

UM VERDADEIRO E INQUESTIONÁVEL ATESTADO DA VERDADE

A TRUE AND UNQUESTIONABLE PROOF OF TRUTH

Sílvio dos Santos CARVALHAL¹

Temos afirmado que uma das falhas graves na formação dos médicos é a deficiência do conhecimento da anatomia patológica, naturalmente com exceção dos anatomopatologistas. Os demais revelam, pela insegurança no diagnóstico clínico, esta grande falha, que é sobremaneira difundida entre os profissionais da Medicina. Esta afirmação está baseada numa observação longa e persistente, através de décadas. É que, sobretudo, as omissões somente se destacam quando são procuradas com argumentos e métodos adequados para torná-las evidentes.

Erros permanentemente tolerados acabam aceitos sem causar perplexidade e esse é um deles, dos mais notórios. Admite-se como usual, sem causar discrepâncias que a Anatomia Patológica das doenças é terreno específico dos patologistas. Contudo, é certo que as lesões, macro, micro e da ultra estrutura são a parte, freqüentemente, mais expressiva das doenças, que acometem pacientes cuidados por médicos clínicos, cirurgiões, *etc.* e nunca por anatomopatologistas. Para conhecer os pacientes por inteiro, certamente não se pode dispensar os médicos de dominar também o conhecimento das lesões que apresentam. Enfim, não se pode dispensar o médico que é responsável pelo paciente, de que domine também o conhecimento das doenças que são, de regra a parte que tem a maior importância na definição diagnóstica do caso. Sem isto, não é possível conhecer e dominar os problemas do paciente. Entretanto, é sempre possível fazer algo pelo doente, ainda que não se tenha o domínio completo dos problemas, mas não se pode aceitar que não é necessário conhecer tudo sobre ele. O melhor é saber também da sua doença, aliás ela é quase sempre a parcela mais importante e representativa dos problemas. Com freqüência, entretanto quando o tema vem à discussão, é usual

aceitá-lo como pertencente ao anátomo-patologista. A opinião deste último é, entretanto complementar do diagnóstico, por vezes também do prognóstico que são incorporados à responsabilidade do médico do paciente. Perante o paciente, o seu médico deve ou não endossar as opiniões que podem convergir de outros campos da investigação, venham de onde vieram. E então, como endossar ou não, sem entender o que elas realmente significam? O médico sempre precisa anuir ou recusar aquilo que lhe parece aceitável ou recusável. Para isso é preciso ter competência para julgar e se responsabilizar ou não diante do diagnóstico. Na verdade não há como ser dispensado do conhecimento para poder aceitar ou recusar hipóteses.

Neste ponto é que entra a questão de se aceitar, tolerar e até de se estabelecer o que não deveria ser tolerado ou admitido.

É o caso da evidência de que aceita, que o médico não domina o conhecimento das bases anatomopatológicas para avaliar melhor e mais completamente o diagnóstico dos seus pacientes. O exemplo mais flagrante e freqüente ocorre sempre nas chamadas “Conferências Clínico-Patológicas” ou simplesmente “Reuniões Anátomo-Clínicas”, de alto nível pedagógico pelo diagnóstico assegurado. Vejamos como são e que elas representam neste contexto.

Estas reuniões, em geral, consistem da representação de um caso com estudo clínico e anatomopatológico, quase sempre com diagnósticos clínicos aferidos pelo estudo, através da necrópsia.

A observação clínica é apresentada com todos os exames complementares. Um discutiador comenta o caso e emite a sua opinião sobre os diagnósticos prováveis de uma forma mais completa. Quase sempre,

⁽¹⁾ Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Campus II, 13059-900, Campinas, SP, Brasil.

ao final, o caso é posto em discussão e quem quiser emite a sua opinião. Depois dos debates sobre o diagnóstico, o patologista mostra o resultado da necrópsia com estudo macro e microscópico, descrevendo os achados ilustrados com fotografias, apresentando todos os diagnósticos anatomopatológicos que confirmam ou não os diagnósticos clínicos. Em geral, não há discussão sobre os diagnósticos pelo plenário que quase sempre é constituído de clínicos, cirurgiões e especialistas de várias áreas específicas. Em geral, é o patologista que faz um resumo dos diagnósticos anatômicos e seu confronto com os diagnósticos clínicos e o coordenador dá por encerrada a reunião!

Não há debates sobre os diagnósticos anatomopatológicos, embora, muitas vezes, não haja concordância entre os achados do patologista e a opinião dos clínicos que debateram o caso. Percebe-se que o patologista, que faz a aferição dos achados da necrópsia, é quem dá a última palavra sobre o caso! É como alguém absoluto expondo e confrontando os achados clínicos com o *gold pattern* dos diagnósticos anatomopatológicos.

Quase, ou mesmo ninguém, está apto para discutir os achados anatomopatológicos. Às vezes, sobram algumas pendências, mas os clínicos manifestam invariavelmente a sua incompetência para argumentar e discutir esses diagnósticos.

Observando também os resultados dessas reuniões tradicionais, mesmo aqueles que não aceitam os diagnósticos anatomopatológicos, na verdade têm que “engolir” o que foi definido pelo patologista. É surpreendente que todos acham “normal” que assim seja e não questiona a incapacidade dos médicos para discutir as doenças que foram encontradas nos cadáveres, pela necrópsia!

Ninguém se toca, entre os clínicos que não são capazes de discutir as doenças achadas. Todas acabam aceitando a opinião do patologista por incompetência de conhecimento e experiência para discutir os critérios utilizados para estabelecer os diagnósticos, sobretudo histopatológicos. Isto não causa estranheza. É como se fosse “normal” e jamais desqualificante para a formação médica!!

Há muitos anos estamos realizando estas reuniões somente que, após a conclusão das discussões clínicas, fazemos desfilar todos os achados da necrópsia sem descrever os diapositivos, como seria necessário. O pressuposto é que todos os presentes, que emitiram as suas opiniões clínicas, deveriam estar aptos para reconhecer os achados da necrópsia e, sim que soubessem aferir com eles, as hipóteses clínicas enunciadas.

Quando assim fazemos para criar o impacto, e sem avisar a platéia, é interessante observar as fisionomias de perplexidade que o tradicional criou com a expectativa de que o patologista mostre os achados e diga quem acertou e quem errou nos diagnósticos clínicos antes enunciados! A minha perplexidade é que, é mesmo muito estranho que o médico seja capaz de elaborar diagnósticos clínicos, inferidos pela análise da multiplicidade e de um emaranhado de sintomas, sinais clínicos e, às vezes, de uma tremenda complexidade de achados de exames complementares e não capaz de aferir, com a doença, diante dos olhos, o valor diagnóstico destas manifestações clínicas! Está é mesmo uma aberração que precisa ser corrigida e logo.

Recebido para publicação e aceito em 9 de junho de 2000.