

O Outro Lado do Exame Clínico na Medicina Moderna

The Other Side of the Clinical Examination in Modern Medicine

Celmo Celeno Porto

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Goiânia, GO

A parte mais conhecida e aplicada do exame clínico é a semiotécnica. Mas há um outro lado, tanto ou mais importante que o reconhecimento e análise dos sinais e sintomas, que coloca o exame clínico em posição ímpar na prática médica. Neste lado, tal como a outra face de uma moeda, encontram-se elementos essenciais para uma medicina de excelência, incluindo **qualidades humanas, princípios bioéticos e a relação médico-paciente**. Este lado é que vou abordar neste ponto de vista.

Vale lembrar, inicialmente, que a medicina nasceu associada a rituais mágicos e místicos que os povos primitivos praticavam para cuidar de seus doentes. A observação empírica da pessoa doente é a raiz mais profunda do método clínico. Sem dúvida, o momento mais significativo na evolução do método clínico foi representado pela Escola de Kós, quando Hipócrates e seus discípulos passaram a considerar as doenças como fenômenos naturais e sistematizaram o exame dos pacientes, ao mesmo tempo em que definiam as bases éticas da profissão.

Não se deve esquecer que as doenças podem ser semelhantes, mas os doentes nunca são exatamente iguais. Contudo somente quem examina pacientes compreende esta verdade e é ela uma das premissas sobre as quais se apóia uma medicina de alta qualidade.

Pacientes e médicos estão proclamando cada vez mais que o lado humano da medicina não pode ser sufocado pelos avanços tecnológicos. Ao mesmo tempo, todos desejam que novos e mais refinados recursos técnicos estejam sempre disponíveis na prática médica. Como conciliar uma coisa com a outra? Este é o maior desafio da medicina moderna. Para enfrentá-lo, não se deve esquecer que a medicina ocidental é um conjunto de tradições, conhecimentos e técnicas que vêm acumulando-se há mais de 2.500 anos, justamente o que permite ver o ser humano em sua plenitude, incluindo não apenas aspectos biológicos mas também suas relações com o contexto cultural e o meio ambiente. Nossa mente, apoiando-se em elementos lógicos e intuitivos, consegue armazenar e selecionar todo esse saber para aplicá-lo na cura ou, melhor dizendo, no cuidado dos doentes. Nenhuma máquina será capaz de fazer isso.

A possibilidade de avaliar os mais diferentes aspectos do corpo humano ou suas modificações anatômicas e funcionais, com detalhes e precisão nunca antes imaginados, fascinou os médicos a tal ponto que muitos pensaram – e alguns ainda pensam – que o método clínico teria de dar lugar à

tecnologia médica. Fruto do progresso é a necessidade de rever conhecimentos e procedimentos, muitos dos quais precisam ser até abandonados. Isso significa exercer a profissão médica num momento de transição que, como seria de se esperar, fez nascer duas posições extremas: numa, concentram-se os que se apegam cegamente, por comodidade ou convicção, à maneira tradicional de exercer a medicina; na outra, aglomeram-se, às vezes, ruidosamente, os que ficaram deslumbrados pelas novidades.

É necessário manter a mente aberta e espírito crítico para encontrar uma posição de equilíbrio, que consiste em adotar o novo no que for útil sem medo de conservar o antigo no que ele tiver de bom. Sem dúvida, o exame clínico é o que há de melhor na medicina, e dele devemos tirar o máximo proveito, acrescentando-lhe os recursos técnicos com o melhor que eles tiverem. Se assim agirmos, ficaremos mais eficientes sem perder nossa sensibilidade.

Além disso, é fundamental nunca perder de vista que há um lado da medicina que não se enquadra nos limites – e nas limitações – dos aparelhos e das máquinas, por mais maravilhosos que sejam, pois aí se encontra muita coisa indispensável ao nosso trabalho, ou seja, a relação médico-paciente – é ela que possibilita reconhecer as incontáveis maneiras de sentir, sofrer, interpretar o que se sente e de relatar o que se passa no íntimo de cada um de nós –, os matizes impressos pelo contexto cultural, a participação de fenômenos inconscientes e as interferências do meio ambiente. Cuidar de pacientes com eficiência depende de todos esses fatores, porque a ação do médico não se esgota na identificação de uma doença e sua comprovação por exames complementares.

Não se pode negar, contudo, que os grandes progressos técnicos provocaram relevantes indagações. Algumas pertinentes, outras não. A mais importante delas é: será que a memória de um computador alimentado com todas as informações contidas nos tratados de medicina e ciências afins, nos periódicos e no mundo virtual não seria capaz de substituir, até com vantagem, o trabalho que os médicos fazem com apoio no exame clínico? Em outras palavras: o exame clínico estaria perdendo seu lugar?

Colocada nesses termos, a pergunta estabelece um antagonismo entre o método clínico e os avanços tecnológicos. Devemos reconhecer, de imediato, que não há conflito entre um e outro. São coisas diferentes. Uma pode completar a outra, mas nenhuma pode substituir a outra. Cada uma tem seu lugar, mas o exame clínico desempenha um papel especial, em três pontos cruciais da prática médica: *para formular hipóteses diagnósticas, para estabelecer uma boa relação*

Palavras-chave

Exame clínico, relação médico-paciente, princípios bioéticos.

Correspondência: Celmo Celeno Porto •

Rua 16, 145/1902 – 74015-020 – Goiânia, GO

E-mail: celeno@cardiol.br

Recebido em 20/08/05 • Aceito em 28/10/05

Ponto de Vista

médico-paciente e para a tomada de decisões.

O médico que levanta hipóteses diagnósticas consistentes é o que escolhe com mais acerto os exames complementares. Ele sabe o que “rende” mais para cada caso, otimizando a relação custo/benefício, entendida em todos os seus aspectos. Além disso, a interpretação dos valores laboratoriais, das imagens e dos gráficos construídos pelos aparelhos será a adequada para cada paciente. Quem faz bons exames clínicos aguça o espírito crítico e não se esquece de que os laudos dos exames são apenas “resultados de exames” e nunca representam uma avaliação global do paciente. Na verdade, correlacionar com precisão os dados clínicos com os resultados dos exames complementares pode ser considerada a versão moderna de “olho clínico”, segredo do sucesso dos bons médicos de ontem e de hoje, cuja essência é a capacidade de valorizar detalhes sem perder a visão de conjunto, ou seja, sem perder de vista a condição de pessoa do paciente em toda sua complexidade.

A relação médico-paciente, por sua vez, nasce e se desenvolve durante o exame clínico. É bom que se diga que sua qualidade depende do tempo e da atenção que se dedica à anamnese, tarefa que nenhum aparelho consegue realizar com a eficiência de uma boa entrevista. Aliás, os pacientes têm notado e proclamado que, quando se interpõe entre eles e o médico uma máquina, o médico pode ficar tão deslumbrado com ela que se esquece deles. Transferir para a máquina os cuidados e o carinho antes dedicados ao doente é uma tentação diretamente relacionada ao fascínio que equipamentos modernos exercem sobre muitos médicos, principalmente aqueles em início da carreira, quando as vivências da prática ainda não desenvolveram a capacidade crítica do profissional, única maneira de conhecer as possibilidades e as limitações dos exames complementares.

Precisa ficar claro que decisão diagnóstica não é o resultado de um ou de alguns exames complementares, por mais sofisticados que sejam. Tampouco é o simples somatório dos gráficos, imagens ou a quantificação de substâncias existentes no organismo. É um processo muito mais complexo porque utiliza todos esses elementos mas não se resume a eles. Numa decisão diagnóstica e no planejamento terapêutico, que é sua conseqüência prática e a que mais interessa ao paciente, é necessário levar em conta outros fatores, nem sempre aparentes ou quantificáveis. Somente o exame clínico tem flexibilidade e abrangência suficientes para se encontrarem as chaves que “personalizam” cada diagnóstico e cada proposta terapêutica. Convém nunca se esquecer de que ninguém nasce, ninguém vive, ninguém adocece, ninguém morre da mesma maneira em todos os lugares. É necessário lembrar, mais uma vez, que as doenças podem ser semelhantes, mas os doentes nunca são exatamente iguais.

O que parecia conflitante – o método clínico e os exames complementares – passa a exigir uma compreensão cada vez mais harmoniosa. Enquanto o método clínico caracteriza-se pela sua inigualável capacidade de ver o paciente como um todo, dando-lhe uma sensibilidade que nenhum outro método tem, os exames complementares vão adquirindo especificidade cada vez maior. A conclusão é óbvia: saber associá-los constitui o principal desafio da medicina moderna. Pode ser também o segredo do sucesso do médico.

No outro lado do exame clínico encontra-se a única maneira de incorporar os princípios bioéticos – autonomia, beneficência, não-maleficência, sigilo e justiça – a todos os atos médicos. Para que a ética não seja uma abstração teórica, confinada em códigos deontológicos, é necessário que seja traduzida em valores e atitudes presentes todas as vezes que um médico tenha diante de si um paciente. Relevantes questões, ainda não bem resolvidas do ponto de vista ético, aparecem cada vez com maior freqüência na prática da medicina moderna. Um bom exemplo é a capacidade de se manter ou prolongar a vida por meios artificiais de pacientes nos quais as possibilidades científicas de recuperação já se esgotaram. No campo da cardiologia tal questão está presente no cotidiano dos médicos. Mais uma vez, são os dados obtidos no exame clínico que irão possibilitar tomar as decisões mais adequadas. Para cada paciente todos os conhecimentos, normas e recursos técnicos precisam ser analisados e aplicados de maneira personalizada. Medicina humanística é isso: ver a pessoa doente e não o órgão lesado.

Dizer que a medicina é uma ciência e uma arte não é uma afirmativa gratuita ou um pensamento saudosista. Tampouco representa um modo elegante de reagir aos avanços técnicos a que estamos assistindo.

Nos últimos anos, com o progresso da informática, algumas lições já puderam ser tiradas das tentativas de desenvolver sistemas lógicos com a finalidade de se substituir o raciocínio clínico. Partiu-se da hipótese de que a memória do computador carregada com o máximo de informações seria capaz de fazer diagnósticos mais rápidos e perfeitos. Os resultados foram decepcionantes e o entusiasmo inicial durou pouco. Só obtiveram êxito as experiências restritas à interpretação de gráficos e imagens, como eletrocardiogramas, cintilografias e imagens radiológicas, constituídas de elementos facilmente transferíveis para algum tipo de linguagem de computador. O mesmo não acontece com os dados clínicos, extremamente variáveis e mutáveis, é verdade, mas inteiramente adequados para os complexos processos mentais que nos levam a fazer diagnósticos e tomar decisões terapêuticas. Sem que se perceba, justamente porque tais processos em boa parte se passam no nível inconsciente, utilizamos numerosos elementos aparentemente desprovidos de conexão com os fatos relatados ou obtidos no exame do paciente para tirar conclusões, aí se incluindo dados psicológicos, antropológicos, sociais, culturais ou de outra natureza. O raciocínio diagnóstico pode ser comparado a complexas árvores de decisão com um grande e variável número de componentes que vão surgindo e se modificando desde o primeiro olhar que se lança ao paciente para, em determinado momento, se transformarem numa decisão diagnóstica.

Por isso, é correto dizer que no exame clínico está o elo entre a ciência (médica) e a arte (médica). Ou melhor, é durante o exame do paciente que se pode fazer a fusão da ciência e da arte. E isto se dá de muitas maneiras. Como primeiros componentes encontram-se os conhecimentos científicos que devem ser organizados e aplicados de maneira objetiva, dentro das rígidas regras que a ciência exige, absolutamente racionais e até certo ponto facilmente codificáveis. Nesse aspecto só temos a ganhar com as técnicas estatísticas e a computação eletrônica de dados porque tudo

se passa com inquestionável predomínio do objetivo sobre o subjetivo, tal como acontece em qualquer ramo das ciências naturais.

Mas a prática médica nunca fica restrita a esses limites, pois fora deles temos a relação médico-paciente a influir na adesão ao tratamento, nos efeitos dos medicamentos e das cirurgias, decorrente das inúmeras maneiras de sentir e de reagir à ação de medicamentos e de outros procedimentos. Agora, é o subjetivo andando com o objetivo ou até suplantando-o, é a intuição valendo-se de tanto ou mais que os processos racionais e lógicos. Os limites precisos impostos pela ciência (médica) dão lugar às fronteiras mal definidas e a referências instáveis, necessariamente mutáveis, que vão compor o segundo componente da profissão médica, que se convencionou chamar de arte médica.

No exame clínico, e somente nele, esses dois lados andam juntos, comunicando-se, influenciando-se mutuamente, entrelaçando o lado lógico e racional com o intuitivo e o subjetivo. Morin, ao analisar os avanços dos conhecimentos humanos que estão fragmentando-se cada vez mais com reflexo negativo em suas aplicações cotidianas, realçou a necessidade de identificar as interfaces das novas descobertas procurando estabelecer pontes entre elas, o que sintetizou na denominação “religação dos saberes”, processo indispensável para transformar as conquistas das ciências em ações práticas.

O que faz a medicina tão diferente de outras profissões é esse lado não-racional, não-lógico, que nos obriga a ver além da célula lesada e do órgão alterado. O método clínico permite-nos penetrar neste mundo complexo, porque ele concilia o lado racional, que se alimenta dos conhecimentos científicos, com os outros aspectos ainda pouco conhecidos ou inteiramente desconhecidos da natureza humana, que se tornam ainda mais complexos quando há dor, sofrimento, risco de vida, medo da morte. Contudo pouco conhecer ou desconhecer não significa inexistir, nem justifica ignorar esse outro lado da prática médica. Aliás, é importante valorizá-lo porque nele podem estar os mistérios que fazem parte do estar saudável e do ficar doente. Pode estar aí a diferença entre o bom médico e o profissional medíocre.

O exame clínico, ao fazer esta fusão, rompe os limites da ciência cartesiana e positivista que circunscreve a medicina no âmbito das doenças e torna possível aceitar a presença do imponderável, sempre presente na medicina dos doentes.

Anamnese e exame físico

Nessa linha de pensamento, quanto maior o progresso dos recursos técnicos mais importante se torna a entrevista com o paciente, não apenas para analisar sinais e sintomas, mas principalmente para conhecer e cuidar de um doente.

A anamnese é fundamental na relação médico-paciente que, por sua vez, é o componente mais importante na adesão ao tratamento, principalmente quando se propõem mudanças no estilo de vida e uso contínuo de medicamentos. Uma boa relação médico-paciente influi não só na adesão, mas também nos resultados das intervenções terapêuticas, sejam elas quais forem, farmacológicas, dietéticas, cirúrgicas.

Não se pode esquecer também que fazem parte dos mecanismos íntimos do exame clínico, melhor dizendo, deste outro lado do exame clínico, as qualidades humanas consideradas fundamentais para se cuidar de pacientes, representadas por respeito, integridade e compaixão.

O respeito, expresso em nossas palavras, gestos e atitudes, é o elemento primordial na valorização da condição humana do paciente. Integridade, outra qualidade indispensável, é representada pela necessidade de não enganar ou ludibriar o paciente com afirmativas falsas, ameaças veladas ou claras de riscos inexistentes, promessas vãs. Compaixão, qualidade difícil de definir, reside em nossa capacidade de compreender o sofrimento do paciente e estar disposto a fazer tudo o que for possível para eliminá-lo ou aliviá-lo.

O papel do exame físico na cardiologia vem-se modificando ao longo dos anos, mais acentuadamente após a entrada, na prática cotidiana, dos exames complementares que modificaram totalmente nossa capacidade de avaliar a estrutura e as funções do sistema cardiovascular. Contudo desejo ressaltar aqui o “outro lado” do exame físico.

A inspeção continua sendo uma técnica indispensável, não só pelo que pode fornecer no exame do coração mas também pela visão de conjunto que propicia sobre o paciente, mais do que qualquer outro método. Porém é preciso se ter consciência de que inspecionar não é a mesma coisa que olhar. Inspecionar é apenas um recurso semiotécnico, enquanto olhar é um componente da relação entre duas pessoas.

A palpação do pulso radial tem dois significados independentes. O primeiro é sua capacidade de mostrar alterações do ritmo, da frequência cardíaca, as características da onda de pulso e da parede arterial. O outro significado é o de ato simbólico do contato físico com o paciente. Em geral, é pela palpação do pulso radial que fazemos o primeiro contato físico com o paciente. Neste momento não se deve perder a oportunidade de avaliar as mãos do paciente. Mãos trêmulas, frias e sudorentas expressam ansiedade, cujo reconhecimento é sempre importante no momento de tomar decisões e anunciá-las ao paciente. Além disso, o ato de “tocar” o paciente pode representar uma real aproximação entre o médico e o paciente e um sinal de apoio em um momento de fragilidade e receios.

É de fundamental importância compreender e valorizar o significado psicológico do exame físico. O componente afetivo, embora mais nítido e evidente na anamnese, visível na maneira de o paciente falar, em nossos gestos e atitudes, também está presente no exame físico e precisa ser mais bem reconhecido, porque pode transformar-se num dos fatores de fortalecimento da relação médico-paciente.

Para o paciente, as técnicas que usamos para identificar alterações anatômicas ou funcionais – inspeção, palpação, percussão e ausculta - contêm em si outro componente, muitas vezes esquecido ou desprezado pelo médico. Constitui o “outro lado” do exame físico. Assim, na inspeção está incluso o ato de olhar; na palpação e na percussão, o de tocar e na ausculta, o de ouvir.

É necessário compreender que **inspecionar e olhar** são indissociáveis, enquanto **palpar e tocar** são procedimentos

Ponto de Vista

que se completam. A síntese desse duplo significado do exame físico é facilmente compreendida se o médico estiver atento para compreender o que os pacientes querem dizer quando falam: **“Doutor, estou em suas mãos!”**, expressão que revela duplo sentido, pois significa que o paciente espera que de nossas mãos saia uma prescrição, um procedimento ou ato cirúrgico capaz de livrá-lo de um padecimento, assim como a nós está entregando-se, permitindo-nos decidir ou ajudá-lo a escolher o que é melhor para ele. Nesta hora acontecerá ou não uma aliança – aliança terapêutica – que vai decidir o sucesso ou o fracasso de nossas ações.

Quando o médico olha o paciente, ele não só está inspecionando o corpo (parte técnica), reconhecendo palidez, cianose, icterícia e outras alterações, mas também está vendo a pessoa como um todo, nunca se esquecendo de que o coração do paciente não está sobre nossa mesa para ser examinado, mas no peito de uma pessoa que confiou em nós. Ou seja, ao olhar o paciente, conseguimos reconhecer alterações anatômicas e funcionais, ao mesmo tempo que podemos detectar aspectos emocionais, como - por exemplo - uma expressão facial tensa ou angustiada. Quando palpamos ou percutimos, podemos não apenas identificar modificações estruturais, mas também ter em mente que estamos tocando o corpo do paciente com nossas mãos. Tocar, do ponto de vista psicológico, é mais do que palpar. Quando o médico ausculta pode perceber ruídos originados no corpo, porém, muitas vezes, é mais importante saber ouvir o que o paciente está a nos dizer com palavras ou gestos.

Donde se conclui que o médico que reconhece e valoriza o outro lado do exame clínico sabe inspecionar e olhar, palpar e tocar, auscultar e ouvir. Os dois componentes – semiotécnica e significado psicológico – reforçam-se mutuamente, fazendo do método clínico um inesgotável manancial de informações sobre a doença e o doente.

Ao longo de minha vida como Clínico, aprendi a usar a parte final da ausculta do coração para um momento de reflexão sobre o paciente que tinha perto de mim. Em um ou dois minutos, aproveitando aquele instante de silêncio e concentração, fazia um balanço de tudo o que ouvira e observara, não apenas do ponto de vista semiológico, mais do que isso, procurava inserir todos os dados clínicos no contexto da vida daquela pessoa que ali estava à espera do que eu iria dizer-lhe e que, muitas vezes, seria decisivo para a sua vida e a de seus familiares.

Métodos

Arte clínica consiste em levar para cada paciente a ciência médica, e o exame clínico é a melhor maneira para concretizar esse objetivo. O grande desafio está em como fazer isso. Deve ficar claro que capacitação técnica, representada por informações atualizadas, perfeito domínio de manobras e procedimentos, habilidade para manusear equipamentos e máquinas é indispensável para o exercício da medicina moderna. Mas cabe perguntar: capacitação técnica, por si só, seria suficiente para bem cuidar de pacientes? Necessário é, porém não é suficiente. Por não sermos engenheiros do corpo humano, nem mecânicos que consertam máquinas,

à capacidade técnica temos de acrescentar algo mais. Algo muito mais importante. Convém lembrar àqueles que adotam uma concepção mecanicista do ser humano que, de acordo com as leis da robótica, no futuro, os robôs poderão criar e consertar outros robôs. Em contrapartida, tudo leva a crer que os doentes continuarão sendo pessoas e serão cuidadas pelos médicos que também permanecerão, antes de tudo, seres humanos.

Cumprido ressaltar, a propósito, que estamos vivendo um momento de transição no qual se propõe modificar o “pensamento clínico”, que forma a base da prática médica desde Hipócrates, reforçado pelo nascimento da ciência médica, cujo ponto de partida é a obra de Vesalio e consolidado pelo modelo anatomoclínico ao longo de alguns séculos, e do qual nasceu o raciocínio fisiopatológico, conforme ressalta Foucault em sua clássica obra “O Nascimento da Clínica”, substituindo-o por “modelos probabilísticos”, principal base da Medicina Baseada em Evidências (estatísticas, convém acrescentar). Essa transição manifesta-se pela freqüente utilização de forma ambivalente e incompleta dos protocolos e diretrizes, a refletir a dificuldade que o médico ainda tem de raciocinar probabilisticamente. Isso porque nenhum médico dispensa sua experiência, que é a base do pensamento clínico, fruto das vivências ao lado dos pacientes. Acredito que, com o passar do tempo, chegaremos a um equilíbrio como ocorreu em vários outros momentos da história da medicina, mas, para isso, é necessário fazer pontes entre o “pensamento clínico” e os “modelos probabilísticos”.

Como a arte clínica inclui capacidade técnica, qualidades humanas, princípios bioéticos, normas legais e depende da capacidade de relacionamento, idealizamos a seguinte equação: $AC = E [MBE + (MBV)^2]$, na qual “E” representa a Ética, “MBE” a Medicina Baseada em Evidências e “MBV” a Medicina Baseada em Vivências.

O componente principal da equação é a Ética (E), pois é ela que dá o verdadeiro sentido a todo ato médico, já que a medicina é uma profissão a serviço do bem-estar do ser humano. A Medicina Baseada em Evidências (MBE), cuja base são técnicas estatísticas, as quais pela sua própria natureza não consegue levar em conta a condição humana do paciente, ocupa um lugar na equação porque fornece informações válidas e úteis para analisarmos as doenças, os exames complementares e alguns tratamentos, mas não é seu componente mais importante. Este fator não decide o resultado da equação.

Ninguém nega que a profissão médica deve ser exercida apoiada em informações científicas sólidas, mas a elas se deve juntar qualidades humanas, inatas ou cultivadas, a relação médico-paciente considerada como o núcleo luminoso da medicina, além dos princípios bioéticos claramente compreendidos. Por isso, como elemento destacado da equação, aparece a Medicina Baseada em Vivências (MBV), expressão buscada na concepção fenomenológica da vida que, como ressalta Merleau-Ponty, não é apenas o resultado de processos biológicos mas inclui aspectos psicossociais e culturais, única maneira de compreender o paciente em sua condição humana. Vivências compreendidas dessa maneira incluem tirocínio profissional, perspicácia, bom-senso, solidariedade, sensibilidade e, mais do que tudo isso,

capacidade de se comunicar e de se relacionar com outro ser humano. Como este componente é o marcador da qualidade da arte clínica, vale dizer, da prática médica, consideramos que deve ser elevado ao quadrado, atribuindo-lhe peso diferenciado na equação.

Nessa metáfora em forma de equação procuramos mostrar que só pode exercer a arte clínica o médico que, com

competência técnica e dentro de elevados padrões éticos e científicos, cuidar de pacientes; em outras palavras, a arte clínica está em exercer a medicina colocando a condição humana do médico e do paciente em primeiro lugar e acima de qualquer outro aspecto. Para que esse objetivo seja alcançado é fundamental conhecer e pôr em prática o outro lado do exame clínico.

Referências

- Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. 2th ed. London: Pitman Paperbooks, 1957.
- Bastos A. O que Acontece com o Clínico? *Arq Bras Cardiol* 1996; 66:187-8.
- Branco RFG. A Relação com o Paciente. Teoria, Ensino e Prática. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Guanabara-Koogan, 2003.
- Costa VESM. A Fenomenologia como Possibilidade de Entendimento da Relação Médico-Paciente. In: Branco RFG. A Relação com o Paciente. Teoria, Ensino e Prática. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara-Koogan, 2003.
- Décourt LV. O Doente e a Técnica na Medicina Atual. *Revista do INCOR*, 1995; 2:3-4.
- Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. 5ª edição. São Paulo: Editora Forense Universitária, 1998.
- Fuchs FD. Terapêutica na Prática Clínica Cardiovascular. Vivências e Evidências. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85: 72-5.
- Ianni B. Morte dos Clínicos. *Jornal SBC* 1995; 9:2-3.
- Luz PL. O Papel do Clínico na Medicina Moderna. *Arq Bras Cardiol* 1995; 64:297-8.
- Merleau-Ponty M. *Ciências do Homem e Fenomenologia*. São Paulo: Ed. Saraiva, 1973.
- Morin E. *A Religação dos Saberes. O Desafio do Século XXI*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2001.
- Porto CC. Arte Clínica. *Jornal do Clínico*, 2002; ano X (57):11.
- Porto CC. Medicina dos Doentes e Medicina das Doenças. In: Branco, RFG. A Relação com o Paciente. Teoria, Ensino e Prática. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.
- Porto CC. O Clínico e as Doenças do Coração. In: Porto CC. Doenças do Coração. Prevenção e Tratamento. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2005.
- Porto CC, Dantas F. $AC = E[MBE + (MBV)^2]$, uma Equação Matemática para a Arte Clínica. *Rev Soc Bras Clin Med* 2003; 1(2): 33-4.
- Sackett DL. *Evidence Based Medicine*. 2th ed. Churchill Livingstone, 2000.
- Uchôa AC. *Protocolos e a Decisão Médica. Evidências e/ou Vivências*. Tese de Doutorado. UERJ, Rio de Janeiro, RJ, 2003.