físico deve ser repetido tantas vezes quantas a situação clínica exigir.

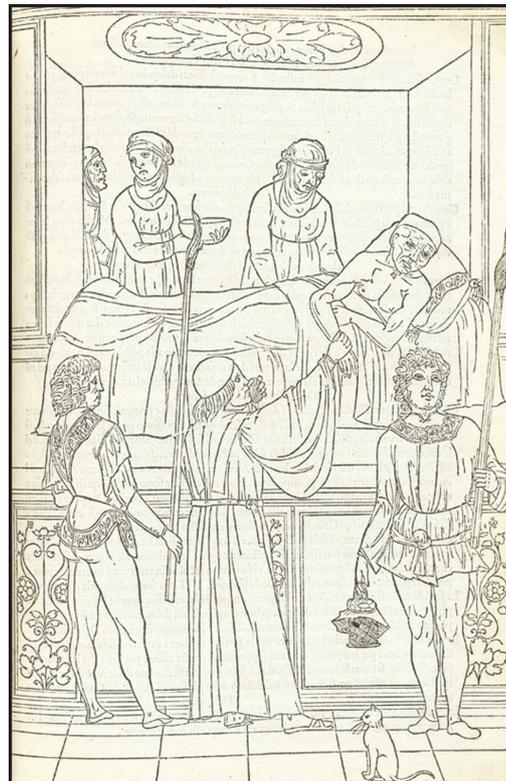
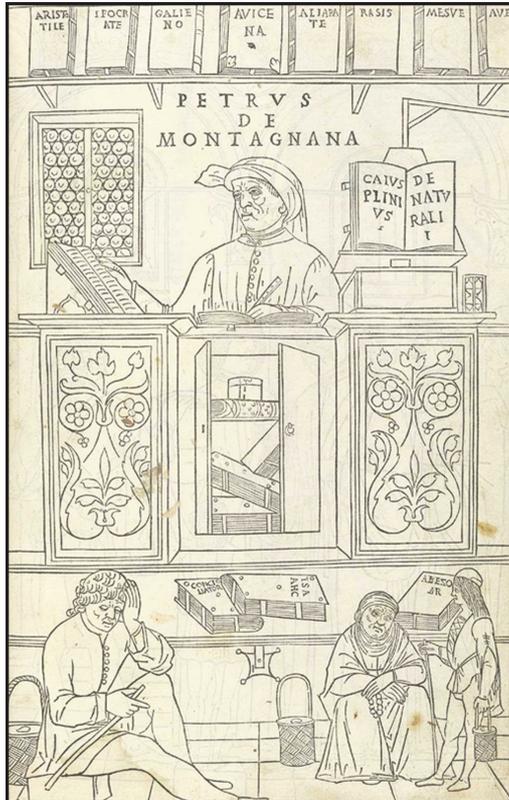


FIGURA 1.1 Xilogravuras do *Fasciculus Medicinae*, de Johannes de Ketham, o primeiro texto médico ilustrado já impresso, mostram métodos de acesso à informação e troca na prática médica durante o início da Renascença. Inicialmente publicado em 1491 para uso pelos estudantes e profissionais de medicina, *Fasciculus Medicinae* surgiu em seis edições durante os 25 anos seguintes. *Esquerda*: Petrus de Montagnana, um famoso médico e professor da University of Padua e autor de uma antologia de estudos instrutivos, consulta textos médicos que datam da Antiguidade até o início da Renascença. *Direita*: um paciente com peste é atendido por um médico e seus assistentes. (Cortesia, U.S. National Library of Medicine.)

Como atualmente há disponíveis exames diagnósticos altamente sensíveis (em especial as técnicas de obtenção de imagem), pode ser tentador colocar menos ênfase no exame físico. Na verdade, muitos pacientes são atendidos pelo médico após uma série de exames diagnósticos já ter sido realizada e depois que os resultados já são conhecidos. Esse fato não pode impedir o médico de fazer um exame físico completo, pois há achados clínicos importantes que podem ter escapado da detecção por exames diagnósticos anteriores. O ato de examinar (tocar) o paciente também oferece uma oportunidade para comunicação e pode ter efeitos confortadores que alimentam a relação médico-paciente.

Exames diagnósticos Os médicos são cada vez mais dependentes de uma ampla variedade de exames laboratoriais para resolver problemas clínicos. Entretanto, o acúmulo de dados laboratoriais não exime o médico das responsabilidades de observar, examinar e estudar cuidadosamente seu paciente. Além disso, é essencial avaliar as limitações dos exames diagnósticos. Em virtude da sua natureza impessoal, da sua complexidade e de sua aparente precisão, os exames laboratoriais costumam adquirir autoridade, independentemente da sua falibilidade, dos instrumentos utilizados e das pessoas que os realizam ou interpretam. Os médicos devem ponderar os custos que os procedimentos laboratoriais envolvem, em comparação com o valor das informações que esses procedimentos poderão obter.

Raramente se solicita apenas um exame laboratorial. Em vez disso, os médicos costumam solicitar “baterias” de exames, os quais são, com frequência, comprovadamente úteis. Por exemplo, as anormalidades da função hepática podem fornecer uma pista para sintomas inespecíficos, como fraqueza generalizada e fadiga fácil, sugerindo o diagnóstico de uma doença hepática crônica. Às vezes, uma única anormalidade, como um nível sérico de cálcio elevado, indica determinada doença, como hiperparatireoidismo ou câncer oculto.

O uso criterioso dos exames de rastreamento (p. ex., medição do colesterol da lipoproteína de baixa densidade) pode ser bastante útil. Um conjunto de valores laboratoriais pode ser obtido de maneira conveniente em

uma única amostra a custo relativamente baixo. Testes de rastreamento são mais informativos quando são direcionados para doenças ou distúrbios comuns e quando seus resultados indicam se outros exames ou intervenções úteis – mas frequentemente caros – são necessários. De um lado, os exames bioquímicos combinados com determinações laboratoriais simples, como hemograma, exame da urina e velocidade de hemossedimentação, com frequência oferecem indícios importantes acerca da existência de um processo patológico. Por outro lado, o médico deve aprender a avaliar anormalidades ocasionais detectadas por exames de rastreamento que nem sempre significam uma doença importante. A investigação aprofundada após a detecção de uma anormalidade laboratorial isolada em um paciente que está bem quanto aos demais aspectos quase sempre é inútil e improdutiva. Pelo fato de muitos exames serem realizados rotineiramente como rastreamento, não seria incomum se um ou dois deles apresentassem ligeiras alterações. No entanto, mesmo se não houver nenhuma razão para suspeitar de uma doença subjacente, os exames que produzem resultados anormais comumente são repetidos para descartar erro do laboratório. Se uma anormalidade é confirmada, é importante considerar seu significado potencial no contexto do estado do paciente e dos demais resultados laboratoriais.

O desenvolvimento de exames de imagem tecnicamente melhorados com maior sensibilidade e especificidade prossegue aceleradamente. Esses exames fornecem informações anatômicas notavelmente detalhadas que podem ser cruciais na tomada de decisão clínica. A ultrassonografia, as cintilografias com uma variedade de isótopos, a tomografia computadorizada (TC), a ressonância magnética (RM) e a tomografia por emissão de pósitrons superaram as técnicas mais antigas e invasivas e abriram novas perspectivas de diagnóstico. Sabendo-se da capacidade e da rapidez com que os exames de imagem podem conduzir a um diagnóstico, é tentador solicitar uma série deles. Todos os médicos tiveram experiências em que os exames radiológicos revelaram achados que levaram a um diagnóstico inesperado. Não obstante, os pacientes precisam submeter-se a cada um desses exames, e o custo adicional de exames desnecessários é considerável. Além disso, a pesquisa de um achado anormal inesperado pode ser associada a risco e/ou

gasto e pode levar ao diagnóstico de um problema irrelevante ou incidental. O médico hábil deve aprender a utilizar esses instrumentos poderosos de diagnóstico de maneira criteriosa, sempre considerando se os resultados modificarão o tratamento e beneficiarão o paciente.

PRINCÍPIOS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Medicina baseada em evidências A *medicina baseada em evidências* refere-se à tomada de decisões clínicas que são formalmente sustentadas por dados, de preferência oriundos de experimentos clínicos prospectivamente projetados, randomizados e controlados. Essa abordagem contrasta de maneira drástica com a experiência pessoal isolada, que, frequentemente, é tendenciosa. A menos que se tenha em mente a importância de se usarem estudos maiores e mais objetivos para a tomada de decisões, mesmo os médicos mais experientes podem ser influenciados, de maneira exagerada, por experiências recentes com pacientes selecionados. A medicina baseada em evidências tornou-se uma parte cada vez mais importante da prática rotineira da medicina e tem levado à publicação de inúmeras diretrizes clínicas.

Diretrizes clínicas Muitas organizações profissionais e órgãos governamentais desenvolveram diretrizes formais para a prática clínica para ajudar os médicos e outros profissionais de saúde a tomarem decisões diagnósticas e terapêuticas que sejam baseadas em evidências, tenham boa relação custo-benefício e sejam mais apropriadas para um paciente e para uma situação clínica em particular. À medida que o conjunto de evidências da medicina aumenta, as diretrizes podem constituir uma estrutura útil para o tratamento dos pacientes que apresentam determinados diagnósticos ou sintomas. As diretrizes clínicas podem proteger os pacientes – principalmente os que não têm acesso adequado aos serviços de saúde –, evitando que recebam uma assistência abaixo dos padrões ideais. Essas diretrizes também podem proteger os profissionais conscientes de acusações indevidas de erro médico e podem proteger a sociedade dos custos excessivos associados ao uso abusivo dos recursos médicos. Entretanto, há limitações associadas às diretrizes clínicas, pois elas tendem a simplificar excessivamente as complexidades da medicina. Além disso, grupos com perspectivas diferentes podem desenvolver recomendações divergentes sobre questões tão básicas quanto a necessidade de rastreamento de mulheres na faixa dos 40 anos de idade com uso de mamografia ou dos homens com mais de 50 por exame do antígeno prostático específico (PSA). Por fim, as diretrizes, como implica o termo, não levam em conta – e não se espera que o façam –, as especificidades de cada pessoa e da sua doença. O desafio para o médico é incorporar à sua prática clínica as recomendações úteis oferecidas por especialistas, sem aceitá-las às cegas ou ficar excessivamente constringido por elas.

Tomada de decisão clínica A tomada de decisão clínica é uma responsabilidade importante do médico e ocorre em cada estágio do processo de diagnóstico e tratamento. O processo de tomada de decisão envolve a solicitação de exames adicionais, solicitações de consultas e decisões sobre o tratamento e as previsões relativas ao prognóstico. Esse processo requer conhecimentos profundos da fisiopatologia e da história natural das doenças. Conforme descrito anteriormente, a tomada de decisão clínica deve basear-se em evidências, de modo que os pacientes alcancem o benefício pleno do conhecimento científico. A formulação do diagnóstico diferencial requer não apenas conhecimento amplo, mas também a capacidade de avaliar as probabilidades relativas das diversas doenças. A aplicação do método científico, incluindo a formação de hipótese e a coleta de dados, é essencial no processo de aceitação ou rejeição de um determinado diagnóstico. A análise do diagnóstico diferencial é um processo iterativo. À medida que novas informações ou resultados laboratoriais são obtidos, o grupo dos processos de doenças que devem ser considerados pode ser reduzido ou ampliado de maneira apropriada.

A despeito da importância da medicina baseada em evidências, boa parte da tomada de decisões médicas baseia-se em um bom discernimento clínico, um atributo difícil de ser quantificado ou mesmo avaliado em termos qualitativos. Os médicos devem recorrer ao seu conhecimento e à sua experiência para ponderar os fatores conhecidos juntamente com as incertezas inevitáveis e a necessidade de usar um julgamento fundamentado; essa síntese da informação é particularmente importante quando não há bases de evidências disponíveis. Diversos instrumentos quan-

titativos podem ser valiosos para a síntese das informações disponíveis, como exames de diagnóstico, o teorema de Bayes e os modelos estatísticos multivariados. Os *exames diagnósticos* servem para reduzir a incerteza em torno de um diagnóstico ou prognóstico em um dado indivíduo e ajudam o médico a decidir o melhor tratamento para a doença em questão. A bateria de exames diagnósticos complementa a anamnese e o exame físico. A precisão de um determinado exame é averiguada determinando-se a sua sensibilidade (taxa de verdadeiro-positivos) e a sua especificidade (taxa de verdadeiro-negativos), além do valor preditivo de um resultado positivo e negativo. O *teorema de Bayes* utiliza informações sobre a sensibilidade e a especificidade de um exame, bem como a probabilidade pré-exame de um diagnóstico, para definir matematicamente a probabilidade pós-exame do diagnóstico. Problemas clínicos mais complexos podem ser analisados por meio de *modelos estatísticos multivariados*, que geram informações altamente precisas até mesmo quando vários fatores estão atuando de maneira individual ou conjunta para afetar o risco de uma doença, sua evolução ou a resposta ao tratamento. Estudos que compararam o desempenho de modelos estatísticos com o desempenho de médicos experientes documentaram precisão equivalente, porém os modelos tendem a ser mais consistentes. Assim, os modelos estatísticos multivariados podem ser especialmente úteis para médicos menos experientes. **Ver o Capítulo 3 para uma discussão mais completa sobre a tomada de decisão em medicina clínica.**

Prontuários eletrônicos A confiança cada vez maior nos computadores e a força da tecnologia da informação atualmente desempenham um papel central na medicina. Os dados laboratoriais são obtidos quase universalmente por meio de computadores. Muitos centros médicos atuais dispõem de prontuários eletrônicos, prescrições computadorizadas e distribuição de medicamentos por código de barras. Alguns desses sistemas são interativos e enviam lembretes ou alertas de potenciais erros médicos.

Os prontuários eletrônicos oferecem acesso rápido à informação, que é de valor inestimável para a melhora da qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente, incluindo dados relevantes, informações históricas e clínicas, exames de imagem, resultados laboratoriais e registros de medicamentos. Esses dados podem ser usados para monitorar e reduzir variações desnecessárias no cuidado e para fornecer informações em tempo real sobre processos de cuidados e desfechos clínicos. O ideal é que os prontuários dos pacientes sejam facilmente transferidos para o sistema de cuidados de saúde. No entanto, as limitações e preocupações acerca da privacidade e do custo continuam limitando o amplo uso de prontuários eletrônicos em muitos ambientes clínicos.

Por mais valiosa que seja, a tecnologia da informação é meramente uma ferramenta e nunca pode substituir as decisões clínicas, que são mais bem tomadas pelo médico. O conhecimento clínico e a compreensão das necessidades do paciente, complementados por instrumentos quantitativos, ainda representam o melhor método de se tomar decisões na prática da medicina.

Avaliação de resultados Os médicos geralmente adotam parâmetros *objetivos* e facilmente mensuráveis para avaliar o resultado de uma intervenção terapêutica. Essas medidas podem simplificar demais a complexidade de uma condição clínica, pois os pacientes frequentemente apresentam um problema clínico maior no contexto de várias doenças de fundo complicadas. Por exemplo, um paciente pode apresentar dor torácica e isquemia cardíaca, mas com histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência renal. Por essa razão, as medidas de desfecho, como mortalidade, tempo de permanência no hospital ou taxas de readmissão, são geralmente ajustadas ao risco. Um ponto importante é que os pacientes geralmente buscam auxílio médico por motivos *subjetivos*; eles desejam obter alívio da dor, preservar ou recuperar uma função e desfrutar a vida. Os componentes do estado de saúde ou da qualidade de vida do paciente podem incluir conforto físico, capacidade de realizar atividades físicas, funções pessoais e profissionais, atividade sexual, função cognitiva e sensação geral de saúde. Cada uma dessas áreas importantes pode ser avaliada por entrevistas estruturadas ou questionários especialmente desenvolvidos. Essas avaliações fornecem parâmetros úteis pelos quais o médico pode aquilatar a compreensão subjetiva do paciente acerca de suas limitações e as respostas ao tratamento, sobretudo em enfermidades crônicas. A prática da medicina deve considerar e integrar os resultados objetivos e subjetivos.

Saúde e doença da mulher Embora estudos epidemiológicos e experimentos clínicos progressos tenham predominantemente focado os homens, estudos mais recentes incluíram mais mulheres, e alguns, como o Women's Health Initiative, abordaram exclusivamente as questões de saúde da mulher. Existem diferenças significativas entre os sexos nas doenças que afligem tanto homens como mulheres. Ainda há muito a aprender nessa área, e estudos em andamento devem aumentar a compreensão dos médicos sobre os mecanismos subjacentes a essas diferenças no curso e no desfecho de determinadas doenças. **Para uma discussão mais completa sobre a saúde da mulher, ver Capítulo 6e.**

Assistência ao paciente idoso A proporção relativa de indivíduos idosos nas populações de nações desenvolvidas tem crescido consideravelmente nas últimas décadas e continuará crescendo. A prática da medicina é bastante influenciada pelas necessidades de assistência médica dessa crescente população demográfica. O médico precisa compreender e avaliar o declínio da reserva fisiológica associado ao envelhecimento; as diferenças em doses adequadas; a depuração e as respostas aos medicamentos; a diminuição das respostas dos idosos às vacinações, como aquelas contra a gripe; as diferentes manifestações de doenças comuns entre os idosos; e os distúrbios que comumente ocorrem com o envelhecimento, como depressão, demência, fragilidade, incontinência urinária e fraturas. **Para uma discussão mais completa sobre os cuidados médicos para idosos, ver Capítulo 11 e Parte 5, Capítulos 93e e 94e.**

Erros na prestação de cuidados de saúde Um relatório do Institute of Medicine de 1999 propôs uma meta ambiciosa de reduzir as taxas de erro médico e aumentar a segurança dos pacientes com a criação e implementação de mudanças fundamentais nos sistemas de assistência médica. Reações medicamentosas adversas ocorrem em pelo menos 5% dos pacientes hospitalizados e a incidência aumenta com o uso de um grande número de fármacos. Seja qual for a situação clínica, é responsabilidade do médico empregar as medidas terapêuticas poderosas com sabedoria, ponderando sua ação benéfica, os perigos potenciais e o custo. Também é responsabilidade dos hospitais e das organizações de assistência médica criar sistemas que reduzam o risco e garantam a segurança dos pacientes. Erros de medicação podem ser reduzidos com o uso de sistemas de prescrição que dependam de processos eletrônicos ou, quando as opções eletrônicas não estiverem disponíveis, que eliminem a leitura errada da caligrafia. A implementação de sistemas de controle de infecções, a adoção de protocolos de lavagem das mãos e a supervisão cuidadosa do uso de antibióticos podem reduzir ao mínimo as complicações de infecções hospitalares. As taxas de infecções de linha central foram drasticamente reduzidas em muitos centros por meio da adesão cuidadosa de equipe treinada a protocolos para introdução e manutenção de linhas centrais. As taxas de infecção cirúrgica e a cirurgia em local errado podem ser da mesma maneira reduzidas pelo uso de protocolos padronizados e listas de verificação. Quedas dos pacientes podem ser minimizadas com o uso criterioso de sedativos e assistência adequada para transições do leito para a cadeira e do leito para o banheiro. Juntas, essas e outras medidas estão salvando milhares de vidas a cada ano.

O papel do médico no consentimento informado Os princípios fundamentais da ética médica requerem que os médicos atuem de acordo com o melhor interesse do paciente e respeitem a autonomia dele. Essas exigências são particularmente relevantes na questão do consentimento informado. Solicita-se que os pacientes assinem um formulário de consentimento para essencialmente qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico. A maioria dos pacientes tem conhecimento médico limitado e depende das recomendações de seus médicos. Por meio de comunicação clara e compreensível, os médicos devem discutir de maneira abrangente sobre as alternativas de cuidados e explicar os riscos, benefícios e consequências prováveis de cada alternativa. Em todos os casos, o médico é responsável por assegurar que o paciente compreenda completamente esses riscos e benefícios; incentivar a realização de perguntas é uma parte importante desse processo. Essa é a definição precisa de *consentimento informado*. Uma explicação completa, clara, e a discussão dos procedimentos e tratamento propostos podem diminuir bastante o medo do desconhecido que comumente acompanha a hospitalização. Uma comunicação excelente também pode ajudar a aliviar compreensões erradas em situações em que ocorrem complicações da intervenção. Frequentemente,

a compreensão pelo paciente é melhorada pela discussão repetida de questões de maneira não ameaçadora e solidária, com respostas às perguntas que ocorrem ao paciente à medida que elas surgem.

Deve-se ter um cuidado especial para assegurar que um médico que busca o consentimento informado do paciente não tenha um conflito de interesse real ou aparente envolvendo ganho pessoal.

Abordagem aos prognósticos sombrios e à morte Nenhuma circunstância é mais angustiante do que o diagnóstico de uma doença incurável, principalmente quando a morte prematura for inevitável. O que deve ser dito ao paciente e a seus familiares? Que medidas devem ser tomadas para se manter a vida? O que pode ser feito para preservar a qualidade de vida?

A honestidade é absolutamente essencial em face de uma doença terminal. O paciente precisa ter a oportunidade de conversar com o médico e fazer perguntas. O médico sensato e perspicaz usa uma comunicação aberta como base para avaliar o que o paciente quer saber e quando ele deseja saber. Com base nas respostas do paciente, o médico pode avaliar o momento certo para partilhar informações. Finalmente, o paciente deve compreender o curso esperado da doença de maneira que se façam planos e preparações adequadas. O paciente deve participar da tomada de decisão com uma compreensão dos objetivos do tratamento (paliativo) e de seus prováveis efeitos. As crenças religiosas do paciente devem ser consideradas. Alguns pacientes podem achar mais fácil compartilhar seus sentimentos sobre morte com seu médico, que provavelmente é mais objetivo e menos emotivo do que os familiares.

O médico deve oferecer ou providenciar apoio emocional, físico e espiritual e ser compassivo, tranquilo e franco. Em muitos casos, há muito a ganhar com a tomada de medidas concretas. A dor deve ser adequadamente controlada, a dignidade humana deve ser preservada e o isolamento da família e dos amigos íntimos deve ser evitado. Esses aspectos da assistência tendem a ser menosprezados nos hospitais, nos quais a interferência dos aparelhos utilizados para sustentar a vida pode distrair as atenções que deveriam estar voltadas para o indivíduo como um todo e acabar concentrando as atenções na doença potencialmente fatal, em uma batalha que será perdida de qualquer modo. Diante de uma doença terminal, o objetivo da medicina deve passar de *curar* para *cuidar*; no sentido mais amplo do termo. *Primum succurrere*, primeiramente apressar-se para fornecer ajuda, é um princípio norteador. Quando estiver atendendo um paciente com doença terminal, o médico deve estar preparado para fornecer informações aos familiares e para lidar com o sofrimento deles e, às vezes, com o sentimento de culpa ou mesmo de raiva que eles têm. É importante que o médico tranquilize a família de que foi feito todo o possível. Um problema substancial nessa discussão é que o médico frequentemente não sabe como estimar o prognóstico. Além disso, vários membros da equipe de cuidados de saúde oferecem opiniões diferentes. A boa comunicação entre os prestadores é essencial para que informações consistentes sejam fornecidas para os pacientes. Isso é especialmente importante quando o próximo passo é incerto. O aconselhamento de especialistas em cuidados paliativos e terminais deve ser buscado sempre que necessário para assegurar que os médicos não estão fornecendo expectativas não realistas para os pacientes. **Para uma discussão mais completa sobre os cuidados terminais, ver Capítulo 10.**

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A importância da relação pessoal estreita entre médico e paciente deve ser enfatizada de maneira muito forte, pois, em um número extraordinariamente grande de casos, tanto o diagnóstico quanto o tratamento dependem diretamente dela. Uma das qualidades essenciais do médico é o interesse pelo ser humano, pois o segredo da assistência ao paciente está em assistir o paciente.

—Francis W. Peabody, 21 de outubro de 1925,
Palestra na Harvard Medical School

Os médicos jamais devem esquecer que os pacientes são seres humanos individuais com problemas que quase sempre transcendem suas queixas físicas. Os pacientes não são “casos” ou “admissões” ou “doenças”. Os pacientes não fazem os tratamentos falharem; os tratamentos falham em beneficiar os pacientes. Esse aspecto é particularmente importante nesta era de alta tecnologia na medicina clínica. A maioria dos pacientes é ansiosa e tem medos. Os médicos devem passar confiança e oferecer tranquilização, mas nunca devem ser arrogantes ou condescendentes.

Uma atitude profissional, aliada ao calor humano e à franqueza, pode fazer muito para aliviar a ansiedade e incentivar os pacientes a partilharem todos os aspectos de sua história clínica. Empatia e compaixão são as características essenciais de um médico atencioso. O médico precisa considerar a situação em que a doença ocorre – em termos não apenas do paciente em si, mas também de seus ambientes familiar, social e cultural. A relação médico-paciente ideal baseia-se no conhecimento completo do paciente, na confiança mútua e na capacidade de comunicação.

Dicotomia da medicina interna na internação e no ambiente ambulatorial

O ambiente hospitalar mudou radicalmente nas últimas décadas. Os setores de emergência e as unidades de cuidados intensivos desenvolveram-se para identificar e tratar os pacientes criticamente doentes, possibilitando a eles sobreviver a doenças antigamente fatais. Ao mesmo tempo, há uma pressão crescente para se reduzir o tempo de estada no hospital e tratar distúrbios complexos em ambulatório. Essa transição foi conduzida não apenas pelos esforços para reduzir os custos, mas também pela disponibilidade de novas tecnologias no ambulatório, como obtenção de imagem e cateteres percutâneos para infusão de antibióticos ou para nutrição de longo prazo, procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos e evidências de que os resultados frequentemente melhoram quando se minimiza a hospitalização do paciente internado.

Nessas circunstâncias, duas questões importantes surgem à medida que os médicos lidam com as complexidades da prestação de cuidados para os pacientes hospitalizados. Por um lado, profissionais de saúde altamente especializados são essenciais para a prestação de cuidados agudos ideais no hospital; por outro lado, esses profissionais – com seu treinamento, habilidades, responsabilidades, experiências, linguagens e “culturas” distintas – precisam trabalhar em equipe.

Além dos leitos clínicos tradicionais, os hospitais atualmente consistem em múltiplos níveis distintos de cuidado, como setor de emergência, salas de procedimentos, unidades de observação noturna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados paliativos. Uma consequência dessa diferenciação foi o surgimento de novas tendências, como especialidades (p. ex., medicina de emergência e cuidados terminais) e a prestação de cuidados dentro do hospital por hospitalistas e intensivistas. A maior parte dos *hospitalistas* é de clínicos gerais certificados nas sociedades, que têm a responsabilidade primária pelo cuidado de pacientes hospitalizados e cujo trabalho é inteiramente limitado ao ambiente hospitalar. A permanência encurtada no hospital que agora é padrão significa que a maioria dos pacientes recebe apenas cuidados agudos enquanto hospitalizados; o aumento das complexidades da medicina do paciente internado torna a presença de um clínico geral com treinamento, habilidades e experiência específicos no ambiente do hospital extremamente benéfica. *Intensivistas* são médicos formados que também são certificados em cuidados intensivos e que direcionam e fornecem cuidados para os pacientes muito doentes em unidades de cuidados intensivos. Claramente, um desafio importante na medicina interna atualmente é, então, assegurar a continuidade do fluxo da comunicação e da informação entre um médico de cuidados primários de um paciente e esses médicos que são responsáveis pelos cuidados do paciente no hospital. Manter esses canais de comunicação é frequentemente complicado pelas “transferências” do paciente – ou seja, do ambiente ambulatorial para o ambiente de internação, da unidade de cuidados intensivos para o andar de medicina geral e do hospital para o ambulatório. O envolvimento de muitos prestadores de cuidados, juntamente com essas transições, pode ameaçar a tradicional relação entre paciente e médico de cuidados primários. Evidentemente, os pacientes podem beneficiar-se bastante da colaboração efetiva entre alguns profissionais de saúde; contudo *é dever do médico principal ou primário (o que fez o primeiro atendimento) do paciente fornecer orientação coesa durante uma doença*. Para vencer esse desafio, o médico primário tem de estar familiarizado com as técnicas, as habilidades e os objetivos dos médicos especialistas e profissionais de saúde associados que cuidam dos pacientes no hospital. Além disso, os médicos de cuidados primários devem assegurar que seus pacientes irão beneficiar-se dos avanços científicos e da *expertise* de especialistas quando eles são necessários dentro e fora do hospital. Os médicos de cuidados primários também podem explicar o papel desses especialistas a fim de tranquilizar os pacientes a respeito de eles estarem em mãos de médicos mais bem treinados para tratar uma doença aguda. No entanto, o médico de cuidados primários deve reter a responsabilidade

final de tomar decisões mais importantes sobre o diagnóstico e o tratamento e deve assegurar aos pacientes e às suas famílias que decisões estão sendo tomadas em consulta com esses especialistas por um médico que tem uma perspectiva global e completa do caso.

Um fator essencial na redução dos problemas associados a vários prestadores de cuidados é o compromisso com a equipe de trabalho profissional. Apesar da diversidade no treinamento, habilidades e responsabilidades entre os profissionais de saúde, valores comuns precisam ser reforçados caso o cuidado do paciente não seja adversamente afetado. Esse componente do cuidado médico eficaz é amplamente reconhecido, e várias escolas de medicina integraram um trabalho de equipe interprofissional em seu currículo. O conceito recente de “domicílio médico” incorpora cuidados primários oferecidos por uma equipe, incluindo cuidados especializados, em um ambiente coeso que assegura transições suaves e de maneira custo-efetiva.

Avaliação da experiência do paciente no hospital Para a maioria dos indivíduos, o hospital é um ambiente intimidador. Os pacientes hospitalizados veem-se cercados de jatos de ar, botões e luzes reluzentes; invadidos por tubos e fios; e importunados por inúmeros membros da equipe de assistência médica – hospitalistas, especialistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de médicos, assistentes sociais, tecnólogos, fisioterapeutas, estudantes de medicina, médicos-residentes, médicos de atendimento e consultores e muitos outros. Eles podem ser transportados para laboratórios especiais e locais para realização de exames de imagem em aparelhos que podem assustar, com luzes, sons estranhos e profissionais desconhecidos; podem ser deixados desacompanhados por algum tempo; podem ser obrigados a dividir o quarto com outros pacientes que já têm seus próprios problemas. Não é de se admirar que o senso de realidade de um paciente fique comprometido. Os médicos que avaliam a experiência no hospital a partir da perspectiva do paciente e fazem um esforço para desenvolver uma forte relação pessoal com ele, por meio da qual são capazes de orientá-lo durante essa experiência, podem transformar uma situação estressante em algo mais tolerável.

Tendências na prestação de assistência médica: um desafio para o médico humanitário

Muitas tendências na prestação de assistência médica conduzem a um cuidado clínico impessoal. Essas tendências, algumas já mencionadas, incluem (1) esforços vigorosos para reduzir os custos cada vez mais altos da assistência médica; (2) o número crescente de programas de assistência gerenciada, que têm a intenção de reduzir custos, mas nos quais o paciente pode ter poucas opções de escolher um médico ou consultar esse médico de maneira constante; (3) confiança crescente em avanços tecnológicos e informatização para muitos aspectos do diagnóstico e do tratamento; e (4) necessidade de inúmeros médicos envolvidos no cuidado da maioria dos pacientes que estão gravemente doentes.

Em virtude dessas mudanças no sistema de saúde, é um grande desafio para os médicos manter os aspectos *humanitários* da assistência médica. O American Board of Internal Medicine, trabalhando juntamente com o American College of Physicians – American Society of Internal Medicine e European Federation of Internal Medicine, publicou uma *Carta sobre o Profissionalismo Médico* que ressalta três princípios muito importantes no contrato entre os médicos e a sociedade: (1) a primazia do bem-estar do paciente, (2) a autonomia do paciente, e (3) a justiça social. Embora as faculdades de medicina coloquem, de maneira adequada, ênfase substancial no profissionalismo, os atributos pessoais de um médico, como integridade, respeito e compaixão, também são extremamente importantes. A disponibilidade, a expressão da preocupação sincera, a vontade de dedicar um tempo para explicar todos os aspectos da doença e uma atitude sem julgamento ao lidar com pacientes cuja cultura, estilo de vida, atitudes e valores diferem daqueles do médico, são apenas algumas das características de um médico humanitário. Todo médico será, muitas vezes, desafiado pelos pacientes que evocam respostas emocionais fortemente negativas ou positivas. Os médicos devem estar alertas a suas próprias reações com esses pacientes e situações e devem monitorar e controlar de maneira conscienciosa seu comportamento, de modo que o maior interesse do paciente continue sendo a principal motivação para suas ações em todos os momentos.

Um aspecto importante do cuidado do paciente envolve uma avaliação da “qualidade de vida” do paciente, uma avaliação subjetiva do que cada paciente valoriza mais. Essa avaliação requer conhecimento detalhado, às vezes íntimo do paciente, o que, em geral, só pode ser obtido por meio de conversas ponderadas, sem pressa e frequentemente repetidas.

As pressões de tempo sempre ameaçam essas interações, mas não devem diminuir a importância da compreensão e da busca em atender as prioridades do paciente.

EXPANSÃO DAS FRONTEIRAS NA PRÁTICA MÉDICA

A era da “ômica”: genômica, epigenômica, proteômica, microbiômica, metagenômica, metabolômica, exposômica... Na primavera de 2003, anunciou-se a sequência completa do genoma humano, dando início oficialmente à era genômica. No entanto, mesmo antes dessa realização marcante, a prática da medicina estava evoluindo como resultado das ideias na área do genoma humano e dos genomas de ampla variedade de microrganismos. As implicações clínicas dessas ideias são ilustradas pelo sequenciamento completo do genoma do vírus *influenza* H1N1 em 2009 e a identificação rápida da gripe por H1N1 como uma doença pandêmica potencialmente fatal, com rápido desenvolvimento e disseminação de uma vacina protetora eficaz. Hoje, os perfis de expressão gênica estão sendo usados para orientar a terapia e informar o prognóstico para inúmeras doenças; o uso de genotipagem está fornecendo um novo meio de avaliação do risco de determinadas doenças, assim como variações na resposta a inúmeros fármacos; e os médicos estão começando a compreender melhor o papel de determinados genes na causalidade de determinadas condições comuns, tais como obesidade e alergias. Apesar desses avanços, o uso de genômica complexa no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças ainda está em seus estágios iniciais. A tarefa dos médicos é complicada pelo fato de que os fenótipos em geral são determinados não pelos genes isoladamente, mas pela interação de fatores genéticos e ambientais. Na verdade, os pesquisadores apenas começaram uma investigação superficial das potenciais aplicações da genômica na prática da medicina.

Também tem havido um rápido progresso em outras áreas da medicina molecular. A *epigenômica* é o estudo de alterações nas proteínas da cromatina e histona e metilação de sequências de DNA que influenciam a expressão gênica. Toda célula do corpo tem sequências idênticas de DNA; os fenótipos diversos que a célula de uma pessoa manifesta são resultado de regulação epigenética da expressão gênica. As alterações epigenéticas estão associadas a inúmeros cânceres e a outras doenças. A *proteômica*, o estudo de toda a biblioteca de proteínas feito em uma célula ou órgão e sua relação complexa com a doença, está aumentando o repertório dos 23 mil genes no genoma humano por meio de *splicing* alternativo, processamento pós-translacional e modificações pós-translacionais que frequentemente têm consequências funcionais exclusivas. A presença ou ausência de proteínas específicas na circulação ou em células está sendo explorada para fins de diagnóstico e rastreamento de doenças. A *microbiômica* é o estudo de microrganismos residentes em seres humanos e em outros mamíferos. O genoma haploide tem cerca de 20 mil genes, enquanto os microrganismos que residem sobre e no interior do corpo humano abrangem mais de 3-4 milhões de genes; as contribuições desses microrganismos residentes provavelmente são de grande importância para o estado de saúde. Na verdade, a pesquisa está demonstrando que os microrganismos que habitam a mucosa humana e as superfícies da pele desempenham um papel crucial na maturação do sistema imune, no equilíbrio metabólico e na suscetibilidade às doenças. Uma variedade de fatores ambientais, como o uso normal e excessivo de antibióticos, foi ligada experimentalmente a aumentos substanciais em distúrbios como obesidade, síndrome metabólica, aterosclerose e doenças imunomediadas tanto em adultos como em crianças. *Metagenômica*, da qual a *microbiômica* é uma parte, é o estudo do genoma de espécies ambientais que têm o potencial de influenciar a biologia humana direta ou indiretamente. Um exemplo é o estudo da exposição a microrganismos em ambientes de fazenda, o que poderia ser responsável pela menor incidência de asma entre crianças criadas em fazendas. A *metabolômica* é o estudo da gama de metabólitos nas células ou órgãos e das maneiras como são alterados em estados de doenças. O próprio processo de envelhecimento pode deixar pegadas metabólicas reveladoras que possibilitam a previsão (e possivelmente a prevenção) de disfunção e doença. É provável que os padrões associados à doença sejam procurados em lipídeos, carboidratos, membranas, mitocôndrias e outros componentes vitais das células e tecidos. Finalmente, a *exposômica* refere-se a esforços para catalogar e capturar exposições ambientais, como tabagismo, luz solar, dieta, exercícios, educação e violência, que, juntos, têm impacto enorme na saúde. Toda essa informação representa um desafio para a abordagem reducionista tradicional ao pensamento clínico.

A variabilidade dos resultados em diferentes pacientes, juntamente com o grande número de variáveis que podem ser avaliadas, cria dificuldades na identificação de doenças pré-clínicas e definição dos estados de doença de maneira inequívoca. Assim, as ferramentas da *biologia de sistemas* e *medicina de rede* estão sendo aplicadas às inúmeras informações agora obtidas de cada paciente e pode, em seguida, fornecer novas abordagens para classificar as doenças. **Para uma discussão mais completa sobre a abordagem sistêmica complexa a doenças humanas, ver Capítulo 87e.**

A rapidez desses avanços pode parecer devastadora para a prática do médico. Entretanto, os médicos têm papel importante a desempenhar para assegurar que essas poderosas tecnologias e fontes de novas informações sejam aplicadas com sensibilidade e inteligência ao paciente. Como a “ômica” é um campo de desenvolvimento muito rápido, os médicos e outros profissionais de saúde precisam continuar a estudar a fim de que possam aplicar esse novo conhecimento em benefício da saúde e do bem-estar de seus pacientes. O exame genético requer aconselhamento sensato baseado na compreensão do valor e das limitações dos exames, assim como nas implicações de seus resultados para indivíduos específicos. **Para uma discussão mais completa sobre o exame genético, ver Capítulo 84.**

A globalização da medicina Os médicos devem ser conhecedores das doenças e dos serviços de saúde que estão além de seu local de trabalho. As viagens internacionais têm implicações na disseminação de doenças, e não é incomum que doenças endêmicas em determinadas regiões sejam observadas em outras regiões após um paciente ter viajado para esses locais e retornado. Além disso, fatores como guerras, migração de refugiados e mudanças climáticas estão contribuindo para mudanças nos perfis das doenças no mundo. Os pacientes têm mais acesso a especialidades exclusivas ou experimentos clínicos em centros médicos distantes, e o custo da viagem pode ser compensado pela qualidade da assistência nesses locais. Assim como qualquer outro fator que influencia aspectos globais da medicina, a internet transformou a transferência de informações clínicas no mundo. Essa mudança vem acompanhada da transferência de habilidades tecnológicas por meio da telemedicina e de consultas internacionais – por exemplo, relativas a imagens radiológicas e amostras patológicas. **Para uma discussão completa sobre as questões mundiais, ver Capítulo 2.**

Medicina na internet De modo geral, a internet teve um efeito muito positivo na prática da medicina; por meio de computadores pessoais, uma ampla variedade de informações está disponível, quase instantaneamente, para médicos e pacientes, a qualquer momento e de qualquer lugar do mundo. Esse meio de comunicação abarca um enorme potencial para distribuição de informações atuais, diretrizes de prática, conferências sobre assuntos atualíssimos, conteúdos de periódicos, livros (incluindo este texto) e comunicações diretas com outros médicos e especialistas, expandindo a profundidade e a amplitude das informações disponíveis para o médico sobre o diagnóstico e cuidado dos pacientes. Os periódicos médicos atualmente estão acessíveis *online*, oferecendo fontes rápidas de novas informações. Ao trazê-los ao contato direto e oportuno com os últimos avanços em cuidados médicos, isso também serve para diminuir a ausência de informações que dificultava o trabalho de médicos e profissionais de saúde em áreas remotas.

Os pacientes também estão se voltando para a internet em número cada vez maior, a fim de adquirir informações sobre sua doença e terapias e para participar de grupos de apoio. Os pacientes frequentemente chegam para uma consulta com informações sofisticadas sobre suas doenças. Nesse aspecto, os médicos são desafiados de maneira positiva a se manterem atualizados sobre as últimas informações relevantes e a servirem como um “editor” para os pacientes quando esses navegam por essas fontes de informação aparentemente intermináveis, cuja acurácia e validade não são uniformes.

Um problema bastante importante é que quase tudo pode ser publicado na internet, o que facilita a fraude no processo de revisão por pares, processo essencial nas publicações acadêmicas. Tanto os médicos como os pacientes que entram na internet em busca de informações médicas devem estar cientes desse risco. Apesar dessa limitação, o uso apropriado da internet está revolucionando o acesso às informações pelos médicos e pacientes e, nesse aspecto, representa um recurso notável que não estava disponível para os profissionais da geração passada.

Expectativas do público e responsabilidade O nível de conhecimento e sofisticação com relação às questões de saúde por parte do público em geral tem aumentado rapidamente nas últimas décadas. Como resultado, suas expectativas para com o sistema médico em geral e com os médicos em particular aumentaram. O público espera que os médicos tenham a proficiência em seus campos, que estão em rápida evolução (a *ciência* da medicina), e ao mesmo tempo considerem as necessidades específicas dos seus pacientes (a *arte* da medicina). Assim, os médicos são responsáveis não apenas pelos aspectos técnicos da assistência que prestam, mas também pela satisfação dos seus pacientes com o serviço prestado e com os custos da assistência.

Em muitas partes do mundo, crescem as expectativas para que os médicos justifiquem a maneira como praticam a medicina, atendendo a determinados padrões estabelecidos pelos governos federais e locais. A hospitalização dos pacientes cujos custos de assistência médica são reembolsados pelo governo e por terceiros está sujeita a auditoria. Assim, o médico vê-se obrigado a justificar a causa e a duração da internação de um paciente, caso esta fuja a determinados padrões “médios”. A autorização para reembolso baseia-se cada vez mais na documentação da natureza e da complexidade da doença, refletida pelos elementos da anamnese e do exame físico documentados. Um movimento pelo “pagamento por desempenho” procura vincular o reembolso à qualidade da assistência. O propósito desse movimento é melhorar os padrões da assistência médica e conter os custos explosivos da assistência médica. Em muitas partes dos Estados Unidos (EUA), os contratos de cuidados gerenciados (por capitação) com seguradoras substituíram o cuidado com pagamento por serviço tradicional, colocando o ônus do gerenciamento do custo de todo o cuidado diretamente nos provedores e aumentando a ênfase nas estratégias de prevenção. Além disso, espera-se que os médicos forneçam comprovação da sua competência, por meio de educação médica continuada, que é obrigatória, revisão de prontuários dos pacientes, manutenção da certificação e renovação da habilitação para exercer a profissão.

Ética médica e novas tecnologias O rápido andamento dos avanços da tecnologia tem profundas implicações para as aplicações clínicas, que vão além de seus papéis tradicionais de evitar, tratar e curar doenças. A clonagem, a engenharia genética, a terapia gênica, as interfaces homem-computador, a nanotecnologia e as drogas sintéticas têm o potencial de modificar a predisposição herdada de desenvolver certas doenças, selecionar características desejadas em embriões, aumentar o desempenho humano “normal”, substituir tecidos com defeitos e prolongar consideravelmente o tempo de vida. Dado seu treinamento exclusivo, os médicos têm uma responsabilidade de ajudar a delinear o debate sobre os usos adequados de e os limites colocados para essas técnicas e de considerar com cuidado as questões éticas associadas à implementação dessas intervenções.

O médico como eterno estudante A partir do momento em que os médicos terminam a graduação em medicina, torna-se aparente que o destino deles é o de serem “eternos estudantes”, e que o mosaico de seu conhecimento e experiências não termina nunca. Esse conceito é, ao mesmo tempo, estimulante e angustiante. É estimulante porque os médicos podem aplicar o conhecimento em constante expansão no tratamento de seus pacientes; é angustiante porque os médicos percebem que nunca saberão tanto quanto querem ou precisam saber. O ideal é que os médicos transformem esse sentimento de angústia em energia para continuar a aperfeiçoar e concretizar seu potencial. É responsabilidade do médico buscar continuamente novos conhecimentos, lendo, participando de conferências e cursos, e consultando colegas e a internet. Muitas vezes, essa é uma tarefa difícil para um profissional ocupado; contudo esse compromisso com a aprendizagem contínua é parte integrante da prática médica e deve ser encarado como prioridade.

O médico como cidadão Ser médico é um privilégio. A capacidade de alguém aplicar suas habilidades para o benefício de humanos é uma vocação nobre. A relação médico-paciente é inerentemente desequilibrada na distribuição de poder. Por ser influente, um médico deve estar sempre consciente do impacto potencial daquilo que faz e fala e deve sempre se esforçar para despir-se de preconceitos e preferências individuais para encontrar o que é melhor para o paciente. Na medida do possível, os médicos também devem tentar atuar dentro de sua comunidade para promover a saúde e aliviar o sofrimento. O cumprimento dessas metas

começa por um exemplo saudável e continua em ações que podem ser adotadas para prestar cuidados necessários, mesmo quando a compensação financeira pessoal pode não estar disponível.

Uma meta para a medicina e seus praticantes é esforçar-se para fornecer os meios pelos quais o menos favorecido financeiramente possa deixar de ficar doente.

Aprendizagem da medicina Um século se passou desde a publicação do Relatório Flexner, um estudo original que transformou a educação médica e enfatizou os fundamentos científicos da medicina, bem como a aquisição de habilidades clínicas. Em uma era de crescente informação e acesso à simulação médica e à informática, muitas escolas estão implementando novos currículos que enfatizam a aprendizagem ao longo da vida e a aquisição de competências no trabalho em equipe, habilidades de comunicação, prática baseada em sistemas de órgãos e profissionalismo. Essas e outras características do currículo da escola de medicina fornecem a base para muitos dos temas destacados neste capítulo, e espera-se que possibilitem aos médicos a evolução, com experiência e aprendizagem progressivas, da competência para a proficiência e depois para a maestria.

Em um momento em que a quantidade de informação que se deve dominar para exercer a medicina continua se ampliando, pressões cada vez maiores tanto dentro como fora da medicina levaram à implementação de restrições sobre a quantidade de tempo que um médico em formação pode passar no hospital. Pelo fato de os benefícios associados à continuidade dos cuidados médicos e observação do progresso de um paciente ao longo do tempo terem sido considerados superados pelos estresses impostos aos residentes por longas horas e pelos erros relacionados com a fadiga que eles cometeram ao cuidar dos pacientes, limites rigorosos foram estabelecidos com relação ao número de pacientes pelos quais os residentes poderiam ser responsáveis de uma só vez, ao número de novos pacientes que eles poderiam avaliar em um dia de plantão e ao número de horas que poderiam passar no hospital. Em 1980, os residentes de medicina trabalhavam no hospital mais de 90 horas por semana em média. Em 1989, as horas foram restritas a não mais que 80 por semana. As horas dos médicos residentes diminuíram ainda mais em cerca de 10% entre 1996 e 2008, e, em 2010, o Accreditation Council for Graduate Medical Education impôs restrições (ou seja, 16 horas/turno) sobre horas de serviço contínuas no hospital para os residentes do primeiro ano. O impacto dessas mudanças continua sendo avaliado, mas há poucas evidências de que os erros médicos tenham diminuído como consequência. Um subproduto inevitável de menos horas no trabalho é um aumento no número de “transferências” de responsabilidade por um paciente de um médico para outro. Essas transferências muitas vezes envolvem a transição de um médico que conhece bem o paciente, tendo o avaliado na admissão, para um médico que conhece bem menos esse paciente. É imperativo que se lide com essas transições de responsabilidade com cuidado e rigor e com todas as informações relevantes trocadas e reconhecidas.

Pesquisa, ensino e prática da medicina A palavra *doutor* é derivada do latim *docere*, “ensinar”. Como professores, os médicos devem partilhar informações e conhecimento clínico com os colegas, estudantes de medicina e de profissões relacionadas e com seus pacientes. A prática da medicina depende da soma dos conhecimentos médicos, que, por sua vez, estão baseados em uma cadeia ininterrupta de descobertas científicas, observações clínicas, análises e interpretações. Os avanços da medicina dependem da aquisição de informações novas, por meio da pesquisa, e a melhora da assistência médica exige a disseminação dessas informações. Como parte das responsabilidades sociais mais amplas, o médico deve estimular seus pacientes a participarem das pesquisas clínicas éticas e rigorosamente aprovadas, caso esses estudos não lhes acarretem riscos, desconforto ou inconvenientes inaceitáveis. No entanto, os médicos que participam de pesquisas clínicas devem estar atentos aos potenciais conflitos de interesses entre seus objetivos de pesquisa e suas obrigações com cada paciente. Os melhores interesses do paciente devem sempre ser prioritários.

Roubar da natureza os segredos que desconcertaram filósofos de todos os tempos, vasculhar em suas fontes as causas das doenças, correlacionar os grandes reservatórios de conhecimento, para que estejam facilmente disponíveis para a prevenção e a cura das doenças – essas são as nossas ambições.

—William Osler, 1849-1919