

## A incerteza e suas repercussões: como se sentem os jovens médicos perante a incerteza em sua prática profissional?

Uncertainty and its Repercussions: How do Young Doctors Feel about the Uncertainty in Their Professional Practice?

La incertidumbre y sus repercusiones: ¿Cómo se sienten los jóvenes médicos ante la incertidumbre en su práctica profesional?

Marcelo Rozenfeld Levites, \* Laura Bogea Muller de Almeida. \*\*

\* PhD, MD, Diretor da SOBRAMFA. \*\* MD, Médica formada em 2016 na Faculdade de Medicina de Jundiaí (SP, Brasil). Atualmente no segundo ano do Programa de Formação Clínica de SOBRAMFA. Coordenadora de atividades com estudantes de medicina em SOBRAMFA.

Recibido: 21-11-2017

Aceptado: 15/12/2017

Correspondencia: Marcelo Rozenfeld Levites. Correo electrónico: marcelolevites@sobramfa.com.br

### Resumen

**Objetivo:** Caracterizar o perfil de percepções e atitudes de médicos residentes frente às diferentes situações geradoras de incertezas na prática assistencial aos pacientes. **Método:** Estudo descritivo, comparativo e transversal. Amostra não aleatória de 90 residentes da instituição. O estudo foi conduzido entre abril e julho de 2013. Para a avaliação da percepção do enfrentamento da incerteza no cenário clínico foi realizada usando a escala “Physician Reaction’s to Uncertainty”, após realizados uma tradução transcultural para português do Brasil. A “Physician Reaction’s to Uncertainty”, contém 15 itens que são respondidos de acordo com a variante de escala de Likert de seis pontos (discorda completamente = 1; concorda plenamente = 6). Avaliamos os residentes de acordo com o gênero; idade, menores de 26 anos e 26 anos ou maiores; residentes de primeiro ano comparados com os segundo e terceiro anos e residentes clínicos comparados com os cirurgiões, ortopedistas e ginecologistas/obstetras. **Resultados:** As residentes mulheres mais jovens e os com menos tempo de treinamento (residentes do primeiro ano), tiveram uma pior percepção do enfrentamento da incerteza na atuação clínica quando comparados aos homens ( $p=0,002$ ) aos  $\geq 26$  anos ( $p= 0,001$ ) e com mais tempo de treinamento ( $p<0,001$ ). Não houve diferença entre os residentes clínicos comparados com os de ortopedia, cirurgia e ginecologia obstetrícia ( $p=0,792$ ). **Conclusões:** Os médicos residentes mais jovens e com menor tempo de prática merecem uma atenção especial para um melhor enfrentamento da incerteza na atuação clínica. São eles que apresentam as maiores dificuldades com o tema. Atuar junto a professores mais experientes e a inserção da formação humanística e filosófica podem ajudar aos colegas residentes com menos prática na medicina.

**Palabras Chave:** Incerteza, Internato e Residência, Atitude.

### Abstract

**Purpose:** The aim of this study was to develop a characterization profile of the perceptions and attitudes of resident physicians in a general hospital in São Paulo, Brazil addressing the uncertainties related to the care –

of patients. **Methods:** Descriptive, comparative and cross-sectional study conducted from April to July 2013 with a convenience sample of 90 medical residents who completed the Physicians' Reactions to Uncertainty (PRU) scale and provided demographic variables of gender, age and specialty. **Results:** Comparing the Physician's Reaction to Uncertainty score, authors identified a significant difference between age, year of residence and gender. Physicians who were female, less than 26 years old and who were in their first year of residency and had greater clinical uncertainty than men ( $p=0.002$ ), older residents ( $p=0.001$ ), those in their second and third year of residency ( $p<0.001$ ). There were no significant differences by medical speciality ( $p=0.792$ ). **Conclusion:** Practical experience and age are important factors in clinical uncertainty in residence groups. The longer physicians are in practice, the less uncertainty they will experience. Ways to decrease the anxiety of and reluctance to disclose uncertainty to patient can include: 1) Practice together with experience doctors; 2) Clinical epidemiology; 3) knowledge of philosophy and 4) Humanistic teaching.

**Keywords:** Uncertainty, Internship and Residency, Attitude.

## Resumen

**Objetivo:** Caracterizar el perfil de percepciones y actitudes de médicos residentes frente a las diferentes situaciones generadoras de incertidumbres en la práctica asistencial a los pacientes. **Métodos:** Estudio descriptivo, comparativo y transversal. Muestra no aleatoria de 90 residentes de la institución. El estudio se realizó entre abril y julio de 2013. Para evaluar la percepción de hacer frente a la incertidumbre en el entorno clínico se ha realizado mediante "La reacción del médico a la incertidumbre" la escala llevada a cabo después de la traducción intercultural al portugués de Brasil. La "Physician Reaction's to Uncertainty", contiene 15 ítems que se responden de acuerdo con la variante de escala de Likert de seis puntos (discrepa completamente = 1, concuerda plenamente = 6). Evaluamos a los residentes de acuerdo con el género; edad, menores de 26 años y 26 años o mayores; residentes de primer año comparados con los segundo y tercer años y residentes clínicos comparados con los cirujanos, ortopedistas y ginecólogos / obstetras. **Resultados:** Las residentes mujeres más jóvenes y las personas con menos tiempo de entrenamiento (residentes del primer año), tuvieron una peor percepción del enfrentamiento de la incertidumbre en la actuación clínica cuando comparados a los hombres ( $p=0.002$ ) a los  $\geq 26$  años ( $p=0.001$ ) y con más tiempo de entrenamiento ( $p<0.001$ ). No hubo diferencia entre los residentes clínicos comparados con los de ortopedia, cirugía y ginecología obstetricia ( $p=0.792$ ). **Conclusiones:** Los médicos residentes más jóvenes y con menor tiempo de práctica merecen una atención especial para un mejor enfrentamiento de la incertidumbre en la actuación clínica. Son ellos quienes presentan las mayores dificultades con el tema. Actuar junto a profesores más experimentados y la inserción de la formación humanística y filosófica pueden ayudar a los colegas residentes con menos práctica en la medicina.

**Palabras Clave:** Incertidumbre, Internado y residencia, Actitud.

## Introdução

O que é a percepção de incerteza clínica?

O rápido desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento científico trouxe, paradoxalmente, um rápido crescimento da incerteza. A incerteza faz fronteira com o limite do conhecimento. E por isso, quanto maior o território conhecido, mais extenso é o campo de experiência da incerteza<sup>1</sup>. A razão, como um ícone cultural, acentua a incerteza do novo quando atingimos o limite do conhecimento<sup>2,3</sup>. Atributos como lógica, -

neutralidade, universalidade, reducionismo e determinismo tornam mais problemáticos fenômenos como viés, complexidade, contingência e intuição<sup>4</sup>. O aumento da expectativa dos resultados da ciência e da tecnologia intensifica, proporcionalmente, nossa percepção de risco com a incerteza<sup>5,6</sup>.

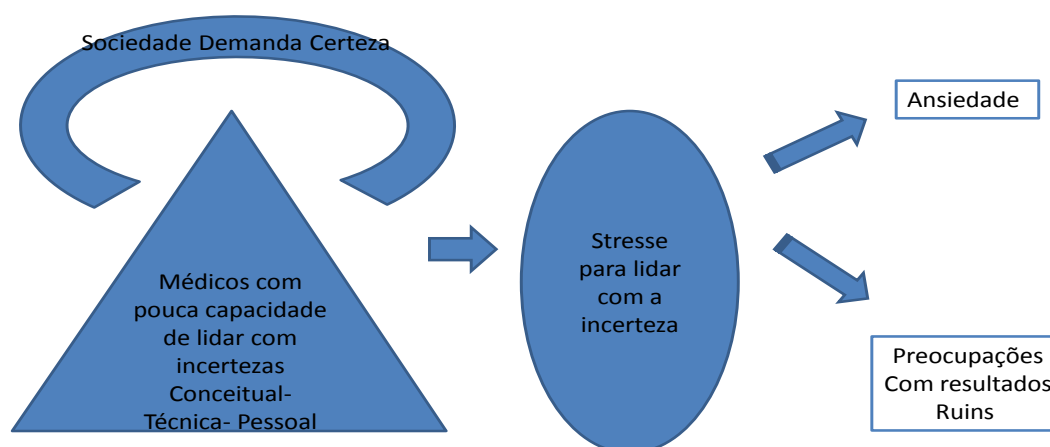
A incerteza é prevalente na prática médica<sup>7-9</sup> e está relacionada como causa de má prática médica<sup>10</sup>, dificuldade de estabelecer modelos de qualidade assistencial e com a ansiedade na relação médico-paciente<sup>11,12</sup>. Além destas relações a incerteza da prática clínica causa grande preocupação para os médicos de todas as especialidades e para os responsáveis em avaliar os custos da saúde<sup>13-15</sup>.

A reação afetiva do médico a incerteza tem recebido pouca atenção<sup>12</sup>. Estudos anteriores focam a questão da incerteza médico na resposta cognitiva médica ou a tomada de decisões sob circunstância de incerteza<sup>16-23</sup>. Ao contrário, a reação afetiva do médico perante a incerteza no cuidado do paciente e suas variáveis práticas, parece pouco explorada.

Pesquisadores reportam as origens da incerteza como resultado de uma inadequada aquisição de três tipos de conhecimento. O **conceitual**, ou a habilidade de aplicar conhecimentos abstratos em situações concretas; o **técnico**, como a falta de informação científica ou habilidade prática e o conhecimento **pessoal**, ou a ausência de relação anterior com o paciente e seu conhecimento sobre os desejos dos pacientes<sup>23</sup>.

Gerrity et al<sup>1</sup> identificaram dois estresses relacionados às respostas dos médicos à incerteza: ansiedade e preocupação com maus resultados. Utilizando o modelo clássico de respostas ao estresse do médico de Lazarus<sup>24</sup>, observamos que a percepção da incerteza se aplica em um contexto cultural onde a demanda esperada é de certezas. É sob estas circunstâncias que, utilizando os conhecimentos insatisfatórios (pessoal, técnico e conceitual), que o médico responde à incerteza destas duas maneiras.

**Figura 1 - Adaptação de: Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer, 1999.**



*A formação médica e a incerteza: Por que estudar a percepção da incerteza clínica no médico jovem?*

Estudantes de medicina, que apresentam a maior parte da sua educação baseada em conhecimento teórico de doenças, entram na residência médica limitados na sua habilidade de aplicar o conhecimento em situações clínicas reais<sup>25</sup>. Residentes, em sua maioria, apresentam desconforto importante ao realizar procedimentos ou lidar com complicações sem supervisão, o que ocasiona, secundariamente, insatisfação do paciente<sup>26</sup>. Quando o residente se torna mais autônomo, expectativas irreais dos preceptores e a ampla literatura médica a ser incorporada podem compor os motivos das incertezas<sup>27</sup>. A pressão de tempo e o ambiente de trabalho<sup>28</sup> podem contribuir para que as perguntas dos residentes permaneçam sem resposta<sup>29</sup>. Alguns estudos já abordam as respostas a incerteza entre estudantes de medicina<sup>30</sup> e profissionais médicos<sup>31,32</sup>. Todavia poucos estudos abordam o tema entre residentes<sup>33</sup>.

Objetivo: Estudos anteriores apontam algumas características associadas com uma maior resposta a incerteza. Nenhum estudo prévio estudou especificamente o período de residência médica. Este grupo de profissionais em formação apresenta respostas variadas a incerteza da prática que implicam, quando negativas, a um pior desenvolvimento profissional. Este estudo tem o intuito de procurar possíveis características dos residentes associados com a resposta às incertezas clínicas. O estudo da caracterização do perfil de médicos residentes no enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico é um caminho para uma melhor compreensão e a busca de saídas educacionais estruturadas para este problema entre médicos jovens.

## Métodos

Este estudo realizou-se com residentes do Hospital Ipiranga, hospital geral público de gestão estadual, administração direta de saúde, de média e alta complexidade, sediado no bairro do Ipiranga na cidade de São Paulo de 300 leitos de atuação clínica, obstétrica, ginecológica e cirúrgica.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP assim como do Comitê de Pesquisa do Hospital Ipiranga. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os residentes poderiam a qualquer momento se recusar a responder a pesquisa.

Realizou-se estudo descritivo, comparativo, com desenho transversal entre os meses de abril e julho de 2013 com os residentes e estagiários que estavam atuando no hospital. Os que estavam de férias ou em atividades em outros serviços fora do Hospital Ipiranga não foram incluídos no projeto original da pesquisa. Os residentes foram divididos em quatro grupos: gênero, idade, ano de residência e especialidade clínica ou outras. Os dados sócios demográficos e os escores de reação a incerteza e as sub escalas foram comparados entre esses quatro grupos usando os seguintes testes: ANOVA, Welch e Teste de Kruskal Wallis.

O protocolo composto por um questionário e uma escala chamada de P.R.U. (Physician Reaction's to Uncertainty), em português: Escala do enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico em diferentes especialidades (Anexos I).

## Resultados

Em um total de 115 residentes, 90 (78,2%) participaram do estudo. Tivemos mais homens 52 (57,8%) do que mulheres 38 (42,2%), os menores de 26 anos 54 (60%) eram em maior número do que os  $\geq 26$  anos 36(40%), e os residentes de clínica eram em menor número 33 (36,7%) do que os residentes de ortopedia, cirurgia e ginecologia/obstetrícia 57 (63,3%). Os residentes do primeiro ano foram em 42 (46,7%) e os do segundo e terceiro ano foram 48 (53,3%) (Tabela I).

**Tabela 1- Características gerais dos 90 participantes da pesquisa**

Grupos	Frequência (n/%)
<b>Gênero</b>	
Mulheres	38 (42,2%)
Homens	52 (57,8%)
<b>Idade</b>	
< 26 anos	54 (60%)
≥ 26 anos	36 (40%)
<b>Especialidade</b>	
Clínica médica	33 (36,7%)
Outras	57 (63,3%)
<b>Ano de residência</b>	
I ano	42 (46,7%)
>I ano	48 (53,3%)

A análise comparativa entre residentes mulheres e homens (Tabela 2), mostra que as mulheres apresentam uma resposta pior no enfrentamento da incerteza tanto na avaliação da escala global, quanto nas escalas que compõem o PRU: ansiedade, maus resultados, falar com os pacientes e colegas. Isto quer dizer que as mulheres residentes ficam mais ansiosas diante a incerteza clínica, ficam mais preocupadas com os maus resultados, tem dificuldade de falar sobre o que não sabem com os pacientes e colegas.

**Tabela 2. Análise por gênero do P.R.U. total e componentes**

	ANOVA F(P)	WELCH (P)	Média/Erro Padrão	
			Masculino	Feminino
PRU Total	16,2 (0,00)	15,749 (0,00)	46,2 ± 2,2	60,58 ± 2,8
Ansiedade	23,8 (0,00)	25,7 (0,00)	17,33 ± 0,87	23,37 ± 0,80
Maus resultados	6,9 (0,1)	7,431 (0,008)	10,88 ± 0,62	13,24 ± 0,59
Falar com os pacientes	8,6 (0,004)	7,9 (0,006)	14,31 ± 0,82	18,66 ± 1,30
Falar com os colegas	6,2 (0,014)	5,3 (0,025)	3,69 ± 0,30	5,32 ± 0,63

Os médicos residentes mais velhos (Tabela 3) apresentam maior capacidade de lidar com a incerteza gerada pela atuação clínica tanto na escala total do PRU, quanto na escala que o compõe. Assim os mais velhos reagem com menor grau de ansiedade quanto confrontam a incerteza clínica, tem menor preocupação com maus resultados gerados por estas incertezas e são mais capazes de falar com os pacientes e colegas quando não sabem o que fazer.

Os médicos residentes mais experientes (Tabela 4) apresentam maior capacidade de lidar com a incerteza gerada pela atuação clínica tanto na escala total do PRU, quanto na escala que o compõe. Assim os mais experientes reagem com menor grau de ansiedade quanto confrontam a incerteza clínica, tem menor preocupação com maus resultados gerados por estas incertezas e são mais capazes de falar com os pacientes e colegas quando não sabem o que fazer.

**Tabela 3- Análise por idade do P.R.U. total e seus componentes**

	ANOVA F(P)	WELCH (P)	MÉDIA/ERRO PADRÃO	
			<26 anos	>26 anos
PRU TOTAL	16,81 (0,00)	17,39 (0,00)	58,15 ± 2,3	43,4 ± 2,6
Ansiedade	14,65 (0,00)	12,94 (0,01)	21,87 ± 0,70	16,98 ± 1,19
Maus resultados	18,37 (0,00)	17,42 (0,00)	13,33 ± 0,50	9,69 ± 0,70
Falar com os pacientes	10,03 (0,00)	10,61 (0,02)	18,02 ± 0,98	13,33 ± 1,049
Falar com os colegas	4,30 (0,04)	5,48 (0,022)	4,93 ± 0,49	3,56 ± 0,30

**Tabela 4- Análise por ano de residência do P.R.U. total e seus componentes**

	ANOVA F(P)	WELCH(P)	MÉDIA/ERRO PADRÃO	
			1 ano	>1 ano
PRU TOTAL	18,15 (0,00)	18,153 (0,00)	60,21 ± 2,64	45,33 ± 2,30
Ansiedade	15,47 (0,00)	15,96 (0,00)	22,55 ± 0,80	17,54 ± 0,95
Maus resultados	11,76 (0,01)	11,77 (0,01)	13,45 ± 0,62	10,5 ± 0,59
Falar com os pacientes	12,3 (0,01)	12 (0,01)	18,83 ± 1,15	13,79 ± 0,88
Falar com os colegas	8,82 (0,00)	8,26 (0,00)	5,38 ± 0,57	3,50 ± 0,31

Na composição total da escala de enfrentamento da incerteza os residentes de clínica e os demais não mostraram reagir diferente (Tabela 5). Todos os residentes apresentam respostas sem diferença significativa junto ao P.R.U. total e junto aos componentes de preocupação dos maus resultados e a dificuldade de falar sobre o que não sabem com os pacientes e colegas. Os clínicos reagem com maior ansiedade quando enfrentam a incerteza clínica quando comparados com as outras especialidades.

**Tabela 5- Análise por especialidade do P.R.U. total e seus componentes**

	ANOVA F(P)	WELCH(P)	MÉDIA/ERRO PADRÃO	
			Clínica médica	Outras
PRU TOTAL	0,85 (0,35)	0,85 (0,35)	54,6 ± 3,1	50,9 ± ,3
Ansiedade	4,69 (0,03)	5,36 (0,02)	21,79 ± 0,93	18,77 ± 0,91
Maus resultados	0,25 (0,61)	0,25 (0,61)	12,18 ± 0,74	11,70 ± 0,57
Falar com os pacientes	0,19 (0,65)	0,18 (0,66)	15,70 ± 1,33	16,40 ± 0,92
Falar com os colegas	1,69 (0,19)	1,45 (0,23)	4,94 ± 0,64	4,05 ± 0,36

Comparando a escala da ansiedade criada pelo enfrentamento clínico todos os grupos mostram diferenças significativas (Tabela 6). Os mais novos perceberam-se mais ansiosos do que os mais velhos. Os residentes do segundo e terceiro ano menos ansiosos do que os do primeiro ano, as mulheres mais ansiosas do que os homens e os residentes clínicos com mais ansiedade do que os de outras especialidades (Tabela 6).

Analisando as escalas do enfrentamento da incerteza gerada pela preocupação com maus resultados e a relutância de falar sobre os erros para os pacientes, ambas mostraram uma diferença com relação a idade, ano de residência e gênero; sendo os mais novos, as mulheres e os residentes do primeiro ano os com maior dificuldade de falar com os pacientes sobre seus erros e maior preocupação com maus resultados. Nenhuma diferença significativa existiu entre a comparação entre as especialidades (Tabela 6).

Comparando as escalas sobre a incerteza clínica gerada pela relutância em revelar erros para os colegas, nenhuma diferença pode ser vista em nenhum dos grupos: idade, ano de residência, gênero e especialidades (Tabela 6).

**Tabela 6- Análise não paramétrica do P.R.U por gênero, idade especialidade e ano de residência**

		Ano de residência		Idade		Gênero		Especialidade	
		Primeiro	> Primeiro	< 26 anos	≥ 26 anos	Homen	Mulher	Clínica médica	Outras
<b>Total PRU</b>									
	Média/ erro padrão	60,2 ± 2,6	45,3 ± 2,3	58,1 ± 2,3	43,4 ± 2,6	46,2 ± 2,2	60,5 ± 2,8	54,6 ± 3,1	50,9+/- 2,3
	Kruskal Wallis	<0,001		0,001		0,002		0,792	
<b>Ansiedade</b>									
	Média/ Erro padrão	22,±0,8	17,5 ± 0,9	21,8 ± 0,7	16,9 ± 1,1	17,3 ± 0,8	23,3 ± 0,8	21,7 ± 0,9	18,7+/- 0,9
	Kruskal Wallis	<0,001		0,001		<0,001		0,044	
<b>Maus resultados</b>									
	Média/ Erro padrão	13,4 ± 0,60	10,5 ± 0,5	13,3 ± 0,5	9,6 ± 0,7	10,8 ± 0,6	13,2 ± 0,5	12,1 ± 0,7	11,7 ± 0,5
	Kruskal Wallis	0,019		<0,001		0,001		0,753	
<b>Falar com os pacientes</b>									
	Média/ Erro padrão	18,8 ± 0,6	13,7± 0,8	18 ± 0,9	13,3 ± 1	14,3 ± 0,8	18,6 ± 1,3	15,7 ± 1,3	16,4 ± 0,9
	Kruskal Wallis	0,002		0,004		0,015		0,497	
<b>Falar com os colegas</b>									
	Média/ Erro padrão	5,3 ± 0,57	3,5 ± 0,31	4,9 ± 0,4	3,5 ± 0,3	3,6 ± 0,3	5,3 ± 0,6	4,9 ± 0,6	4 ± 0,3
	Kruskal Wallis	0,069		0,27		0,167		0,439	

Na Tabela 7 investigamos a correlação entre gênero, ano de residência e idade na resposta há incerteza gerada pelo enfrentamento clínico. Averiguamos a independência na análise das respostas dos grupos entre eles (gênero, idade, especialidade, e ano de residência). As mulheres mais velhas têm maior capacidade de responder a incerteza quando comparadas as mais novas. Isto quer dizer que para as mulheres a idade é um fator determinante para a resposta ao P.R.U. Não é o gênero que determina a qualidade da resposta e sim a idade e a menor experiência (Tabela 7).

Já com os homens não apresentam diferença no enfrentamento do da incerteza comparado pela idade e tempo de prática (Tabela 7).

As mulheres e os homens não apresentam diferenças significativas quando relacionadas à especialidade (Tabela 7).

**Tabela 7. Correlação entre gênero, idade, especialidade e ano de residencia**

	Gênero		Ano de residência		Idade		
	Homens	Mulheres	I ano	>I ano	< 26 anos	≥26 anos	
	Média (erro padrão)		Média (erro padrão)		Média (erro padrão)		
<b>Idade</b>							
	< 26 anos	51,38± 2,4	64,42± 3,51	62,68± 2,94	50,45± 3,25	-	-
	≥26 anos	41,03± 3,38	49,8± 2,80	49,75± 4,67	41,68± 3,06	-	-
	Kuskall Wallis	0,68	0,018	0,068	0,267	-	-
<b>Gênero</b>		-	-				
	Homens	-	-	51,47± 3,60	43,66± 2,69	51,38± 2,48	41,04±3,38
	Mulheres	-	-	66,16± 3,25	49,85± 4,38	64,43± 3,51	49,80± 2,80
	Kuskall Wallis	-	-	0,01	0,09	0,007	0,44
<b>Ano de residência</b>							
	I ano	51,47± 3,60	66,16± 3,25	-	-	62,67± 2,94	49,75± 4,67
	>I ano	43,65 (2,69)	49,85 (4,38)	-	-	50,45± 3,25	41,67± 3,06
	Kuskall Wallis	0,097	0,003	-	-	0,006	0,202
<b>Especialidade</b>							
	Clínica média	46,28± 3,69	60,74± 4,38	59,77± 4,10	44,27± 3,28	57,52± 4,18)	47,90±3,74
	Outras	46,18± 2,71	60,42± 3,83	60,70± 3,34	45,65± 2,84	58,61± 2,70	41,77±- 3,33
	Kuskall Wallis	0,65	0,86	0,69	0,52	0,66	0,51

## Discussão

*Ver um modelo de médico na prática enfrentando a incerteza*

Muitos são os desafios no campo da melhor percepção no enfrentamento da incerteza clínica. A preocupação sobre o tema é um passo importante, mesmo que não haja respostas objetivas e diretas à todas as perguntas e dúvidas até o momento. Talvez a resposta, ou a reflexão necessária pode ser encontrada em campos da ciência não usuais na busca dos médicos. A filosofia e a literatura podem trazer reflexões que geram impacto na melhora da atuação profissional e consequente resposta do enfrentamento da incerteza.

Não há dúvida que existe uma íntima relação entre as experiências de vida e o desenvolvimento em uma melhor resposta a incerteza clínica. Daí surge à importância do exemplo/modelo num cenário de aprendizado, onde estudantes e jovens médicos são inspirados pelas atitudes dos seus professores durante a prática com o paciente. Ver um professor reagindo há uma situação clínica de incerteza ajuda o colega mais novo a incorporar um modelo de atuação.



O modelo educacional onde os estudantes aprendem do professor enquanto este atua junto do paciente é um modelo clássico que se remonta às corporações de ofício da Idade Médica. O aprendiz junto do mestre, vendo fazer, fazendo junto com ele, em contínua supervisão. Esse modelo, que os educadores de língua inglesa denominam “Tag-along” (como grudar-se e andar juntos!), permite que os estudantes incorporem atitudes e comportamentos na abordagem do paciente real e identificam questões úteis para o seu futuro profissional<sup>34</sup>.

#### *Conhecer a incerteza como fator intrínseco a prática clínica*

Saber que a incerteza clínica faz parte da prática médica é uma maneira de diminuir o impacto do problema do enfrentamento da incerteza. Entender que a incerteza é, no final, parte essencial de qualquer ciência. A ciência surge dos questionamentos, das reflexões e por excelência não traz dogmas ou verdades absolutas e incontestáveis. A única certeza que existe naquilo que é científico é de que não há certeza. Citando Sócrates, um grande cientista e famoso filósofo: “tudo que sei é que nada sei”<sup>35</sup>.

Bem advertia sobre este particular, Maraño<sup>36</sup> quando afirmava que para o verdadeiro homem de ciência, a atualidade não é somente a meta do saber, mas uma mercadoria suspeita à qual não se pode dar confiança a não ser após atravessar uma rigorosa quarentena. Essa quarentena é necessária para que a verdade científica, que cresce como o trigo no meio do joio, seja consolidada com o tempo que, como o agricultor experiente, realiza a seleção adequada. Estas considerações nos ajudam a enfrentar com a serenidade devida, a questão da impaciência tecnológica. Mas, a população, de maneira geral, não conhece estes argumentos. O apelo da tecnologia é sedutor. É com estas pessoas, que esperam todas as respostas das novas máquinas médicas, que temos que lidar. A lógica binária do mundo tecnológico acaba sendo tomada como verdade e segurança, mas ao lidarmos com o humano a resposta nunca é tão objetiva, protocolar e padrão.

Inneraty<sup>37</sup> aborda a questão de como podemos estar preparados para receber o que vem do mundo externo independentemente do que seja. “Nossa atuação no mundo não é uma decisão soberana; parece-se a um compromisso entre o que nos vem dado e o que somos capazes de fazer com isso. O esquema típico de uma ética da hospitalidade se exprime na capacidade de dar conta das situações e de como damos conta na vida de tudo o que se apresenta inopinadamente, sejam pessoas ou acontecimentos (...) A prudência deve estar preparada para a surpresa, improvisar, quer dizer, não ser pura ação”. Navegar pela incerteza implica saber interagir com um mar agitado e com a embarcação de que dispomos. Pensar sobre qual é o papel do médico e agir adaptado ao contexto sem perder nosso rumo é a saída para podermos exercer uma medicina moderna e competente.

Ortega y Gasset<sup>38</sup> aborda a mesma questão com outro enfoque:

“Um naturalista francês, cujo nome não recordei, iniciou uma teoria para explicar o triunfo de alguns seres sobre outros e de algumas coisas sobre outras. Segundo ele, não alcança a vitória da luta pela existência o tipo mais adaptado sobre o meio, e sim, pelo contrário, o que possui energia suficiente para manter-se como é através dos meios que se modificam. De tal sorte, o desafio maravilhoso da luta pela existência viria a se transformar no desafio maravilhoso da luta pela consistência”.

#### *A formação médica liberal e o melhor enfrentamento da incerteza*

Newman<sup>39</sup>, apresentou as suas reflexões sobre um modelo de formação *Discourses on the Scope and Nature of the University Education* que forneça educação liberal. Entendendo por liberal o fato de que o conhecimento deve ser procurado como um fim em si mesmo. O ensino não deve ser em si mesmo útil, mas sobre tudo assumir a forma da aquisição filosófica do conhecimento. Terceira, a educação não deve ba--

sear-se numa concepção de conhecimento ou de trabalho fragmentados, isto é, a universidade deve ensinar todo o conhecimento.

Newman <sup>40</sup> defende o alargamento intelectual, na expansão da mente, com vista á formação do carácter e não se esgota numa articulação imediata e utilitarista ao serviço do desenvolvimento nacional, ou empresarial. Num dos seus discursos sobre a formação universitária adverte: “A universidade não tem como objetivo a formação moral ou técnica, não busca treinar a mente para a arte e o dever, sua função é compartilhar cultura intelectual”. Enfatiza a importância do saber intelectual, evitando a especialização excessiva, que pode ser muito útil, mais não cumpre com os objetivos da educação universitária. “Se um estudo se limita a um assunto, apesar da divisão de trabalho poder favorecer o progresso em um ponto particular, permaneceu uma tendência de contrariar a mente”.

Em outra parte dessa mesma obra encontramos uma afirmação que serve muito bem como resumo do seu pensamento: “O estudante se beneficia da tradição intelectual, que é indiferente de professores individuais em disciplinas escolhidas (...). Aprende as linhas do saber, os princípios estruturantes, as proporções em suas diversas partes, suas luzes e sombras, seus grandes e pequenos pontos (...). Por isto esta educação chama-se liberal. Se cria um hábito de formação da mente para toda a vida, cujas características são liberdade, sentido de justiça, serenidade, moderação e sabedoria. É o que me atrevo a chamar hábito filosófico. É o que considero o fruto da educação universitária, em contraste com todas as outras formas de educação. Este é o fim de toda relação da universidade com o aluno”.

Platão<sup>41</sup> comenta em Protágoras que a educação não se busca para exercer uma profissão, como faria um artesão; busca-se para formar um homem autônomo e livre. E aponta que quando a educação tem como objetivo o dinheiro, a forma física ou o resultado de performance, o nome de Paidéia (pessoa completa) perde-se<sup>42</sup>. Também Aristóteles, em Nicomáquea<sup>43</sup>, adverte que um fidalgo orienta sua cultura pelas coisas belas e infrutíferas. Cada vez que o saber se transforma em instrumentalização da profissão, religião ou ação moral, degrada-se a instrumento de interesse e se perde a ideia que o conhecimento é um meio para alcançar algo mais elementar.

Em perspectiva histórica, o Ortega Y Gasset<sup>44</sup> assinala um contraste que é, na verdade, um paradoxo. Compara o peso que a cultura tem no processo educacional dos nossos dias – quase um elemento ornamental – com o que tinha no início da instituição universitária, há mais de oito séculos. Naquela época pouco havia de profissionalismo e a investigação se encontrava em estágios primitivos. Quase tudo o que se pretendia ensinar era justamente o que hoje denominamos “cultura geral”: filosofia, artes, religião, teologia. Mas para a universidade este corpo de conhecimentos nada tinha de “geral” no sentido estreito, e até reducionista, do termo. Era simplesmente cultura, entendendo-se por tal, o sistema de ideias sobre o mundo, sobre a vida, sobre o ser humano e a humanidade, que auxilia na postura que se deve adotar a cada momento para simplesmente viver e assumir as atitudes oportunas. A cultura era e continua sendo, na opinião deste autor, o conjunto de ideias a partir das quais se vive e que vêm a ser como o chão que suporta nossa existência.

## Conclusão

*Como lidar com o que não sabemos, ou não esperamos no dia a dia do médico?*

Evidentemente, não é uma tarefa fácil. Quando pensávamos que com os avanços da ciência e tecnologia a necessidade de entender o ser humano e seu meio seria menor, visualizamos o engano paradoxal. Temos hoje uma necessidade de pensarmos no núcleo da ação médica e refletirmos em saídas adaptadas ao contex-

to atual. As incertezas clínicas da atualidade nos obrigam a nos centrarmos com mais habilidade em nós mesmos e nas questões essenciais que são sempre de caráter antropológico, humanístico. Claro que o conhecimento técnico e saber que é o paciente ajuda, porém para lidar com incerteza conceitual nada melhor do que formamos a nós mesmo cada vez mais e melhor.

O mundo passa por transformações e compreendê-lo é fundamental. O que não podemos fazer é ficar apenas contemplando-o sem buscar saídas para uma melhor prática harmônica com nossa vida como um todo. Os residentes com menos prática necessitam de ajuda para lidar com a incerteza. Fingir que o problema não existe nos levará a ter médicos novos com muitos problemas pessoais e profissionais e médicos mais experientes que ao passar por cima do problema do enfrentamento da incerteza levaram consigo problemas mais graves na sua prática clínica.

A necessidade da leitura e discussão de aspectos sociológicos e filosóficos aplicados à ação do homem e especificamente dos médicos – o humanismo médico na versão moderna - são absolutamente necessários para a formação. As pesquisas de como nossos pares reagem à incerteza serão exemplo a seguir para melhorar nossa prática e navegar confiadamente pelos mares da incerteza, com o conforto de quem tem o rumo claro e definido. O que podemos e devemos fazer é não deixar os colegas novatos sozinhos no lidar com o enfrentamento da incerteza clínica. O tema do exemplo no cenário educacional é uma possibilidade real, moduladora, contribuindo para a prevenção do seu enfrentamento da incerteza. O exemplo educa, da mesma forma que é capaz de deformar. Os estudantes e médicos jovens são inspirados – para o bem e para o mal – pelas atitudes que observam em seus professores e formadores. Atuar junto com o paciente, vendo como se faz, seguindo os passos do professor, permite incorporar atitudes e comportamentos que estruturam o estilo profissional futuro.

## Referências

1. Gerrity MS, Earp JAL, DeVellis RF, Light DW. Uncertainty and professional Work: Perceptions of physicians in clinical practice. *American Journal of Sociology* 1992; 97(4): 1022-51.
2. Applegate, WB. Physician Management of patients with adverse outcomes. *Archives of Internal Medicine* 1986; 146:2249-52
3. Atkinson, P. Training for certainty. *Social Science and medicine* 1984; 19:949-56.
4. Bosk, CL. Occupational Rituals in Patient Management. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:71-76.
5. Kassier, JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty: A cause of excessive testing. *New England Journal of Medicine* 1989; 320: 1489-91.
6. Peterson DK, Pitz GF.. Confidence, uncertainty, and the use of information. *Journal of experimental psychology* 1988;14:85-92.
7. Fox Rc. Training for uncertainty. In: Merton R, Reader RC, Kendall P, eds; *Tge students-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1957:207.
8. Fox Rc. The evolution of medical uncertainty. *Milbank MQ* 1980: 58:1.
9. Bursztajn H, Feinbloom Ri, Hamm RM, Brodsky A. Medical choices , medical chances: how patients, families, and physician can cope with uncertainty. New York, NY: Delacort, 1981.
10. Gutheil TG, Bursztajn H, Brodsky A. Malpractice prevention through the sharing of uncertainty. *Informed consent and therapeutic alliance*. *New England Journal of Medicine* 1984;311:49.
11. Eddy DM, Billings J. The quality of medical evidence: implications for quality of care. *Health Aff* 1988;7:19.
12. Katz J. Why doctors don't disclosure uncertainty. *Hasting Cent Rep*. 1984: 14:35.
13. Johson Cg, Levenkron JC, suchman AL, Manchester R. Does physician uncertainty affects patients satisfaction? *Journal General Internal Medicine* 1988;3:144.
14. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Aff* 1984;3(2):74-89
15. Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc. Sci Med* 1982;16:811.
16. Linn LS, Yager J, Leake BD, et al. Diference in the numbers and costs of tests ordered by internist, family physicians and psychiatrists. *Inquiry* 1984;22:226.

17. Lusted LB. Uncertainty and indecision. *Med Decis Making* 1985;4:397.
18. Curley Sp, Young MJ, Yates JF. Characterizing physician perceptions of ambiguity. *Med Decis Making* 1989;9:116.
19. Hogarth RM. *Judgement and choice: the psychology of decision*. New York, NY: John Wiley and sons 1987:86.
20. Hershey JC, Baron J. Clinical reasoning and cognitive processes. *Med Decis Making* 1987;7:203.
21. Nightingale SD. Risk preference and laboratory test selection. *J Gen Intern Med* 1897;2: 25.
22. Nightingale SD. Risk preference and admitting rates of emergency room physician. *Med Care* 1988; 26:84.
23. Evans L, Trotter MA. Epistemology and uncertainty in primary care: na exploratoty study. *Fam Med* 2009;41(95): 319-26.
24. Lazarus RS. *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer, 1999.
25. Beresford Eb. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hasting Cent Rep*. 1991;21:6-11.
26. Farnan JM, Johson JK, Meltzer DO, Humphrey HJ, Arora VM. Resident uncertainty in clinical question making and impact on patient care: a qualitative study. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:122-216.
27. Light D Jr. Uncertainty and control in professional training. *J Health Soc Behav*. 1979;20:310-2
28. Lord RG, Kimoski RJ, Kanfer R, editors. *Emotions in the workplace: understanding the structure and role of emotions in organizational behavior*. San Francisco: Pfeiffer; 2002.
29. Green MI, Ruff TR. Why do residents fail to answer their clinical questions? A qualitative study of barriers to practicing evidence based medicine. *Acad Med*. 2005;80:176-82.
30. Nevalainen MK, et al. Facing uncertainty as a medical student - a qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Patient Educ Couns*. 2009.
31. Schneider A, Szecsenyi J, Barie S, Joest K, Rosemann validation and cultural adaptation of a German version of the physicians' reactions to Uncertainty scales. *BMC Health*. 2007;Serv Res 7:81.
32. Schneider A, Wubken M, Linde K, Buhner M. Communicating and dealing with uncertainty in general practice: the association with neuroticism. *Plos One*. 2014;9(7):1-7.
33. Gerrity MS, White KP, DeVellis RF, Dittus RS. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and Emotion* 1995;19(3):175-91.
34. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying physicians in their family practice: A primary care model for medical students' learning in Brazil. *Fam Med*. 2006;38:619 –621.
35. José. *A Odisséia da Filosofia*. São Paulo: Abril, 2015.
36. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo* Espasa Calpe. Madrid.1954.
37. Inneraty, D. "Ética de la hospitalidad". *Peninsula* . Bracelona 2001. Pág24-27.
38. Ortega Y Gasset J. *Notas de andar y ver*. Revista de Occidente. Alianza Editorial. Madrid, 1988, pg. 21
39. Newman, JH. *Discursos sobre Le fin y La naturaleza de La Educación Universitária*. Eunsa. Navarra. Espanha, 1996.
40. Newman, J.H. *The Idea of a University*. Oxford: Oxford University Press, 1976.
41. Platão. *Protágoras in Diálogos*. Tradução de Carlos Alberto Nunes. São Paulo: Ed. Melhoramentos. 1970, P. 227, 309c.
42. Platão. *As Leis* . São Paulo: Edipro, 1999, p. 67
43. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Edipro. 2009.
44. Ortega y Gasset, J. *La Rebelión de las Masas*. Editora Espasa. 1946.

## ANEXO I

### Protocolo de pesquisa sobre a caracterização do perfil de médicos residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico.

#### *Instruções para preencher o questionário:*

Este questionário é para avaliar o enfrentamento das incertezas relacionadas com o atendimento médico. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza que respostas dar em uma questão, por favor, escolha entre as respostas a que ache mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira resposta.

Não se preocupe com a “resposta certa” porque ela não existe neste tipo de pesquisa. A escolha de qualquer uma das alternativas é apropriada. A única regra é que só uma resposta poderá ser assinalada para cada uma das 15 perguntas.

#### **Exemplo: Quando um médico não sabe o diagnóstico, ele deveria dividir isto com o paciente.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- (X) Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

Esta resposta indica que você concorda parcialmente do médico falar para seu paciente que ele não sabe o diagnóstico do mesmo.

**Por favor, leia cada questão, e responda o que você acha e circule no número que indique a melhor resposta.**

## QUESTIONÁRIO

#### **Gênero:**

Feminino ( )

Masculino ( )

#### **Idade:**

Menor que 26 anos ( )

26 anos ou mais ( )

#### **Ano de residência:**

Primeiro ( )

Segundo ( )

Terceiro ( )

#### **Especialidade:**

Clínica médica ( )

Ginecologia/ Obstetrícia ( )

Cirurgia ( )

Ortopedia ( )

**1- Usualmente fico ansioso quando não tenho certeza de um diagnóstico.**

1- Discorda completamente.

- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente
- 5- Concorda moderadamente
- 6- Concorda completamente

**2- Acredito que a incerteza envolvendo o cuidado do paciente é desconcertante.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**3- Não é fácil lidar com a incerteza no cuidado do paciente.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente
- 5- Concorda moderadamente
- 6- Concorda completamente

**4- Estou bastante satisfeito com a incerteza no cuidado do paciente.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**5- A incerteza no cuidado do paciente me traz problemas**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**6. Quando eu estou incerto sobre o diagnóstico eu imagino as piores coisas como paciente morrendo, processos jurídicos e perda do registro médico.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**7. Tenho medo de ser responsabilizado devido a minha falta de conhecimento médico**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.

- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**8. Eu me preocupo com má prática quando eu não sei o diagnóstico do paciente**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**9. Quando um médico não sabe o diagnóstico, ele deveria dividir isto com o paciente**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**10. Eu sempre divido minhas incertezas com meus pacientes**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**11. Se eu falar para meu paciente minhas incertezas ele vai perder a confiança em mim.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**12. Dividir minhas dúvidas com meus pacientes melhora meu vínculo com ele.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**13. Eu prefiro que meu paciente não saiba quando eu não tenho certeza como tratá-lo.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente
- 5- Concorda moderadamente
- 6- Concorda completamente

**I4. Eu quase nunca falo com outros médicos os diagnósticos que eu não fiz.**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.

**I5. Eu nunca vou falar com outros médicos os erros que cometi com meus pacientes**

- 1- Discorda completamente.
- 2- Discorda moderadamente.
- 3- Discorda parcialmente.
- 4- Concorda parcialmente.
- 5- Concorda moderadamente.
- 6- Concorda completamente.