



O processo de diagnóstico e a decisão clínica

(sugestões de trabalho):

Sabia que o médico pode utilizar várias estratégias de raciocínio para chegar ao diagnóstico? São várias as estratégias utilizadas para o diagnóstico diferencial. Não existindo um método ideal, qualquer um deles poderá ser particularmente útil em determinado contexto clínico.



Um erro muito frequente: o aluno com pouca prática considera, frequentemente, o diagnóstico que em primeiro lugar lhe ocorre como o diagnóstico mais provável.

Método 1 - “O que me veio á cabeça”. Exemplo: “o doente tem anemia, logo deve ser por falta de ferro e, por isso, medica-se com ferro”. Trata-se de um raciocínio não articulado, uma via rápida de decisão sujeita a muitos acidentes graves.

-Recomenda-se que o aluno pondere os argumentos que suportam a hipótese (sintomas, sinais ...) bem como os elementos que a contrariam de forma a tornar este diagnóstico provável.

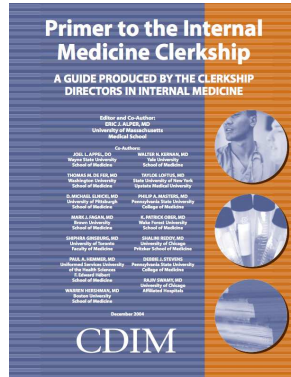


Outro erro muito frequente: “o palpite” ou a “ideia brilhante”:

Método 2 – “a ideia brilhante”. Muito popular nas reuniões de casos clínicos.

Quando não devidamente fundamentada, não constitui, tal como na situação anterior, um método ou uma estratégia de raciocínio clínico. O autor pode num momento de sorte acertar o diagnóstico “totodiagnóstico”. Cedo porém se revelará uma verdadeira fonte de disparates. (Referimos estas duas formas apenas porque, infelizmente, são ainda muito utilizadas)

Sugestão 1: estude o documento [CDIMPRIMER.PDF](#) (págs. 9 a 12), onde poderá aprender mais sobre as estratégias mais comuns para a elaboração do diagnóstico diferencial: as listas simples ou com mnemônicas, a aproximação anatômica, a aproximação por sistemas, os modelos e o reconhecimento de padrões.



Sugestão 2: Observe como raciocina um médico experiente quando confrontado com um caso clínico de resolução difícil (documento [1937.pdf](#), New England Journal of Medicine)

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

CLINICAL PROBLEM-SOLVING

Ring around the Diagnosis

Maria-Fernanda Bonilla, M.D., Daniel R. Kaul, M.D., Sanjay Saint, M.D., M.P.H.,
Carlos M. Isada, M.D., and Daniel J. Brotman, M.D.

In this Journal feature, information about a real patient is presented in stages (boldface type) to an expert clinician, who responds to the information, sharing his or her reasoning with the reader (regular type). The authors' commentary follows.

A 71-year-old retired schoolteacher from rural Ohio presented to his local hospital with a two-week history of malaise, fever, anorexia, chills, and sweats. He had not had a cough or symptoms involving the upper respiratory, gastrointestinal, or urinary tract.

From
Intern
(Cl.)
Cler
6451
275 1