

medicina em geral

eis alguns de nossos
livros recomendados

FISIOLOGIA RENAL — Gerhard Malnic e Marcelo Marcondes
FISIOLOGIA DA CIRCULAÇÃO — Maurício Rocha e Silva Jr.
FISIOLOGIA RESPIRATÓRIA — Horst Haebisch
INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA FISIOLOGIA HUMANA — Betty
Lerner

AS BASES DA MEDICINA PREVENTIVA — Kurt Kloetzel

* HIGIENE FÍSICA E DO AMBIENTE — Kurt Kloetzel

* FUNDAMENTOS DA FARMACOLOGIA MOLECULAR — Andrejus
Korolkovas

MICROBIOLOGIA — VOL. I — Fisiologia Bacteriana — Davis,
Dulbecco e outros

MICROBIOLOGIA — vol. II — Imunologia — Davis, Dulbecco e outros

MICROBIOLOGIA — VOL. III — Infecções Bacterianas e Micóticas —
Davis, Dulbecco e outros

MICROBIOLOGIA — VOL. IV — Virologia — Davis, Dulbecco e
outros

ASPECTOS MODERNOS DA GENÉTICA MÉDICA — P.H. Saldanha

FUNDAMENTOS DA FARMACOLOGIA — e suas aplicações à
Terapêutica — VOL. I — Maurício Rocha e Silva

FUNDAMENTOS DA FARMACOLOGIA — e suas aplicações à
Terapêutica — VOL. II — Maurício Rocha e Silva

* Livros coeditados com a
Editora da Universidade de São Paulo



EDART — São Paulo Livraria Editora Ltda.

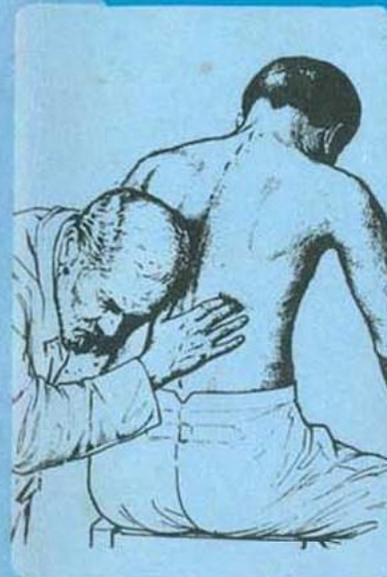
01224 — R. Jaguaribe, 47 — CP 4108 — São Paulo (SP) — Tel.: 221-9933

KURT KLOETZEL

RACIOCÍNIO CLÍNICO

KURT KLOETZEL

RACIOCÍNIO CLÍNICO



€ . P . U .



EDITORA PEDAGÓGICA
E UNIVERSITÁRIA LTDA.

Do mesmo autor:

AS BASES DA MEDICINA PREVENTIVA, Edart, 1973.
HIGIENE FÍSICA E DO AMBIENTE, Edart, 1975.

RACIOCÍNIO CLÍNICO

CONTEÚDO

Capítulo 1	Saúde e Doença	11
Capítulo 2	As Causas de Doença	23
Capítulo 3	Prognóstico: Evolução de um Quadro Clínico	38
Capítulo 4	O Processo Diagnóstico	54
Capítulo 5	Doença ou Problema?	63
Capítulo 6	A "Demora Permitida"	75
Capítulo 7	A História Clínica (Anamnese)	85
Capítulo 8	O "Normal"	108
Capítulo 9	O Exame Físico	135
Capítulo 10	Sintomas e Sinais	183
Capítulo 11	Sinais sem Sintoma: O "Achado Casual"	194
Capítulo 12	O Exame Complementar	208
Capítulo 13	A Profissão	231

Direitos cedidos à EDART – São Paulo Livraria Editora Ltda.
Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio, do texto e ilustrações
conforme legislação em vigor.

direção editorial
de Washington Helou

gerência editorial
de Antonio Orzari

RACIOCÍNIO CLÍNICO



EDART-SÃO PAULO
LIVRARIA EDITORA LTDA

01224 - Rua JAGUARIBE, 47 - C.P. 4108 - SÃO PAULO (SP) - Fone: 221-9933

KURT KLOETZEL
Professor-Titular, Faculdade de Medicina de Jundiaí

RACIOCÍNIO CLÍNICO

Capítulo 1	1
Capítulo 2	13
Capítulo 3	27
Capítulo 4	38
Capítulo 5	53
Capítulo 6	67
Capítulo 7	82
Capítulo 8	108
Capítulo 9	138
Capítulo 10	183
Capítulo 11	204
Capítulo 12	221
Capítulo 13	231



EDART - SÃO PAULO LIVRARIA EDITORA LTDA.

1977
Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio, do texto e ilustrações, sem a autorização expressa da editora, sob pena de sanção legal.

PREFÁCIO

Este não é um texto "profundo", e basta folheá-lo rapidamente para que seus objetivos saltem aos olhos: pretende-se através dele montar os alicerces de uma medicina simplificada, pela qual muitos dentre nós há anos se batem. Situa-se ela em posição intermediária entre as doutrinas do hospital-escola (perfeitamente legítimas, desde que não se ambicione delas extrapolar para toda uma nação) e a medicina lá fora, primária, empírica e pobre em recursos, que é oferecida para campo de trabalho do médico recém-formado.

Fornecendo ao jovem colega uma filosofia e algumas táticas que, quiçá, lhe reduzam a frustração, abrir-se-ão novas perspectivas para uma assistência à população, que será satisfatória tanto para o paciente como para o profissional.

Não se trata de "dourar a pílula amarga", porém; algumas destas técnicas e táticas efetivamente são mais eficientes e mais humanas.

Inicialmente fora outro o título que se tinha em mente. Mas chamá-lo de "Introdução à Clínica" limitaria o uso deste livro àqueles que estivessem cursando o 2.º ou 3.º ano de Medicina — o que não é a intenção. Além disto, obrigaria dar maior ênfase às técnicas do exame físico, aqui apenas esboçadas, a fim de poder-se ilustrar seus princípios básicos.

Os pacientes discutidos nestas páginas foram especialmente selecionados da casuística pessoal, visando fins didáticos. Com isto cometi os mesmos pecados contra os quais reclamo, isto é, de tratar-se a Medicina como mera coleção de "casos interessantes", em vivo contraste com o prosaico do dia-a-dia do profissional de saúde. Mas isto foi inevitável.

Igualmente não me foi possível fugir à imposição do espaço e das características do texto; de tal sorte foram esquematizados os exemplos práticos, com omissão de detalhes e requintes, que o "espírito científico" do livro será posto em dúvida.

Mas que não se pretenda um resultado não especificamente incluído entre os objetivos.

Não só fui pouco ortodoxo, mas deliberadamente dei voz a certas heresias. Seguramente as mesmas serão menos perniciosas do que admitir-se que, por falta de "condições humanas e materiais", neste país não é possível atender condignamente aqueles que necessitam do auxílio do médico, opinião largamente difundida, embora mantida entre quatro paredes.

KURT KLOETZEL

Jundiaí, Outubro de 1975

1. SAÚDE E DOENÇA

Mesmo o leigo não encontrará dificuldade em apontar algumas das características daquilo que consideramos estado de *doença*. Experimentará alguma dificuldade em responder, porém, se lhe pedirmos meia dúzia dos sinais que representam *saúde*. Se a falta de ar fez parte da primeira lista, a ausência de falta de ar será incluída na segunda; se lembrou o emagrecimento como sintoma de *doença*, sentir-se-á tentado a colocar obesidade, o seu oposto, entre os fatores que definem *saúde*.

Não só nós faltam palavras fáceis para uma definição autônoma de *saúde*, mas experimentamos pudor em pronunciar algumas daquelas que primeiro surgem à mente, como "bem-estar", "felicidade", "bom-humor". Não nos parecem termos respeitáveis.

Por ocasião de sua fundação, em 1946, a Organização Mundial da Saúde pousou como objetivo a seguinte meta, definição que se tornou clássica e até hoje é repetida incessantemente pelos professores de Medicina Preventiva ou Medicina Social :

"Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou invalidez."

É provável que o intento dos membros do primeiro conselho tenha sido o de demonstrar que não se considerava autônoma dentro do grupo de agências que compõe a Organização das Nações Unidas, o que é louvável, bem como inteligente. Compreende-se, por outro lado, a perplexidade de um estudante de Medicina que exclama: "Mas, neste caso todo mundo é doente!"

Efetivamente, segundo o conceito da O.M.S., doente não é só o portador de incapacidade orgânica, mas também o estudante que não consegue conciliar o sono na véspera do exame; que está apaixonado ou com urgência necessita de um empréstimo para saldar a

conta do aluguel. A definição é vaga demais para as exigências da prática e cumpre restringi-la:

"Doença é aquela parte da demanda social que compete ao médico e demais membros da equipe de saúde."

Os dois primeiros casos clínicos foram observados em consultório particular:

PACIENTE nº 1: K. T., 23 anos, sexo masculino, desenhista técnico.

Este paciente mostrou-se totalmente desinibido diante do médico e foi com surpresa que o mesmo anotou o problema que lhe era trazido:

Desde o princípio do ano o paciente freqüentava um curso noturno de Engenharia Operacional, passo importante para sua promoção na indústria em que trabalhava. Devido a um excesso de faltas, via-se, porém, ameaçado de perder o ano letivo.

Não que deixasse de freqüentar as aulas — a questão era outra. Cada vez que o professor fazia a chamada, o paciente era tomado por um bloqueio verbal, e simplesmente não conseguia pronunciar a palavra "presente". Por mais que se esforçasse em visualizar o ridículo da situação, cada vez que o mestre atingia seu nome na lista de chamada, era como se uma mão de ferro lhe estretasse a garganta, e nem balbuciar a sua identificação conseguia. Obviamente tornara-se objeto de chacota dos seus colegas.

Já por diversas vezes recorrera a sedativos, numa tentativa para resolver seu problema, mas debalde. Concluía, pois, que a sua *doença* devesse ser orgânica, e por este motivo procurara a ajuda do médico.

O paciente aparentava saúde perfeita e nada foi encontrado de importante ao exame físico.

PACIENTE nº 2: J. L., 31 anos, sexo masculino, desempregado.

Tratava-se do primo de um colega de profissão, que o enviara ao clínico com uma carta fechada, na qual confessava-se desolado por não ter conseguido mostrar a seu parente "que a doença era imaginária".

J. L. parecia bem disposto, suas vestes eram modestas, mas limpas e bem cuidadas. Sem olhar para o médico, sentou-se diante dele, passando logo a abordar as suas necessidades. Queria que lhe receitassem hormônios masculinos com o objetivo de tornar mais grave e masculino o timbre de voz.

O paciente era solteiro e vivia na companhia da mãe, viúva, de quem cuidava. Era o mais moço dentre quatro irmãos; os demais já haviam constituído família, estavam "bem de vida" e pouca atenção davam à mãe. O paciente jamais se animara a prosseguir nos estudos, embora no ginásio fosse um dos melhores alunos. Já tivera diversos empregos—sempre por pouco tempo—mas nenhum dos mesmos o satisfizera com suas possibilidades. No presente momento não tinha ocupação fixa, mas vez ou outra ajudava um amigo a vender máquinas de tecelagem, assunto do qual entendia alguma coisa.

Não o preocupava o fato de estar desempregado. Os irmãos ajudavam na manutenção da casa e, quanto a ele, a mãe exigia-lhe tanta atenção que raramente tinha algumas horas livres. E cuidar dela, para ele valia mais do que ganhar dinheiro.

"De manhã saio para comprar pão e leite. Depois passo a maior parte do tempo fazendo companhia à mamãe. Mas também leio muito, tanto livros como revistas e mesmo jornais."

Recentemente lera num semanário popular que os hormônios sexuais masculinos, quando inadvertidamente administrados a crianças e mulheres, poderiam ser responsáveis não só por hirsutismo, mas pelo aparecimento de uma voz mais grave. Era este, justamente, seu objetivo o que num caso era indesejável efeito colateral, para ele seria terapêutica.

O médico procurou tranqüilizá-lo; nada percebia de anormal na voz do paciente, que era, mesmo, de um agradável barítono.

Mas J. L. tinha opinião diversa, e nada podia persuadi-lo de que não possuía voz efeminada. E não era apenas a voz que o preocupava, mas todo seu porte físico lhe era suspeito; estes mesmos hormônios certamente fariam aumentar sua estatura, dariam volume a seus músculos. Havia 3 meses entrara numa academia de karatê, visando a este mesmo fim, mas desistira após algumas sessões.

Era essencial, para J. L., refazer sua aparência física. De manhã, quando ia à padaria, informou, notava que todos os transeuntes dele zombavam. Quando ouvia alguém rir detrás de suas costas, sabia que era dele que debochavam; de sua voz, de seu porte efeminado, de sua aparência de invertido sexual.

Apressou-se a informar, porém, que de forma alguma pertencia a esta categoria de gente. Muito ao contrário, vez ou outra freqüentava um prostíbulo do centro da cidade.

Embora antecipasse que nada de importante iria encontrar, o médico esmerou-se em meticuloso exame físico, ao término do qual informou J. L. de que raramente recebia em seu consultório pacientes em tão magníficas condições de saúde.

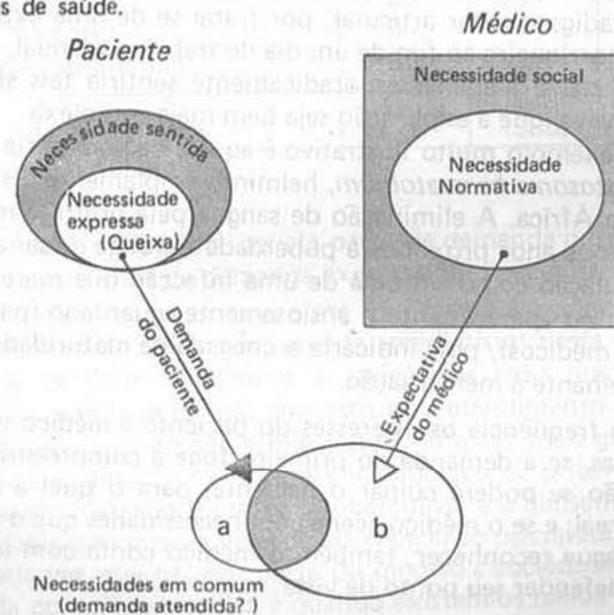


Fig. 1 — Necessidades e demanda de paciente e médico.

A Medicina organicista não consideraria *doentes* estes dois *pacientes* que, no entanto, têm problemas que para eles são bastante tangíveis. Ambos os pacientes têm *queixas*, têm uma *demanda* a apresentar, mas seria difícil para um estudante de Medicina equacioná-las com *necessidades*.

A *demanda sentida* pelo paciente pode transformar-se integralmente em *demanda expressa*, se nada impedir o fácil acesso ao médico, se este lhe parece digno de confiança e, sobretudo, se para o paciente o problema se reveste de suficiente importância. O grau de "conscientização" de uma sensação depende extraordinariamente da formação cultural e da sensibilidade do indivíduo. Para alguns a experiência sentida é traduzida mais facilmente em *queixa*, para outros as barreiras para a verbalização são mais espessas.

O Quadro I mostra a reação de três classes sociais norte-americanas (classe I é a mais abastada, classe III a mais pobre) diante de uma lista de sinais e sintomas que lhes foi apresentada.

Por conseguinte, para uma mesma *demanda normativa* (necessidade reconhecida pelo médico) são inteiramente individuais as reações dos membros de uma população, obstáculo principal à implantação de uma eficiente Medicina Preventiva. Poder-se-ia argumentar que à classe III (os proletários) pouco valor atribuem ao sintoma fadiga ou dor articular, por tratar-se de uma experiência para eles corriqueira ao fim de um dia de trabalho manual, enquanto que a classe I apenas esporadicamente sentiria tais sintomas. Mas é provável que a explicação seja bem mais complexa.

Um exemplo muito ilustrativo é aquele da hematuria causada pelo *Schistosoma haematobium*, helminto amplamente distribuído através da África. A eliminação de sangue pela uretra é mais pronunciada nos anos próximos à puberdade e, longe de ser encarada pela população como sintoma de uma infecção que merece tratamento, o seu aparecimento é ansiosamente aguardado (para desespero dos médicos), pois indicaria a chegada da maturidade sexual, algo semelhante à menstruação.

Com freqüência os interesses do paciente e médico não coincidem. Mas, se a demanda do primeiro foge à compreensão do segundo, não se poderá culpar o paciente, para o qual a queixa é bastante real; e se o médico acena com necessidades que o paciente não consegue reconhecer, também o médico conta com argumentos para defender seu ponto de vista.

QUADRO I

Proporção de indivíduos que considera estes sinais e sintomas suficientemente importantes para procurar um médico*

Sinal ou sintoma	Classe I	Classe II	Classe III
Perda de apetite	57	50	20
Dor lombar persistente	53	44	19
Tosse rebelde	77	78	23
Dor articular ou muscular	80	47	19
Sangue nas fezes	98	89	60
Sangue na urina	100	93	69
Sangramento vaginal abundante	92	83	54
Edema dos membros inferiores	77	76	23
Perda de peso	80	51	21
Sangramento de gengivas	79	51	20
Fadiga crônica	80	53	19
Falta de ar	77	55	21
Cefaléia persistente	80	56	22
Vertigens	80	51	33
Dor torácica	80	51	31
Nódulo mamário	94	71	44
Tumoração abdominal	52	65	34
(Número de indivíduos)	(51)	(335)	(128)

*Segundo Koos, 1960

A área *b* do gráfico, aquela parte da demanda normativa que ultrapassa as divisas da demanda expressa pelo paciente, é pequena quando faltam recursos ao aparato que presta assistência médica, ou numa Medicina demasiadamente imediatista: nesta situação a sociedade se limita a atender as exigências mais prementes da população, compreendendo sua estrutura atendimento de pronto socorro, para as afecções clínicas ou cirúrgicas mais graves, concentrando-se, ainda, nos setores encarados como prioritários, tais como Saúde Materno-Infantil, a tuberculose e a hanseníase e, quiçá, a organização dos serviços de assistência ao psicopata.

Toda vez que há, por parte do médico e sociedade, uma pronunciada consciência social, e quando existem os meios para trans-

formá-la em ação, o setor *b* se amplia. Neste caso procura-se fazer uma eficiente Saúde Pública, uma verdadeira Medicina Comunitária. Como o nome já indica, são atividades que se tornam anti-econômicas quando realizadas ao nível do indivíduo, mas são compreendidas em termos de toda uma coletividade.

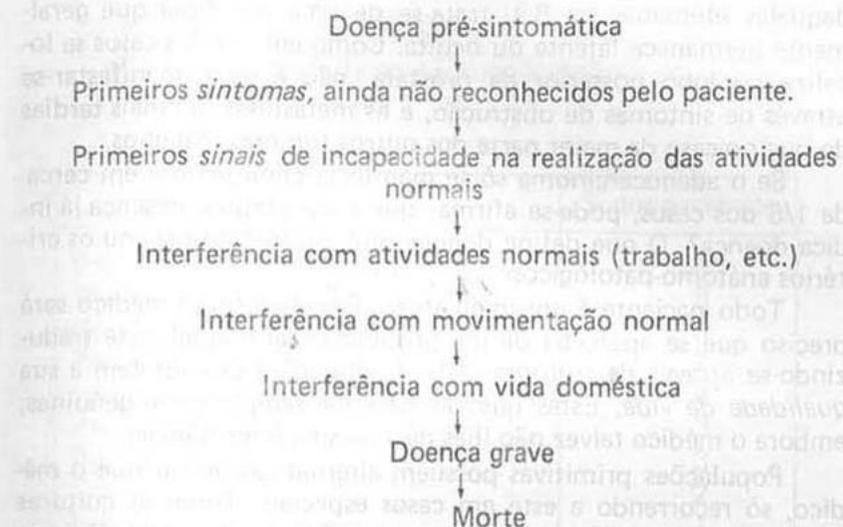
O termo "Medicina Preventiva", tão popular na última década, também faz parte das necessidades reconhecidas principalmente pelo médico, sendo geralmente brindadas com incompreensão por parte do paciente. Ainda não há queixas nem demanda a fazer; apenas o profissional reconhece nuvens no horizonte. Se não é fácil para o paciente encontrar um médico que dê ao seu bloqueio verbal em sala de aula, ou à sua angústia por temer-se acusado de homossexual, a mesma importância que a uma afecção puramente "orgânica", dificuldade idêntica enfrenta a Medicina ao tentar demonstrar que a obesidade é digna de atenção antes mesmo de surgirem suas complicações, ou recomendar tratamento precoce da hipertensão arterial, embora para o paciente pareça inverossímil que a sua saúde possa estar ameaçada.

Para o paciente é brusca a transição entre *saúde e doença*; a Medicina, porém, reconhece infinitos estágios intermediários entre os dois estados, que não são entidades distintas, mas apenas os extremos de um processo de evolução.

Um pesquisador recentemente pousou a seguinte pergunta: "É a doença um parasita que cresce na árvore, ou parte da própria árvore? É doença uma coisa que 'acontece' a pessoas, ou serão estas manifestações construtivas ou destrutivas de seu interrelacionamento com um ambiente em que vivem?"

Uma fratura do fêmur certamente deve ser olhada como algo de novo, que surgiu de repente; a infecção por um vírus, ou por um micróbio, manifesta-se como processo de parasitismo, em determinado momento tomando conta de um terreno que lhe oferece condições propícias.

Em outros processos, porém, — e encontramos exemplos nas doenças degenerativas ou nas doenças mentais — o parasita é parte da própria árvore e existe uma gradual evolução entre saúde e doença. Isto poderá ser esquematizado da seguinte maneira:



A patologia da próstata serve de boa ilustração para este esquema.

A *hipertrofia benigna*, processo de hiperplasia do estroma fibromuscular, é tão comum que metade dos homens com mais de 50 anos tem *manifestações clínicas* de obstrução prostática. Mas, antes da obstrução instalada, o paciente já percebe urgência ao urinar, freqüência aumentada, bem como ardor à micção, embora o jato urinário ainda seja considerado normal.

Na fase de obstrução, estes sintomas aumentam de intensidade e o paciente percebe que seu jato ficou mais débil e que ele precisa esforçar-se para conseguir o esvaziamento da bexiga. Na ausência de tratamento e na persistência da obstrução e da retenção de urina, tem início uma infecção do aparelho urinário e, posteriormente, o desenvolvimento de uma insuficiência renal, eventualmente levando à morte.

Em que ponto desta cadeia tem início a *doença*?

Obviamente paciente e médico serão de opinião diversa. Deve haver uma fase precoce da hipertrofia, ainda sem sintomas, pois seria inconcebível que semelhante processo se iniciasse bruscamente numa transição súbita entre normal e anormal. Nesta fase a hipertrofia já seria detectável ao toque retal.

Outro tipo de patologia, que provavelmente não tem relação alguma com o anterior, é o *adenocarcinoma* de próstata, um dos tumores mais comuns no sexo masculino. Encontrado casualmente em 15-20% das autópsias feitas na 5.^a década, e em cerca de 60%

daquelas efetuadas na 8.^a, trata-se de uma neoplasia que geralmente permanece latente ou oculta. Como em 3/4 dos casos se localiza no lobo posterior da próstata, não é usual manifestar-se através de sintomas de obstrução, e as metástases são mais tardias do que no caso da maior parte dos outros tumores malignos.

Se o adenocarcinoma só se manifesta clinicamente em cerca de 1/6 dos casos, pode-se afirmar que a sua simples presença já indica doença? O que define doença, uma sintomatologia ou os critérios anátomo-patológicos?

Todo paciente é um imediatista. Para levá-lo ao médico será preciso que se aperceba de um problema real e atual, este traduzindo-se através de *sintomas*, isto é, alterações que limitem a sua *qualidade de vida*. Estas queixas para ele sempre serão genuínas, embora o médico talvez não lhes dê a mesma importância.

Populações primitivas possuem alternativas outras que o médico, só recorrendo a este em casos especiais. Todas as culturas distinguem entre diferentes classes de enfermidade, entre os sinais e sintomas que necessitam da atenção do médico, e aqueles que permitem recorrer a medidas mais simples, como o remédio caseiro ou a consulta ao curandeiro. Em termos gerais, são as queixas de início agudo e as doenças incapacitantes que indicam que a demanda deva ser apresentada ao médico: aquele que sofreu fratura óssea não tem alternativas senão o profissional habilitado, enquanto que a lesão de pele ou a tosse crônica permitem as mais diversas opções.

Quando o indivíduo não consegue trabalhar, quando se encontra afetada a sua capacidade de gozar a vida, comer aquilo que desejaria, manter relações sexuais freqüentes, entregar-se ao esporte ou a qualquer outro tipo de passatempo que lhe é caro, aí reconhecerá que está verdadeiramente doente. Quando não encontra explicação para seus sinais e sintomas, é mais forte a motivação de procurar assistência competente, enquanto que é grande a tendência de protelar a consulta quando se pensa conhecer a sua origem.

O Quadro II enumera os diferentes tipos de *queixa* trazidas por ocasião da primeira consulta ao ambulatório, da parte de uma população não-pagante, de baixo nível sócio-econômico.

QUADRO II

Motivo para consulta ao Ambulatório Geral de um hospital-escola *

Queixa	% dos pacientes
Dor (qualquer localização)	56
Vertigens	8
Novos sinais (lesões de pele etc.)	8
Falta de ar, tosse	7
Irregularidades menstruais	4
Fadiga	3
Prurido cutâneo	3
"Palpitações"	2
Febre	1
Convulsões	1
Sudorese exagerada	1
Outros	6

* K. K., dados inéditos.
(Nenhum dos pacientes vistos no decorrer de meio ano compareceu com o objetivo de pedir algum conselho, ou a fim de solicitar exame de revisão de saúde!)

Notem bem!: Tratam-se de *queixas*, não de *diagnósticos*. Como ficará claro em páginas posteriores, a existência de uma demanda não indica que sempre se consiga um diagnóstico preciso para a mesma.

O diagnóstico nem sempre é possível, a não ser que o médico se contente em ser impreciso. Por vezes ele se resignará a tratar as *queixas* (tratamento "sintomático" ou "empírico").

Uma série de termos que sugerem rigor científico poderia ser adotada para caracterizar o distúrbio apresentado por K. T., mas em psiquiatria muitos dos diagnósticos ainda são meras abstrações. Nada impediu, porém, que o médico resolvesse o problema do paciente: enviou uma carta ao seu professor, na qual solicitava que o aluno tivesse o direito de levantar a mão por ocasião da chamada, assim assinalando a sua presença na sala de aula.

A interpretação das queixas trazidas pelo paciente começa com uma singela pergunta: "*Qual é o seu problema?*" Especulações diagnósticas serão feitas num segundo tempo, *se necessário*.

PACIENTE N.º 3: R. G., 67 anos, sexo masculino, aposentado.

Trata-se de um senhor de nacionalidade alemã que, após anos de trabalho como viajante, finalmente conseguiu a realização de um sonho antigo: aposentar-se e morar no campo. Mora numa chácara no Vale do Paraíba, na companhia da esposa. É robusto, orgulha-se de jamais ter tido problemas com a saúde e insiste em frisar que só veio ao consultório por insistência de uma de suas filhas, que mora na capital. Sempre foi fisicamente ativo, e mesmo agora divide com um empregado as tarefas de conservação de sua propriedade.

Faz meio ano que nota "dores na espinha", que primeiramente começaram a se fazer notar no decorrer do ato de cortar o gramado, quando era obrigado a empurrar o peso da cortadeira motorizada. Não experimenta qualquer dificuldade em subir escadas ou ladeiras, motivo pelo qual não se preocupou com estas queixas.

Há "algumas semanas" (a informação não é muito precisa) a dor principiou também à noite, chegando a despertá-lo. Mas basta que ande alguns minutos ao redor do quarto de dormir para conseguir alívio, em seguida mantendo um sono tranqüilo até o amanhecer. Já trocava o colchão com a esposa que sofria de dor lombar e fazia uso de um colchão ortopédico, sem que a sintomatologia se alterasse.

O exame físico pouco contribuiu para o diagnóstico diferencial: R. G. era apenas ligeiramente obeso, apresentava uma pressão arterial de 165 por 100, e a apófise espinhosa de D₄ era dolorosa à pressão do dedo.

Depois que o paciente fora medicado, mais ou menos duas horas após a consulta, sua esposa telefonou ao médico, mas pedindo-lhe sigilo. O caso de seu marido lhe parecia mais alarmante do que ele mesmo confessara, pois a verdade era que sua dor principiava no precórdio, donde se irradiava para os lados, para cima, e só depois para o dorso. De alguns meses para aquela data R. G. mostrava-se mais deprimido, irritava-se pelos menores contratemplos e passara a aumentar o consumo de bebidas alcoólicas nas refeições. Na opinião de sua esposa, o paciente não estava tão despreocupado como queria dar a entender, temendo que fosse descoberta qualquer afecção cardíaco-vascular. Tanto o pai como um dos irmãos morreram "do coração".

É óbvio que o médico recomendou-lhe voltar com o marido mais uma vez, dentro de uma semana.

Este caso clínico, que será explorado em maiores detalhes mais adiante, por enquanto servirá para formular algumas perguntas:

Se as informações da esposa realmente são fiéis ao quadro clínico, o que levaria R. G. a esconder detalhes relevantes ao diagnóstico? Fora efetivamente marcar a consulta por insistência única dos familiares e recusa assistência médica, ou é tamanho o seu pavor diante da possibilidade de uma angina do peito e a sua necessidade de ser declarado sadio, que não ousa dar ao médico os dados indicativos de que talvez não o esteja?

É a própria dor ou o medo de doença que constitui a essência do problema clínico?

Por outro lado, no caso de serem exageradas as informações de última hora — e não é incomum que o excesso de ansiedade por parte da família dramatize uma situação — poderá o médico reconhecer como legítima, também, uma *demandada dos familiares*?

Na falta de sinais clínicos mais importantes, e diante de informações conflitantes, de que meios dispõe o médico para decidir qual das duas descrições é a correta?

Embora saúde plena só exista na presença de condições sócio-econômicas favoráveis, para todos os fins práticos doença será considerada aquela parte das necessidades humanas que se enquadra, de um modo mais ou menos definido, no campo de ação do médico.

Mas doença pode significar coisas diferentes para paciente e médico. Para o primeiro, toda *queixa* é merecedora de atenção; o segundo exige a sua reformulação em forma de *sintoma* para que lhe possa dar o devido valor, e mesmo assim muitas vezes só a encara com maior seriedade na presença de *sinais* clínicos.

Mas, assim como existem sintomas sem sinais, há os sinais sem sintomas correspondentes. Estes passam a ter valor para o médico, sem que o paciente lhes dê o reconhecimento que merecem.

Às vezes, saúde e doença estão nitidamente demarcados, mas, de regra, separa-os uma série de estágios intermediários, evolutivos, que podem ser encarados de maneira diversa por paciente e profissional de saúde.

QUESTÕES:

1. Em que se distingue o paciente n.º 3 dos dois casos anteriores? Que risco correria a sua saúde se fosse decidido tratá-lo sintomaticamente?
2. O paciente n.º 2 é um *doente*? Que nome daríamos a seu problema?

3. Que categoria de profissional deveria ser consultado por um indivíduo que sofresse medo de alturas, não conseguindo subir sequer os primeiros degraus de uma escada sem experimentar vertigens ou palpitações?
4. Qual das duas condições, a hipertrofia benigna de próstata ou o adenocarcinoma deste órgão, dão maior escopo à Medicina Preventiva?
Em qual dos dois casos são estas medidas profiláticas mais facilmente aceitas pelo paciente?

2.

AS CAUSAS DE DOENÇA

Devemos admitir que todo aquele que tem uma queixa pode ser considerado doente, embora só uma parcela da demanda da população seja responsabilidade do profissional que cuida especificamente da saúde. Depois de anotar esta queixa, já se tornou rotina pensar no passo seguinte: o *diagnóstico*. Mas, como já ficou patente em linhas anteriores, esta tentativa nem sempre é coroada de êxito.

Fazer um diagnóstico significa dar um nome, e aos nomes atribuímos extraordinário valor; tanto médico como paciente sentem que a consulta ficou incompleta sem esta definição. É uma tendência que deve ser combatida, pois, se às vezes a terapêutica específica exige um diagnóstico preciso, outras vezes — e possivelmente isto é mais freqüente — a tentativa de esmiuçar o quadro clínico em seus menores detalhes consome tempo valioso e recursos sempre escassos, sem que aumente a eficiência do tratamento.

A paciente n.º 4 exemplifica a primeira destas situações:

PACIENTE N.º 4: M. S., 11 anos, sexo feminino, escolar.

Esta menina foi atendida de urgência no Hospital Universitário, cerca de 20 horas após os primeiros sintomas; numa seqüência de evolução rápida, primeiro manifestaram-se fenômenos catarrais de vias aéreas superiores, em seguida febre, dor de cabeça e vômitos. Era o auge da epidemia de meningite, amplamente noticiada pelos jornais, e a família estava alarmadíssima.

Os sinais clínicos revelados pelo exame físico realmente eram compatíveis com o diagnóstico de meningite (Fig. 2).

A rotina diagnóstica nestes casos impõe a confirmação laboratorial e pediu-se exame do líquido cerebrospinal, obtido por punção sub-occipital. O resultado está reproduzido na Fig. 3.

Tanto o exame físico como os dados laboratoriais eram compatíveis com a meningite. Em face de um episódio agudo, com características clínicas em rápida evolução, poucos se aventurariam a iniciar um tratamento sintomático (empírico) que visasse a dor de cabeça, a febre ou os vômitos, mas far-se-ia um esforço para