



O QUE É CLÍNICA ?

A definição de “clínica” é muito abrangente, pois envolvem diversificados aspectos da formação profissional. Nota-se, pois, que profissionais que sofrem influência do contexto social em sua formação irão fundamentar suas perspectivas clínicas sobre os aspectos do meio ambiente, vigilância sanitária, atendimento primário à saúde; se este enfoque se volta para uma formação de cunho acadêmico, os exames e achados mensuráveis terão um maior destaque; se a formação sofre influência das ciências humanas como a psicologia, a atitude clínica dispensará maior atenção aos aspectos relacionais, biográficos e etnológicos como podemos perceber nas definições abaixo:

Clínica de um ponto de vista “academicista-médico” – *“instruções médicas prestadas ao lado do leito ou em presença do paciente, cujos sintomas são estudados e cujo tratamento se cogita. Ajuntamento de instrutores, estudantes e pacientes, para estudo e tratamento das doenças. Forma de prática de grupo em que diversos médicos trabalham em associação cooperativa”*. (Blakiston, [19--], p. 230)

No caso acima, deposita-se a perspectiva do ato clínico à doença e aos técnicos que se voltam para o objetivo causal por meio do estudo da fisiopatologia, epistemologia, terapêutica, diagnóstico e propedêutica. Nesta perspectiva é que o filme “Pat Adams” faz sua crítica quanto ao lugar destinado a pessoa do doente, em outras palavras, o sujeito é percebido apenas como o *locus* onde o objeto se deposita.

Porém esta abordagem onde o sujeito não se equipara ao objeto, também pode ser observada em definições como a que segue:

Clínica por um prisma “metodológico-cientificista” – *“único que permite uma visão humana dos problemas do paciente. Suas principais características – inespecificidade e grande abrangência – justamente aquilo que costuma limitar o valor dos outros métodos, é o que lhe confere posição inigualável na prática médica, pois através destas características consegue-se dar importância a fatores imponderáveis ou não-mensuráveis, sempre presentes nas decisões diagnósticas e terapêuticas”*. (Porto, Celmo C, 1994, p.37)

Mas uma vez o destaque é dado ao objeto, à doença, mas aqui se pode observar mais uma característica a ser questionada, qual seja: a elevação da avaliação



clínica ao *status* de “supremo saber”. O risco dessa atitude reside no fato de que a exclusão ou omissão da necessária interdisciplinaridade acarreta a perigosa postura de se outorgar a investigação (ou investigador) clínica(o) o lugar da supremacia do conhecimento, o que induziria um profissional, menos cauteloso e ciente de si mesmo, ocupar um lugar de incontestabilidade digna de menção no livro “o Alienista”, de Machado de Assis, por arvorar-se dono de um “suposto-saber”.

Na abordagem **Clínica pela perspectiva de treinamento: competência clínica** que – “*envolve o conhecimento, habilidades, atitudes para se cuidar do paciente, onde as tarefas do clínico envolverão: capacidade não cognitiva, atitudes e hábitos, habilidades interpessoais, habilidades motoras e técnicas, capacidade intelectual e tarefas como: coleta de dados, exame físico, estudos diagnósticos, atendimento, registro de dados coletados, interpretação de dados e tomada de decisão*”. (Cecil, 1985, pp 63-78), observa-se uma certa ampliação do conceito com inclusão de alguns aspectos relativos ao sujeito, porém, quando fazemos a leitura de tal conceito soa como se os dados relativos ao sujeito pertencessem a um conjunto de elementos estatísticos. Se essa impressão estiver correta, o conceito peca por não incluir os dados subjetivos de forma emocional e afetivamente comprometida, deixando de lado a opinião do próprio sujeito que porta a patologia e suas apreciações sobre como lida, sente, percebe, se comunica e convive com a patologia.

Continuando a leitura dos conceitos, na **Clínica por uma perspectiva “humanístico-antropológica”**, tem-se que – “*para a formulação de um diagnóstico, deve-se saber o máximo possível acerca de quem é o paciente, em termos de influência genética, temperamentais, biológicas, evolutivas, sociais e psicológicas. (...) devendo ser capaz de transmitir envolvimento, empatia, respeito e competência ao paciente, a fim de criar um rapport e confiança que permitam ao paciente falar honesta e intimamente*”. (Kaplan & cols, 1994, p. 259), já se tem uma evolução conceitual. O subjetivo e o objetivo passam a ter uma mesma representatividade, as relações de quem trata e quem recebe o tratamento se transforma num *continuum* terapêutico, o profissional é convidado a interagir e para tanto não pode ser portador de um saber incontestado, mas precisa experimentar, dialogar, sentir e avaliar. Passa-se a um ato alquímico onde todos os elementos são colocados num tubo de ensaio para daí se extrair a essência do ato curativo, o elixir que realiza o “milagre” da cura é a humildade da interpenetração que se dá entre paciente-clínico-doença-equilíbrio. Mas fica ainda uma questão: e a dimensão coletiva?

A conciliação se dará na definição de **Clínica numa visão de políticas públicas de atenção primária** – “*é a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, postas ao alcance de indivíduos, famílias e comunidades, mediante sua plena participação, a um custo que o país possa suportar. Deve estar vinculada a todas as etapas do Plano de Desenvolvimento Nacional*”. (Duncan & cols, 1990, p. 11), assim as Instituições passam a ganhar atenção do ato clínico, não só o paciente, mas também os trabalhadores; não só o doente, mas as instituições: família, escola, empresa e Estado. Mas e a quanto a formação acadêmica? Não deveria essa progressiva evolução retornar



ao ponto de origem desta discussão, uma vez que os primeiros conceitos aqui analisados foram extraídos dos profissionais de saúde?

A resposta ao questionamento anterior pode ser dada pela definição da **Clínica por uma perspectiva lingüística** – “conjunto dos sinais, sintomas e evolução de uma doença que podem ser observados diretamente. Grupo de pessoas dedicado à análise e à solução de problemas concretos ou à aquisição de uma habilidade específica ou de conhecimentos especializados; curso intensivo de especialização”. (Houaiss, 2001), mas que precisa ser enriquecido pelos aspectos que formam, registram e contam a trajetória de uma sociedade que cresce ao longo de sua própria existência, deste modo, a definição só poderá estar completa se inclui a **Clínica por um ponto de vista histórico-cultural** – “incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las, com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença. A descrição do discurso clínico (proclamada pelos médicos: recusa da teoria, abandono dos sistemas, não-filosofia) remete às condições não verbais a partir de que ele pode falar: a estrutura comum que recorta e articula o que se vê e o que se diz”. (Foucault, 2004, p. XVI)

E assim pode-se chegar a uma definição que contribuirá para a formação de valores com vista à cidadania; isto se dá quando a **Clínica é capaz de desenvolver valores a partir da experiência** – “a relação médico e paciente é uma versão particular das interações entre as pessoas, sobre as quais a Psicologia e a Sociologia, entre outras, acumularam (...) grande acervo de conhecimento. (...) A presença da enfermidade e conseqüentemente a carga emocional envolvida fazem-na tão específica que a medicina, através da experiência prática dos médicos, tem mais a dizer sobre ela (...). Os médicos que participam de modo específico dessa situação peculiar são os que melhor podem conhecer a sua realidade, entender os seus fenômenos, interpretar os seus significados. Porém, para desempenharem essa tarefa, eles necessitam estar capacitados para entender o que transcorre sob a sua superfície, levar suas percepções além do usual e estarem dispostos e disponíveis para desvendar, por detrás de uma entrevista rotineira, um sentido inusitado. Mas que isso, necessitam conhecer algo de Psicologia e da Sociologia, pelo menos”. (Moreira Filho, 2005, p. 3)

Em resumo, pode-se dizer que todas se complementam, que cada uma relativiza o conceito clínico na forma e no trato das situações e no contexto de seu momento histórico, mas todas guardam em si a certeza de que o ser humano é o foco para onde o olhar deve ser dirigido, os esforços devem ser concentrados e as estratégias devem contemplar visto que, se retirado o ser humano da estrutura conceitual, o ato clínico não tem um substrato sobre o qual se fazer “conceito”.

BLAKISTON. *Dicionário médico* São Paulo: Andrei, [19__]. 2ª Ed.

CECIL & cols. *Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 18ª Ed.



DUNCAN, Bruce B. & cols. *Medicina ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. 6ª Ed.

HOUAISS. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Versão 1.0. 1 CD-ROOM.

KAPLAN, Harold I. & cols. *Compêncio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 1994. 7ª Ed.

MOREIRA FILHO, Alonso A. *Relação médico-paciente*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

PORTO, Celmo C. & cols. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 2ª Ed.

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: dr_mauricioaranha@yahoo.com.br