

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

M.S., 11 anos, ♀

SINTOMAS

FEBRE E CALAFRIOS

CEFALÉIA

VÔMITOS

"ESTADO GRIPAL"

SINAIS (após 20 horas de evolução)

LIGEIRO TORPOR

FEBRE (39,4 °C)

PULSO = 85

P.A. = 115 X 75

HERPES LABIAL

RIGIDEZ de NUCA

SINAL DE KERNIG ++

Fig. 2 — Sinais e sintomas de um caso de meningite (paciente nº, 4).

enquadrar todos os sinais e sintomas dentro de uma doença única, isto é, tentar-se-ia chegar a um diagnóstico. Mas, este nome que a doença de M. S. tomou, este diagnóstico de "meningite", pode ser considerado *causa* de seus sintomas?

Não, meningite é apenas uma *síndrome*, isto é, um grupo de doenças que possuem quadro clínico e laboratorial mais ou menos semelhante, mesmo os aspectos anátomo-patológicos não permitindo, ainda, diferenciação precisa na mesa de autópsia. Um tratamento que se iniciasse logo após ser estabelecido um diagnóstico de meningite ainda seria grosseiro e poderia trazer sério risco à recuperação da paciente, pois os mais diversos *agentes etiológicos* podem ser responsáveis pelo quadro. Se é verdade que apenas a

LABORATÓRIO CENTRAL

LIQUOR <input type="checkbox"/> S. O. <input checked="" type="checkbox"/> L.	ENTRADA DIA: 3/4 SAÍDA DIA : 4/4	HORA: 12,45 HORA:	AMB. (X)
NOME MS	R.G.:		
IDADE: 11	SEXO: f	CLÍNICA: Ambul.	LEITO N.º
E X A M E S		VALOR NORMAL	RESULTADO
COR - ASPECTO		INCOLOR - LÍMPIDO	purulento
PRESSÃO INICIAL P. FINAL VOL.			
STOOKEY			
HEMÁCIAS			
LEUCÓCITOS: TOTAL			12.300
NEUTRÓFILOS			95%
EOSINÓFILOS			—
LINFÓCITOS			4%
MONÓCITOS			1%
OUTROS			
GLICOSE		45 - 75 mg%	30 mg%
CLORETOS		700 - 750 mg%	792 mg%
PROTEÍNAS		10 - 40 mg%	420 mg%
GLOBULINAS: NONNE		Negativo	++
PANDY		Negativo	
<input type="checkbox"/> TAKATA			
<input type="checkbox"/> VDRL			
<input type="checkbox"/> WEIMBERG			
<input type="checkbox"/> BACTERIOSCOPIA		Diplococos gram - e+, intra e extracelulares	
<input type="checkbox"/> CULTURA			

OBS.: Após centrifugação - líquido xantocrômico
c/ sedimento purulento

SUSPEITA CLÍNICA: Meningite

TRATAMENTO ANTIBIÓTICO?

DR.:

DR.:

DATA PEDIDO:

SAÍDA LABORATÓRIO:

Fig. 3 — Exame do líquido cefalorraquidiano num caso de meningite.

meningite determinada pela *Neisseria* toma feições epidêmicas (e durante as primeiras horas da internação, antes de se saber o resultado dos exames, o tratamento será orientado segundo esta hipótese), quadros clínicos semelhantes podem ser causados pelo *H. Influenza*, pelo *Pneumococco* e mesmo pelo *M. tuberculosis*, cada um dos quais pode exigir terapêutica diversa.

Vê-se que a investigação das causas de um determinado quadro clínico, que nos pacientes n.º 1 e n.º 2 é inteiramente improfícua, para a paciente M. S. é essencial; não podemos nos satisfazer em tratar meros sintomas, nem é permitido confiar demais num nome genérico como o de "meningite", mas torna-se desejável a identificação precisa de um agente.

Dentro das limitações de um laboratório de hospital, isto nem sempre é possível. Em cerca da metade dos casos de meningite por *Neisseria meningitidis* o exame de laboratório consegue revelar a presença deste agente (Fig. 4), e a terapêutica específica pode ter início. Quando esta pesquisa resultar negativa, o tratamento se orientará pelo *mais provável*, que no caso será a meningite por *Neisseria*.

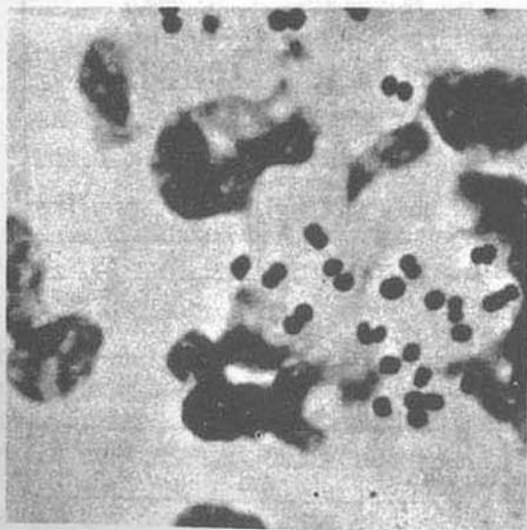


Fig. 4 — *Neisseria meningitidis* (aumento de 2400 vezes), o agente de uma das meningites.

Mas, quanto mais óbvia parece uma conclusão, mais facilmente conduz a uma atitude de falsa segurança. A vigilância sempre será necessária, a constante análise e reanálise dos processos mentais que levaram à conclusão não pode faltar, porquanto é mais do que natural que, mesmo na presença de uma epidemia de

meningite, casos esporádicos de meningite tuberculosa ou de meningites que complicam processos de otite média ou de mastoidite irão ser encontrados.

O raciocínio etiológico é mais ou menos simplista nas doenças transmissíveis e não há grande erro em se admitir que cada doença tem a sua causa específica (o agente). Isto não é possível, porém, nos pacientes n.º 1 e n.º 2, considerados portadores de afecções "psicossomáticas" ou "psico-neuróticas", embora estes termos representem mero recurso semântico. Tais enfermidades da mente terão substrato genético, serão consequência das circunstâncias de uma vida em sociedade, com suas tensões e seus traumas, dependerão da ação de algum agente ainda não identificado? Terá o desenhista nascido com uma predisposição para bloqueios verbais, será a vida de solteirão que J. L. leva, com suas privações e suas distorções, a causa de sua mania? Ou defrontarmos com uma situação exatamente inversa, o aparente *efeito* neste segundo paciente devendo ser olhado como *causa*?

Não é possível decidir.

A meningite da paciente n.º 4 parece ter um agente etiológico único e, para fins de terapêutica, este tipo de raciocínio basta, mas, em verdade, *uma determinada doença sempre tem múltiplas causas*.

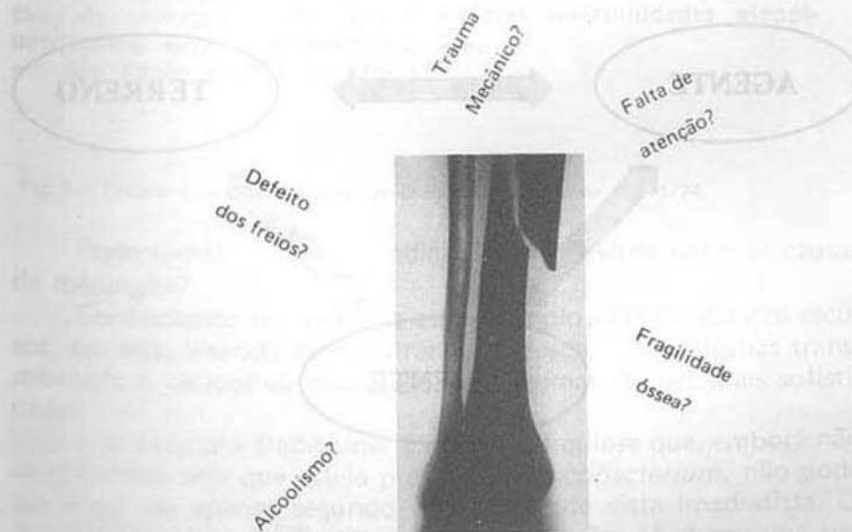


Fig. 5 —

Um cidadão qualquer descuida-se, ao atravessar a rua, e é atropelado por um veículo que se desloca com velocidade exagerada. Em conseqüência, este indivíduo sofre uma fratura óssea, prontamente atendida pelo ortopedista de plantão. O tratamento é inteiramente objetivo, isto é, o desvio dos fragmentos é corrigido e a perna engessada, sem que alguém se preocupe com as causas do acidente. Quaisquer especulações sobre a etiologia serão meramente teóricas e desinteressantes, neste caso, pelo menos.

Obviamente o *agente* da fratura foi o veículo. Mas não se pode esquecer o fator *terreno*: talvez o paciente tenha nascido com fragilidade óssea (e há diversas doenças deste tipo). E há que considerar, também, as particularidades do *ambiente* que podem ter desviado a atenção do motorista ou de sua vítima na fração de segundo que precedeu o acidente, ou *fatores predisponentes* como a ingestão de álcool pelo condutor do carro, defeito visual de um ou outro indivíduo, mau funcionamento de freios ou direção, etc.

Qual é a causa real?

E, mesmo que fosse possível identificá-la, faria qualquer diferença no tipo de tratamento da fratura?



Fig. 6 — O triângulo da etiologia das enfermidades.

Recentemente uma edição domingueira de "O Estado de S. Paulo" publicou uma crônica da qual reproduzimos apenas um trecho:

Meningite exige atenção constante

Preferimos ajudar e não vilipendiar. Decidimos trabalhar e não observar. Como bem informar constitui parte da batalha apta a diminuir os males que a onda epidêmica inevitavelmente gera, julgamos oportuno contribuir com mais um modesto quinhão, comunicando uma circunstância sem dúvida digna de conveniente atenção, já que encerra implicações de monta e não desprezíveis. Trata-se da constatação de que nordestinos estão adoecendo em São Paulo, durante o pre-

sente acontecimento epidêmico, em ponderável escala, com doença meningocócica.

Nos ambientes hospitalares onde desenvolvemos cotidianamente atividades assistenciais, são internados muitos patricios originários do Nordeste. Em certas ocasiões, eles correspondem a 50 ou 60% dos indivíduos em tratamento e essas taxas suplantam comumente as pertinentes a paulistanos nas mesmas oportunidades atendidos.

Fig. 7 — Trecho de artigo publicado em *O Estado de S. Paulo*, 17/11/74.

Poderíamos incluir a condição de nordestino entre as causas da meningite?

Confessamos ter incluído este exemplo com propósitos escusos, ou seja, visando demonstrar que mesmo nas moléstias transmissíveis o raciocínio etiológico pode tomar feições mais sofisticadas.

Um exemplo tradicional é o da tuberculose que, embora não se manifeste sem que esteja presente o *Mycobacterium*, não pode ser encarada apenas segundo um ponto de vista imediatista. O agente, amplamente distribuído na população, só determina um quadro clínico se existirem condições propícias a ele. A *infecção*

é comuníssima, a *doença* felizmente só se manifesta numa minoria. A radiografia abaixo é de um *doente*:

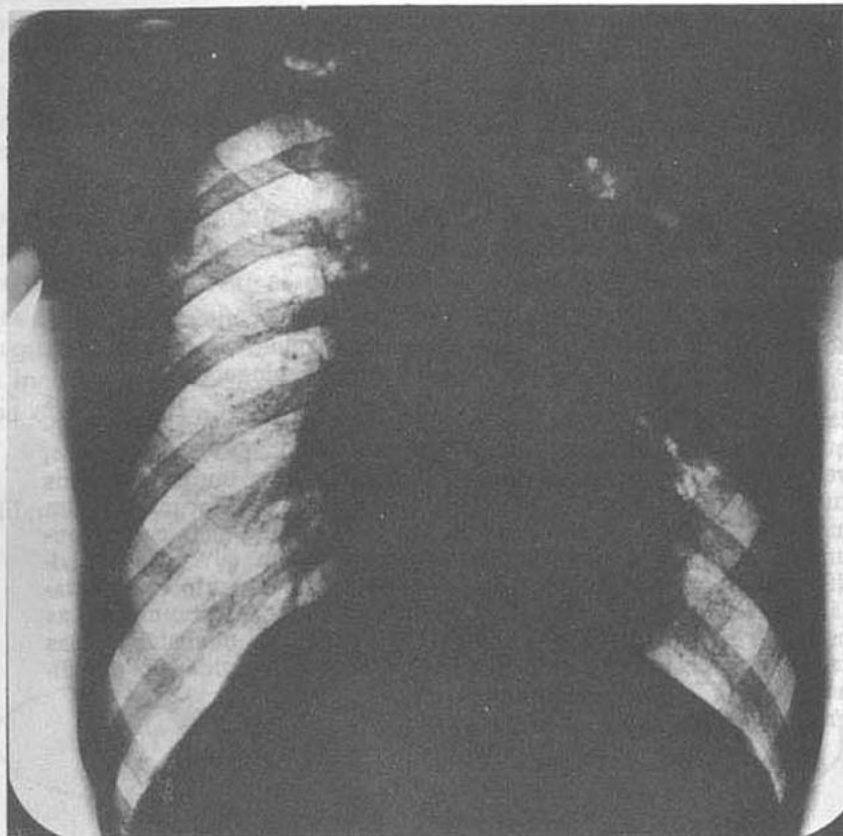


Fig. 8 — Radiografia de tórax de um paciente com tuberculose ativa.

A lesão pulmonar é óbvia, mas seria ingenuidade querer atribuí-la exclusivamente ao bacilo de Koch. Na maioria dos casos o agente não conseguirá multiplicar-se se o *terreno* não lhe for favorável, se as condições sociais em que o indivíduo vive forem impróprias para a passagem de infecção para doença. Sabe-se que os japoneses são muito suscetíveis ao bacilo de Koch, o mesmo dando-se com a raça negra. Com relação a estes últimos, porém, é bem possível que a elevada incidência de tuberculose não se deva a fatores genéticos, mas que são as precárias condições sociais em

que vivem (subnutrição, habitação imprópria, etc.) o elemento desencadeante de tuberculose-doença.

A influência do meio ambiente há mais de um século é reconhecida pelos interessados em problemas de saúde das massas, principalmente na Inglaterra, onde se iniciaram as primeiras tentativas de estruturação daquilo que posteriormente veio a chamar-se Higiene ou Saúde Pública. Os dados reunidos no Quadro III são recentes, mas o fenômeno não constitui novidade:

QUADRO III

Índices de mortalidade relativa, para algumas enfermidades, em função da classe social (homens entre 15 e 64 anos)*

Causa de morte	Classe social**				
	I	II	III	IV	V
<i>Tuberculose</i>	40	54	96	108	185
Neoplasia maligna de estômago	49	63	101	114	163
Neoplasia maligna de reto	79	89	106	98	120
Neoplasia maligna de laringe	47	74	99	100	176
Neoplasia maligna de pulmão, brônquio ou traquéia	53	72	107	104	148
Lesões vasculares do S. N. C.	86	89	101	98	135
Cardiopatia reumática crônica	67	69	104	110	146
Doença coronariana, angina	98	95	106	96	112
Hipertensão arterial	85	96	99	96	138
Pneumonia	48	54	88	102	196
Bronquite	28	50	97	116	194
Úlcera do duodeno	48	75	96	107	173

* Adaptado de McKeown e Lowe, 1974. Os dados foram obtidos na Inglaterra e País de Gales e referem-se ao período 1959-1963.

** O nível sócio-econômico decresce da classe I à classe V.

Por conseguinte, basta ser pobre para que a mortalidade por tuberculose suba ao quádruplo ou ainda mais. A *profilaxia* desta enfermidade não se fará apenas através da vacina (B. C. G.), nem se confiará somente no tratamento medicamentoso dos doentes da comunidade, mas procurar-se-á elevar as condições econômicas e de higiene da população.

Trata-se de uma regra geral: para se fazer a Medicina Preventiva, para se trabalhar em problemas de toda uma coletividade, é necessário conhecer todas as causas em jogo. Mas, diante de um caso individual, a conduta pode ser mais imediatista e o clínico limita-se ao tratamento que lhe compete, sem analisar a situação de saúde do público em geral.

Doenças agudas, como a tuberculose ou a fratura óssea, não pousam importantes problemas etiológicos. Em outros casos, porém, é conveniente encarar a etiologia no plural.

Exemplo típico de uma destas *enfermidades multifatoriais* é aquele da arteriosclerose, que envolve pelo menos 12 fatores etiológicos. Por isto fala-se no "mosaico" da arteriosclerose

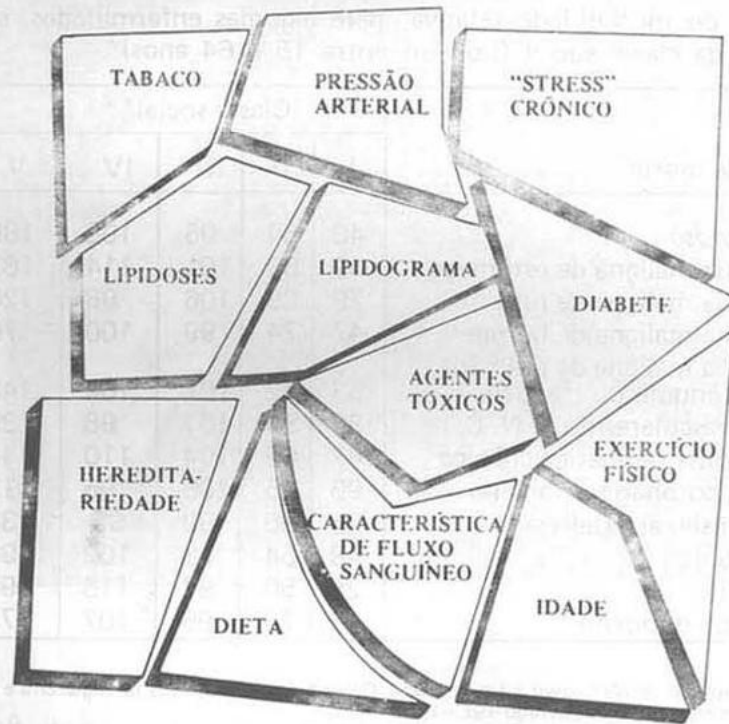


Fig. 9 — O mosaico da aterosclerose, doença multifactorial.

É natural que numa situação deste tipo a terapêutica seja bastante problemática. E é novamente a Medicina Preventiva que se interessa por esquemas assim complexos, pois a maior esperança reside na profilaxia das doenças vasculares, exigindo a sua programação que todos os fatores etiológicos sejam conhecidos.

É o envelhecimento uma doença?

A resposta não pode ser muito categórica, pois há diversas interpretações. Algumas culturas encaram a senilidade com o mesmo fatalismo com que observam os demais fenômenos naturais e portanto inevitáveis. Outras, especialmente as nossas populações modernas, ansiosamente lançam mão de todos os recursos da ciência, não só "para dar anos à vida" mas "vida aos anos", objetivo que a Geriatria lhes promete atingir. Dependendo de seu grau de ceticismo, o médico situa-se mais próximo deste ou daquele extremo.

O envelhecimento dos órgãos se expressa objetivamente através do acúmulo de pigmento no interior das células nervosas, por perda de elasticidade do colágeno e por uma série de outros fenômenos que podem ser medidos e analisados, não só qualitativamente mas também em termos de quantidade. Se o envelhecimento for doença, então o passar do tempo pode ser incluído entre as causas de patologia orgânica.

O paciente geralmente é mais imediatista quando pensa etiológicamente, a causa de um sintoma qualquer para ele sendo o fenômeno que imediatamente precedeu o início da doença: quanto menor o intervalo de tempo, mais firmes parecem as relações de causa e efeito. Num nível mais primitivo, é o jantar da véspera, no restaurante chinês, ao qual se atribui a culpa pela diarreia; é o abuso no banho de sol do fim de semana, a briga com o marido ou o "vento encanado" as causas para outros tantos incômodos. É fenômeno que se observa em todos os níveis sociais.

O tipo de raciocínio etiológico favorecido por um grupo humano depende do grau de sofisticação de sua cultura. Considerar, como se fazia durante séculos, a saúde como recompensa pela rigorosa observância dos preceitos morais ou religiosos em voga, e doença como castigo por uma infração a este código, não mais é crença generalizada, mas ainda se observa em indivíduos isolados ou em seitas e pequenas comunidades religiosas. Mesmo nos dias de hoje, porém, e nas mais diversas civilizações, existem alguns esquemas conceituais mais corriqueiros e que se distribuem pelas seguintes categorias:

1. *Distúrbio emocional severo*: o "susto" da gestante, a "colerina" (termo empregado para descrever o quadro de febre, dor abdominal, vômitos e diarreia), etc.
2. *Contaminação por pessoas "impuras"*: o "mau olhado".
3. *Obstrução do trato gastrintestinal*: o "empaxamento".

4. *Exposição ao frio ou ao calor*: "chupei um sorvete na 4.ª feira e no dia seguinte...", sentar-se sobre uma pedra aquecida pelo sol.

5. *Exposição ao "mau ar"* (que penetraria pelos orifícios naturais do corpo): "queixo-me de um vento que entrou nos cantos dos olhos", afirmação que ainda se ouve com frequência nos estados do nordeste.

É fácil compreender, portanto, que freqüentemente as explicações do médico deixam de convencer o paciente, que tem suas próprias interpretações a respeito das relações de causa e efeito.

Mesmo um público mais culto pode encontrar dificuldade em adaptar-se ao raciocínio etiológico do médico, particularmente no caso das *síndromes*, vistas pela população como doenças únicas, precisamente definidas. É comum ouvir-se da boca de pacientes afirmações categóricas de que "asma é hereditária", "obesidade representa doença de glândulas", o "reumatismo provém de focos infecciosos". Neste tipo de situação o diálogo já é mais profícuo do que no caso das crenças numa Medicina mágica, mas médico e paciente ainda situam-se em planos diferentes.

Para muitos pacientes a hipertensão é uma "doença incurável", mas que pode ser controlada se, durante longos anos, ele se abster de sal de cozinha. Onde o médico vê uma síndrome, ele enxerga uma só doença (Quadro IV).

Reconhecendo-se pelo menos 9 diagnósticos diferentes para a síndrome de hipertensão arterial, é habitual dizer-se que são estas as "causas" de hipertensão. Uma vez que a identificação precisa da doença envolvida já orienta a conduta a tomar, isto satisfaz plenamente, e não há necessidade de procurar-se mais longe. O cientista, porém, raciocina em termos menos imediatistas e é comum que só se contente com achados mais rebuscados. O anátomo-patologista, por exemplo, vai mais longe quando procura uma causa (Fig. 10).

Mesmo isto pode ser insuficiente para aquele que faz "ciência básica", que só termina a sua busca de causas quando chegar aos mecanismos mais íntimos de um fenômeno. Para ele, mesmo o microscópio ainda é instrumento pouco refinado. Pensa em termos de desequilíbrios eletrolíticos, níveis de catecolaminas, de renina, de angiotensina, etc.

E é mais do que certo que ao cientista básico jamais faltará campo para estudos, já que o termo "causa primária" não passa

QUADRO IV
Probabilidades diagnósticas na hipertensão diastólica, conforme a idade em que se inicia*

IDADE	NÍVEL DE PROBABILIDADE	DIAGNÓSTICO
< 5 anos	Presumível	Síndrome adrenogenital (tumores ou deficiência congênita de enzimas)
	Possível	Arteriopatia renal, doença renal parenquimatosa
	Improvável ou impossível	Feocromocitoma, aldosteronismo primário, hipertensão essencial
a 20 anos	Presumível	Arteriopatia renal, doença renal parenquimatosa, coarctação da aorta
	Possível	Circulação "hiperdinâmica"
	Pouco provável	Feocromocitoma, hiperaldosteronismo, hipertensão essencial
0 a 35 anos	Presumível	Arteriopatia renal, doença parenquimatosa, circulação "hiperdinâmica" (mulheres empregando anovulatórios)
	Possível	Hiperaldosteronismo, feocromocitoma, hipertensão essencial.
15 a 50 anos	Presumível	Hipertensão essencial
	Possível	Arteriopatia renal, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, circulação "hiperdinâmica" (em mulheres usando anovulatórios)
> 50 anos	Presumível	Arteriopatia renal
	Possível	Feocromocitoma, hiperaldosteronismo
	Pouco provável	Hipertensão essencial, circulação "hiperdinâmica", doença renal parenquimatosa

* Segundo Dustan, 1973

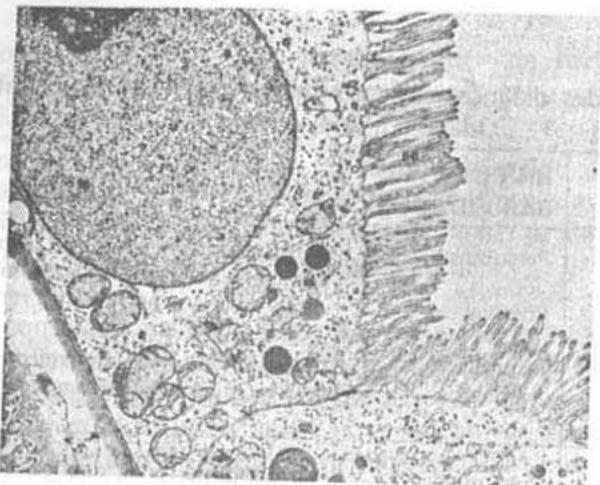


Fig. 10. Rim ao microscópio eletrônico (aumento 16 000 vezes).

de uma abstração que diante dos olhares curiosos recua cada vez mais.

A doutrina científica apoia-se em relações de causa e efeito. No campo da Medicina, porém, nem mesmo as moléstias transmissíveis, tradicionalmente encaradas em função de um só fator etiológico, o *agente*, podem ser desvinculadas do fator *terreno* (predisposição individual), ou do *ambiente*, este último intimamente ligado às condições sócio-econômicas do paciente.

Toda vez que se analisa um problema de saúde, as condições sociais da população devem ser lembradas, pois são uma das *causas* de doença.

Embora uma conduta terapêutica não exija o conhecimento dos fatores etiológicos remotamente envolvidos — pelo menos no caso das doenças agudas —, outras vezes é impossível lidar com um problema sem atentar para a sua natureza *multifatorial*. É especialmente no campo da Medicina Preventiva ou da Saúde Pública que tais *mosaicos* de saúde se mostram essenciais.

"Causa" tem significado diferente para os diversos profissionais. O clínico pode satisfazer-se com um diagnóstico que lhe permita iniciar o tratamento do paciente, enquanto que o pesquisador só reconhece como "causa" o mecanismo, ou os mecanismos, etiológico que se situa no início da cadeia de fenômenos que levam às manifestações objetivas de doenças.

QUESTÕES:

1. Qual é a causa do suicídio?
2. Examine um formulário de Atestado de Óbito. Como se distinguem entre si os itens "Doença ou estado mórbido que provocou diretamente o óbito", "Causas antecedentes" e "Outros estados mórbidos importantes"? Ilustre com exemplos.
3. Um homem de meia idade é encontrado desacordado ao pé de uma escada. A queda pode ter sido *causa* do comprometimento neurológico revelado ao exame, mas é igualmente possível que a causa da queda tenha sido um acidente vascular cerebral prévio. Como se decidirá entre estas hipóteses? Tem alguma importância identificar a causa "verdadeira"?