

4.

### O PROCESSO DIAGNÓSTICO

Para fazer-se um diagnóstico, pensa o principiante, basta ter conhecimentos e boa memória. Se o interrogatório de um paciente revelar os sintomas  $[a b c d e]$ , e o exame físico resultar nos sinais  $[A B C]$ , tudo que seria preciso é lembrar-se de uma doença X de fórmula  $[a b c d e A B C]$ , inteiramente distinta da doença Y, caracterizada pela fórmula  $[e f g D E F]$ .

Mas este tipo de raciocínio direto e objetivo só em raras ocasiões é possível. Não só porque o profissional se defronta com os mais diversos obstáculos quando faz a anamnese (o indivíduo estóico silencia a respeito dos sintomas que não lhe parecem importantes, a "poliqueixosa" já traz uma longa lista escrita à mão) ou se depara com dificuldades no decorrer do exame físico, mas também por ser ficção ou abstração aquilo que se chama *doença típica*.

Quando um compêndio de Medicina afirma que o quadro clínico da enxaqueca é caracterizado por forte cefaléia unilateral, acompanhada de distúrbios visuais, náuseas e vômitos, bem como parestesias, não está descrevendo um *quadro típico* de enxaqueca, nem sequer o quadro *mais freqüente*, apenas cataloga os fenômenos que *podem ser* relatados pelo paciente. A variabilidade é grande: tanto pode a enxaqueca limitar-se à cefaléia (não necessariamente unilateral), ou acompanhar-se apenas de vômitos, como consistir de cefaléia e fenômenos visuais, ou qualquer outra combinação de sintomas. Não são raros, mesmo, pacientes com episódios de parestesia nos membros, que respondem prontamente à medicação habitualmente empregada na enxaqueca.

Esta atipia talvez seja mais comum nas doenças multifatoriais, que envolvem uma interação de múltiplos fatores etiológicos, presentes em proporção diversa. Não se trata, porém, de uma

regra geral. A hepatite a vírus, tão comumente acompanhada de icterícia, de modo que este sinal tornou-se uma valiosa pista para o diagnóstico, é *anicterica* numa proporção que alguns autores avaliam em 1:1. A febre reumática, que *tipicamente* só afeta o coração após dois, três ou quatro episódios articulares agudos, em cerca de 25% dos casos já começa como cardite.

A variabilidade no quadro clínico das enfermidades é noção fundamental para o raciocínio clínico correto.

Mas, assim como a mesma entidade clínica pode ter fórmulas diferentes, uma mesma fórmula pode ser compartilhada por mais de uma doença. Por vezes o mimetismo é perfeito (como na sífilis, chamada de "a grande imitadora"), mas a inteira superposição é incomum. Dificilmente acontece que as duas doenças X e Y tenham um quadro clínico idêntico  $[a b c d A B C D E]$ , sendo mais comum a seguinte situação:

Quadro clínico observado:  $[a b c d A B C D E]$

Quadro clássico da doença X:  $[a b c A B D]$

Quadro clássico da doença Y:  $[a b d E]$

Poderíamos admitir, talvez, que este paciente foi acometido simultaneamente por ambas as doenças?

Embora esta coincidência não possa ser totalmente rejeitada, não é grande a probabilidade disto acontecer. Admitindo que a incidência de X e de Y seja de 1:1000, e ambas puderem ser consideradas variáveis independentes, só uma vez em um milhão de pacientes se observará a concomitância de ambas.

O raciocínio clínico habitual favorece a hipótese diagnóstica que mais sinais e sintomas tem em comum com o quadro observado: no exemplo acima a escolha recairia na doença X.

Tratar-se-ia, então de uma mera operação probabilística?

Sim, mas o raciocínio é mais complexo do que pode parecer, envolvendo uma série de considerações adicionais:

1. *No caso de ser rara uma das doenças postuladas*, a operação diagnóstica não se baseia somente na presença ou na ausência de certos sintomas ou sinais, mas envolve a própria incidência desta enfermidade. Se a doença X for de ocorrência excepcional (como, por exemplo, a filaríase em indivíduo que jamais afastou-se de S. Paulo), daremos preferência à alternativa Y, embora não possua tantas características comuns com o quadro clínico observado.

2. No caso de sinais ou sintomas muito específicos ou dramáticos, o Médico pode igualmente ser levado a rejeitar uma hipótese diagnóstica estatisticamente mais provável. Digamos que o paciente relate um quadro agudo, sugestivo de uma banal virose, mas apresenta, também, nítida rigidez de nuca. Embora a febre baixa, os fenômenos catarrais, etc. possam coincidir exatamente com o quadro clássico de gripe e só a rigidez de nuca incluir-se entre as características esperadas na meningite bacteriana, seria muita imprudência do profissional excluir a segunda das hipóteses.

Como alguns sinais ou sintomas são mais importantes que outros, o médico inconscientemente lhes atribuirá determinado peso dentro da operação mental que conduz ao diagnóstico.

3. Idade, sexo, procedência, profissão, hábitos, etc. devem igualmente influir no raciocínio clínico. Embora o quadro da paciente B. V. pudesse ser aquele de uma colecistite aguda, esta não é comum aos 17 anos. A gota é muito mais rara na mulher (na proporção de 1:13, segundo alguns), a tuberculose mais comum entre as populações pobres, o câncer de pele prefere aqueles que se expõem longas horas aos raios solares, e assim por diante.

A Fig. 20 ilustra um caso concreto:

Sinais e sintomas mais importantes	Doenças em que podem ocorrer	Frequência	Gravidade
Febre	1. Doenças infecciosas em geral 2. Neoplasias 3. Colagenoses 4. Hemopatias		
Cefaléia	1. Doenças infecciosas 2. Cefaléia "funcional" 3. Aumento de pressão endocraniana	++++	++++ → Meningite
Vômitos	1. Doenças gastrintestinais (inclusive as infecciosas) 2. Infecções urinárias 3. Aumento de pressão endocraniana 4. "Enxaqueca"	++	Pouco grave
Estado gripal	1. Doenças infecciosas 2. Alergias		
Rigidez de nuca Kernig*	1. Irritação de meninges	Raro	++++ → Meningite

\* Sinais altamente específicos e que não ocorrem em indivíduos sadios ou doenças mais benignas.

Fig. 20 — Raciocínio diagnóstico num paciente que comparece ao médico com febre, cefaléia, vômitos, "estado gripal" e sinais de irritação meníngea. O diagnóstico de meningite é aquele que tem maior número de elementos a seu favor. Embora relativamente rara em comparação com a cefaléia ou "enxaqueca", ou com outras enfermidades infectocontagiosas (o que diminui a probabilidade de seu aparecimento na clínica), trata-se de um quadro tão grave que merece prioridade. Mesmo que o paciente apenas apresentasse rigidez de nuca e/ou um sinal de Kernig, são tão específicos estes sinais, e tão improvável a sua constatação em outro tipo de doença, que se tornam pedra angular do raciocínio clínico.

Na eventualidade de semelhante quadro ser observado na vigência de uma epidemia, a hipótese de meningite terá ainda maior credibilidade.

O caráter quantitativo do raciocínio clínico pode ser melhor ilustrado através do Quadro VI:

QUADRO VI

Índice clínico de Wayne para o diagnóstico de hipertiroidismo

SINTOMAS	Presente	Ausente	SINAIS	Presente	Ausente
Dispneia de esforço	+ 1		Tireóide palpável	+ 3	- 3
Palpitações	+ 2		Frêmito	+ 2	- 2
Astenia	+ 2		Exoftalmos	+ 2	
Prefere o calor		- 5	Retração palpebral	+ 2	
Prefere o frio	+ 5		Taquicinesia	+ 4	- 2
Indiferença por temperatura	0		Tremor fino das mãos	+ 1	
Sudorese excessiva	+ 3		Mãos quentes	+ 2	- 2
Nervosismo	+ 2		Mãos úmidas	+ 1	- 1
Aumento do apetite	+ 3		Pulso } < 80 < 90 > 90	- 3	
Diminuição do apetite		- 3		+ 3	
Aumento de peso	- 3				
Diminuição de peso	+ 3		Fibrilação auricular	+ 4	

Acima de 20 pontos — bócio tóxico

11-19 pontos — duvidoso

10 pontos ou menos — bócio não-tóxico.

Não tem nada de misterioso este índice clínico de Wayne: apenas resume em forma de tabela a operação mental executada pelo clínico competente em face de um paciente com bócio. Numa doença tão proteiforme como o hipertiroidismo, que tem sintomas os mais diversos e múltiplas manifestações clínicas, este tipo de tabela serve de valioso lembrete. Nada mais faz do que suplementar a memória cansada do clínico atarefado.

Também o computador, que — assim se alardeia — brevemente substituirá o profissional de saúde, não passa de inflexível memória elétrica. Fornece uma probabilidade mas não toma decisões. E tem que ser "programado" pela mão do homem.

Tão importante é a febre reumática, não só em virtude de suas graves complicações cardíacas, mas também porque sua incidência é maior no jovem, daí tomando feições mais dramáticas, que também o seu diagnóstico foi padronizado. Infelizmente os sinais e sintomas desta enfermidade são vagos e inespecíficos, motivo pelo qual especialistas em cardiologia reuniram-se para elaborar as normas que facilitarão o seu reconhecimento:

#### QUADRO VII

##### Normas de Jones (modificadas) para a febre reumática

###### Manifestações principais de febre reumática:

Cardite  
Poliartrite  
Coréia  
Nódulos subcutâneos  
Eritema marginado

###### Manifestações secundárias de febre reumática:

Febre  
Artralgia  
Alongamento do espaço P-R (eletrocardiograma)  
Aumento da eritrossedimentação, ou presença de proteína C-reativa.  
Prova de estreptocócia recente (quadro clínico, títulos elevados de antiestreptolisina O)  
Antecedentes pessoais de doença reumática

A presença de duas manifestações principais, ou de uma principal e duas secundárias, autoriza o diagnóstico mais provável de febre reumática.

Percebe-se que tais critérios diagnósticos fazem com que mesmo aquele que não é pediatra nem cardiologista tenha acesso ao diagnóstico de uma presumível febre reumática. O próprio estudante de Medicina poderia ser encarregado da realização de um inquérito epidemiológico entre os escolares de uma região onde

é alta a prevalência da doença. Poder-se-ia simplificar esta tabela ainda mais, a tal ponto que mesmo um *elemento paramédico* (enfermeira, "auxiliar de médico", etc.) pudesse participar de uma campanha de vigilância da febre reumática?

É mais ou menos assim que procedem os países que têm falta de médicos:

#### QUADRO VIII

Chave para o diagnóstico diferencial dos casos de hematúria\*

SINTOMA	CAUSA POSSÍVEL	CARACTERÍSTICAS
A. Sangue no final da micção	Esquistossomose urinária	a) Em certas áreas, muito comum entre crianças e adolescentes. b) O exame microscópico da urina revelará ovos.
B. Sangue durante toda a micção	1. Pedra no ureter 2. Nefrite aguda	A urina tem aspecto turvo ou é opaca. Surtos de dor severa, que se estende da região lombar até a virilha do mesmo lado. a) Ocorre em crianças. b) Inchaço dos olhos e face e, às vezes, por todo o corpo. c) Elevação de pressão arterial.
	3. Infecção de rim ou de bexiga	a) Febre e muitas bactérias e células brancas no exame microscópico da urina. b) Dor e dolorimento na região lombar, ou micção frequente e dolorosa.
	4. Traumatismo**	
	5. Câncer de rim ou de bexiga**	
C. Urina vermelho-clara, cor de cacau, ou preta.	Hemoglobina na urina	Não se vêem células vermelhas ao microscópio.

\* Adaptado de Wyatt e Wyatt, 1973.

\*\* O paciente deverá ser enviado imediatamente ao médico.

A linguagem é simples e direta neste "Manual do Assistente de Médico", escrito em inglês para as ex-colônias africanas. Se não tem feições científicas, a experiência demonstrou que tais esquemas preenchem inteiramente os requisitos necessários. Em outra parte do texto, o manual instrui o assistente médico no tratamento daquelas afecções julgadas de sua competência.

Seguramente o diagnóstico diferencial também poderá ser feito através do computador — se ele for "alimentado". A classificação hierárquica das probabilidades diagnósticas exige por parte do médico sólidos conhecimentos, boa memória, e poder de análise, qualidades ao alcance também do computador. Se "conhecimento" lhe terá que ser incorporado pelo programador, nos demais requisitos supera a mente humana. Mas jamais a classe médica será substituída pela maquinaria: não só é a programação algo que o computador não pode fazer sozinho, mas também quem colhe as informações, quem ouve as queixas, quem mede parâmetros e examina os órgãos será sempre o homem.

A Fig. 21 ilustra parte de um destes "raciocínios" de computador, que por vezes são extremamente complexos:

Nenhum médico vaidoso de seu artesanato encara o computador como rival. A obtenção de informações, por exemplo, não só é uma técnica, mas uma arte que exige sensibilidade e psicologia, que requer alguém que não se deixa enganar por um nome ou um rótulo; mas sabe que existem diferenças pessoais na percepção dos sintomas, que há uma linguagem diferente para cada região, para cada grupo étnico.

O que é "canseira" para o nordestino, é algo totalmente diverso para o sulista. De nada serviria a tabela fornecida ao auxiliar de médico se o mesmo não soubesse perceber que o "sangue na urina" relatado pelo paciente apenas é uma urina um pouco mais concentrada, ou então indica meramente que o paciente na véspera tomou vinho ou comeu beterraba.

E nenhuma máquina poderá ser programada para ter uma percepção que só o bom relacionamento humano proporciona. Muitas pacientes comparecem ao consultório escondendo seu temor de estarem grávidas, na esperança de que o médico encontre outra causa responsável por suas náuseas ou a sua azia. O computador anotará a presença de "náuseas" e de "azia" e começará a rodar; só o médico perceberá aquilo que a paciente não disse.

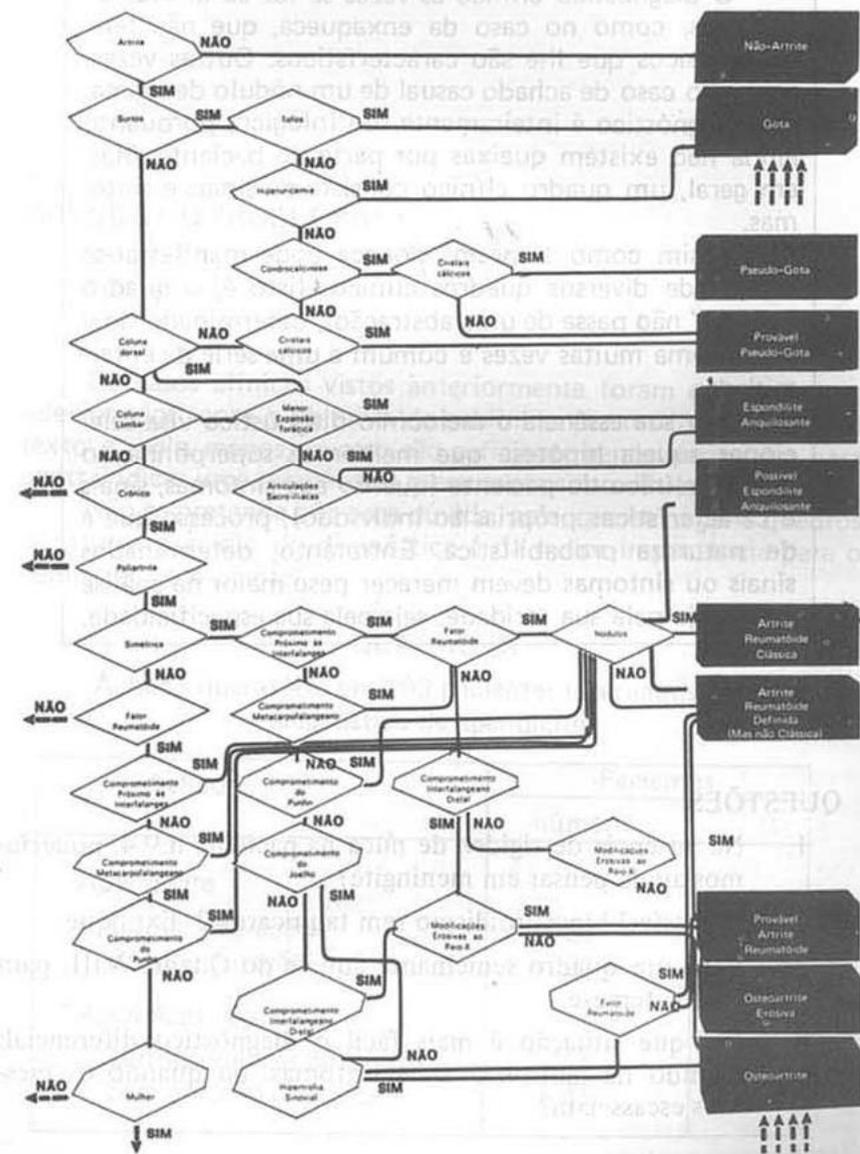


Fig. 21 — Parte da "carta de fluxo" para computador, no diagnóstico de artrite. A programação completa abrange cerca de 1 000 rotas, permitindo diferenciar entre 35 tipos de artrite. (*Diagnostica*, maio de 1972, Ames Company, Division Miles Laboratories, Inc.)

O diagnóstico clínico às vezes se faz só através de sintomas, como no caso da enxaqueca, que não tem sinais físicos que lhe são característicos. Outras vezes, como no caso de achado casual de um nódulo de mama, este diagnóstico é inteiramente morfológico, porquanto ainda não existem queixas por parte do paciente. Mas, em geral, um quadro clínico consiste de sinais e sintomas.

Assim como a mesma doença pode manifestar-se através de diversos quadros clínicos (isto é, o quadro "típico" não passa de uma abstração), determinado sinal ou sintoma muitas vezes é comum a uma série de enfermidades.

Em sua essência o raciocínio diagnóstico visa selecionar aquela hipótese que melhor se superponha ao quadro clínico do paciente (quanto aos sintomas, sinais e características próprias ao indivíduo), processo que é de natureza probabilística. Entretanto, determinados sinais ou sintomas devem merecer peso maior na análise final, seja pela sua raridade, seja pela sua especificidade.

#### QUESTÕES:

1. Na ausência de rigidez de nuca na paciente n.º 4, poderíamos ainda pensar em meningite?
2. É possível hipertiroidismo sem taquicardia? Explique.
3. Faça um quadro semelhante àquele do Quadro VIII, para a hematemesa.
4. Em que situação é mais fácil o diagnóstico diferencial: quando há muitos sinais e sintomas, ou quando os mesmos escasseiam?

#### 5.

#### DOENÇA OU PROBLEMA?

Os casos clínicos vistos anteriormente foram especialmente selecionados, com o objetivo de sublinhar pontos importantes do texto e, pelo menos, quatro são suficientemente alarmantes para contraindicar uma terapêutica meramente sintomática.

Não se pretende pôr uma dúvida, pois, que em *alguns* quadros clínicos a precisão do diagnóstico é da maior importância para o bem-estar do paciente.

#### QUADRO IX

Achado operatório em 183 pacientes internados com o diagnóstico de apendicite\*

Achado	Pacientes	
	número	%
<i>Apendicite</i>		
Com perfuração	31	17
Sem perfuração	91	50
" <i>Apêndices negativos</i> "		
Outras doenças cirúrgicas	14	7
Sem afecção cirúrgica	47	26

\* Segundo Chang, Hogle e Welling, 1973.

Se este quadro demonstra que o diagnóstico de apendicite, mesmo na mão de equipes competentes, pode oferecer dificuldades (já que em 33% dos pacientes tratava-se de outra doença), isto apenas deve servir de incentivo para que o profissional de