

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

saúde aperfeiçoe ao máximo suas faculdades de raciocínio clínico. Em 17% dos pacientes já se verificara perfuração do apêndice, seja porque a evolução fora demasiadamente rápida, seja porque se esperou demais — e nestes casos as complicações pós-cirúrgicas ocorrem mais freqüentemente. Os 14 pacientes com "outras doenças cirúrgicas" certamente se beneficiaram da intervenção, e neste grupo o erro diagnóstico não teve conseqüências maiores. Mas 26% do grupo foi operado sem necessidade.

Em face deste tipo de dado, a pergunta "É o diagnóstico necessário?" pode parecer verdadeira heresia. Mas é preciso frisar que apenas pequena proporção das doenças com que o médico se depara no decorrer de seu trabalho diário tem características mais dramáticas.

Em apreciável percentagem dos casos, o diagnóstico não é possível, não necessariamente devido às limitações da ciência, como nos 26% do Quadro IX, mas por faltar substrato anatômico às queixas do paciente. A insistência de sempre dar um nome a um conjunto de sinais e sintomas só pode, nestes casos, falsear a sua verdadeira interpretação, embora simule precisão científica. Submeter o paciente n.º 2 a um exame de laringe, ou pedir ao laboratório toda sorte de dosagens hormonais, conduta que o principiante poderá ser tentado a tomar, não só exigirá do paciente despesas perfeitamente dispensáveis, mas poderá prejudicar o tratamento psiquiátrico de seu grave distúrbio de comportamento.

Em outro grande grupo de casos o diagnóstico não é necessário (pelo menos o diagnóstico "preciso"). A ênfase que se dá ao talento diagnóstico, a hipertrofia do diagnóstico diferencial no currículo das escolas de Medicina, muitas vezes com esquecimento quase total da *tática* ou da *conduta*, muito mais essenciais, deve-se ao otimismo um tanto ingênuo de imaginar que para todo quadro clínico existe terapêutica específica, e que, se o tratamento não trouxe benefícios, isto se deve exclusivamente à falta de precisão do diagnóstico.

A frase seguinte é antiga, mas conserva-se válida: *Todo médico novo tem 10 drogas para cada doença, enquanto que o velho tem 10 doenças para cada droga.* Será esta uma apologia do tratamento empírico?

O Quadro II demonstra que 56% dos pacientes que comparecem ao ambulatório (onde, em última análise, se realiza a maioria das intervenções da Medicina) queixam-se de alguma dor, vindo em primeiro lugar a dor de cabeça e, seguindo-se-lhe, em freqüência, a dor no abdômen e a dor dorsal ou lombar. Embora não existam

estatísticas seguras, poderíamos estimar que, na média, toda pessoa experiente pelo menos 5 episódios dolorosos ao ano, qualquer seja a sua natureza. Estes episódios são tão corriqueiros que é natural concluir que os mesmos apenas raramente traduzem doença mais severa. Pelo menos metade destes pacientes acusaria melhora no dia seguinte à consulta, mesmo que se lhes tenha prescrito apenas um placebo. Se insistirmos em chamar de "doença" todas as queixas trazidas ao médico, estas últimas poderiam ser denominadas "doenças comuns".

A respeito destas, John Fry diz o seguinte:

As características das doenças comuns na comunidade, vistas fora do hospital, é a sua escassa importância e a sua benignidade; elas são passageiras e auto-limitadas, com grande tendência para a remissão espontânea. Os seus aspectos clínicos tendem a ser um tanto vagos, e é difícil a eles atribuir um rótulo patológico definido. Muitas vezes permanecem indiferenciados e não-rotulados do início até o fim do episódio. Freqüentemente a patologia clínica fundamental vem associada a pronunciados problemas sociais, exigindo o tratamento que ambos fatores sejam encarados conjuntamente.

Afirmar que às vezes o diagnóstico não é possível nem necessário, por outro lado preocupando-se em analisar as regras de um diagnóstico seguro, não envolve contradições por parte do autor. Se os quadros clínicos que se observam na prática são tão heterogêneos em gravidade e prognóstico, a ponto de se pensar, às vezes, que o termo "doença" é impróprio para caracterizá-las todas, por que não reconhecer, também, diferentes níveis de atuação por parte do médico?

O processo que conduz ao diagnóstico progride do sintoma à doença:

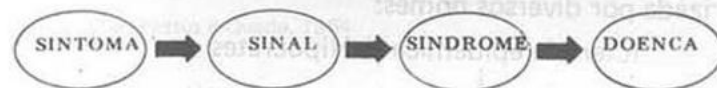


Fig. 22 — Evolução do raciocínio diagnóstico.

Freqüentemente o médico precisa contentar-se em percorrer apenas parte deste trajeto, o que não é, necessariamente, motivo para vexame. Digamos que determinado paciente vá ao médico com a queixa única de diarreia — é este o *sintoma*. O exame físico possivelmente revelará discreta febre, ligeira desidratação de pele

e subcutâneo, e dolorimento à palpação do abdômen — são os *sinais*. Sinais e sintomas permitem ao profissional reconhecer uma *síndrome* diarréica. No caso de haver disponibilidade de recursos laboratoriais, é possível que se consiga isolar a *Shigella* das fezes do paciente. Neste caso estará bem definida uma *doença*.

Mas, freqüentemente, existe dificuldade em conseguir-se todos os recursos dos quais o médico gostaria de lançar mão. Ou então a urgência do quadro clínico exige o início do tratamento, antes mesmo de ser conhecido o resultado laboratorial. Um bom exemplo deste tipo de situação é a febre tifóide, infecção que não pode ser encarada como benigna, e cujo prognóstico é incerto. O profissional iniciará uma antibioticoterapia à menor *suspeita clínica*, pois terá que esperar dias para a confirmação do laboratório.

Os rótulos que se acrescentam às doenças nem sempre ficam sem contestação. Mencionou-se mais acima que determinados casos de enxaqueca têm como única manifestação clínica o aparecimento de episódios de parestesia. Mas é mais do que seguro que boa proporção dos profissionais colocaria este diagnóstico em dúvida, argumentando corretamente que não basta resposta favorável à ergotamina para se firmar a hipótese de enxaqueca. A enurese noturna é uma síndrome que ocasionalmente traduz a existência de malformação congênita de bexiga ou uretra, mas que na maioria das ocasiões não tem qualquer substrato anatômico. Acreditam alguns autores que se deve à verminose intestinal, preferindo outros olhá-la como um equivalente epiléptico. Mas será que existe suficiente base científica para justificar, nestes casos, a passagem de síndrome para doença?

Os rótulos também se alteram com o tempo, fenômeno que comumente se atribui à evolução da ciência médica.

Já no tempo de Hipócrates, reconhecia-se determinado tipo de icterícia, entidade que nos séculos que se seguiram passou a ser caracterizada por diversos nomes:

“Icterícia epidêmica — Hipócrates

↓
“Icterícia contagiosa” — século VIII

↓
“Icterícia catarral” — Virchow

↓
“Hepatite infecciosa”

↓
“Hepatite a vírus”

↓
“Hepatite IH” (ou “hepatite tipo A”)

↓
“Hepatite SH” (ou “hepatite tipo B”)

E já se usa, para uma delas, a designação “hepatite por antígeno Austrália”, depois que Blumberg identificou este antígeno no sangue de um aborígine australiano.

Todos estes nomes referem-se à mesma doença, mas a terapêutica (que alguns põem em dúvida) não evoluiu paralelamente. Pode-se, mesmo, argumentar que em muitas situações é indiferente o rótulo que se adota para determinado quadro clínico, desde que a conduta seja acertada.

QUADRO X

Percentagem de concordância para 12 diferentes categorias diagnósticas, entre 10 psiquiatras chamados a examinar os mesmos 91 pacientes*

Categoria	Número de diagnósticos	% de concordância
Todas	910	57
Esquizofrenia	170	74
Deficiência mental	40	73
Distúrbio de personalidade	205	66
Síndrome cerebral crônica	56	66
Psico-neurose	223	56
Síndrome cerebral aguda	40	46
Reação psico-fisiológica	25	40
Maníaco depressivo	45	36
Involução psicótica	59	26
Psicose depressiva	33	22
Outras reações psicóticas	4	17
Reação paranóide	10	13

* Segundo Sandifer, Pettus e Quade, 1964

Esta tabela demonstra, por exemplo, que, se um psiquiatra diagnóstica “psico-neurose” em determinado paciente, em 44% das ocasiões, pelo menos, um de seus colegas dele discorda e, esta imprecisão do diagnóstico psiquiátrico aumenta ao descermos a tabela.

Repetimos: tais discórdias (que não ocorrem só em psiquiatria, é óbvio) não refletem limitações de médico ou Medicina, mas sim as próprias *limitações da nomenclatura*. Não se pode

pretender que algumas poucas letras venham a definir com rigor científico a imensa variabilidade do ser humano. Este tipo de rótulo não passaria de uma abstração.

Mais importante que fazer um diagnóstico imediato, quando primeiro o paciente se apresenta ao médico, é formular as seguintes indagações:

Trata-se de um caso grave?

Trata-se de um caso urgente?

Há necessidade de diagnóstico preciso?

Que risco para o paciente envolve um diagnóstico incorreto?

É provável que a resposta às três primeiras questões será negativa em 95% dos pacientes que comparecem a um consultório geral. Não existe, pois, qualquer risco imediato para o paciente, no caso de imprecisão no diagnóstico.

A regra do *diagnóstico unitário*, que se ensina nas escolas e que requer que todos os sintomas e todos os sinais sejam reunidos num só quadro clínico "clássico", só é verdadeiro se compreender um processo de severa seleção dos sinais e sintomas efetivamente pertinentes, pois o paciente loquaz ou imaginativo, ou aquele de excessiva sensibilidade, freqüentemente exhibe tamanha profusão de sintomas que desafia qualquer tentativa de encontrar um mínimo denominador comum para os mesmos.

Isto pode ser exemplificado pela seguinte reprodução de uma fita gravada num ambulatório popular:

"Pois é, posso estar sentada ou deitada na cama e melhora um pouco e me dá aquela espécie de... de *doeirada*, parece que o lado do coração fica desligado, assim. Parece que é um motor que vai perdendo a força, sabe? Me ataca muito esta vista, me ataca muito a cabeça, parece que a cabeça dói todos os dias e tem hora que dá uma dor cansada nestas pernas aqui. Tem hora que chego até a pular da cama, parece que dá aquele soco sem eu perceber, — na perna sabe? — e estes dias eu estava com este atacamento que me ataca muito na barriga e parece que me ameaça... até os rins e sempre ponho no pinico... no outro dia vou jogar fora a urina que urino e no vaso tem aquele mingau grosso. E estava sentindo aquela dor assim: não sinto dor para urinar, não sinto urina quente, só sinto aquela dor mesmo aqui, e esta outra do lado aqui. Representa que eu tenho um pedaço de pau — aqui, sabe? — tem vez que no calçar parece que não dói e para dar uma passada dói, e estes dias fiquei muito ruim de noite me atacou deste lado assim,

parecia que eu não podia puxar esta perna aqui, e parecia que eu não podia mexer... E estou proibida de trabalhar desde que... "

Trata-se, como se percebe, de uma senhora da classe pobre, sua inadequação à cultura do médico impedindo-lhe traduzir suas queixas de acordo com uma seqüência que seria lógica para o profissional. Mas, se neste caso a rusticidade da linguagem se afigura o maior impecilho para que se possa transformar estas *queixas* em *sintomas*, para outros grupos sociais também, e para qualquer grau de cultura, é comum a observação de que a quantidade de queixas é tamanha que não cabe dentro dos limites de qualquer rótulo diagnóstico. (E o mesmo pode acontecer com referência aos achados do exame físico, que por vezes são tão abundantes que não se pode fugir à conclusão de que alguns dos mesmos nada têm a ver com a doença primária, não passando de meros *achados casuais*.)

Em situações deste tipo pode ser mais sensato abandonar a tentativa de formulação de um diagnóstico, para simplesmente indagar:

Qual é realmente o *problema* do paciente?

Muitos dos pacientes que comparecem aos ambulatórios de fábrica ocultam detrás de seus sintomas, sem percebê-lo conscientemente, apenas a estafa física ou o desgaste emocional da constante rotina, e se o médico reconhecer o seu *problema*, substituirá a medicação ou o exame de laboratório por alguns dias de descanso. Sem dúvida, a paciente acima sente organicamente os traumas de anos de trabalho estafante e de inadequadas condições sociais, mas é bem possível que a decisão de procurar ajuda médica tenha nascido de uma briga com o marido ou com a vizinha, já que estas queixas só se tornaram intoleráveis depois que um filho repetiu o ano ou a filha fugiu com o namorado. São problemas que escapam à alçada médica, mas que devem ser reconhecidos.

Aquele que se julgar compelido a interpretar literalmente a gravação acima reproduzida, raciocinará mais ou menos assim:

Formulação da paciente

"Motor que perde a força"
 "Ataca a cabeça"
 "Ataca a vista"
 "Dor cansada nas pernas"
 "Soco na perna"
 "Atacamento na barriga"
 "Urina como mingau grosso"
 "Dói para dar uma passada"

Interpretação do médico

Arritmia cardíaca
 Cefaléia
 Escotomas
 Isquemia ou neurite das pernas
 Câibras nas pernas
 Dor abdominal
 Precipitação de fosfatos
 Ciática ou dor lombar

A precipitação de fosfatos numa urina que ficou da noite até a manhã seguinte nada tem de anormal e o médico desprezará esta informação. Mas não poderá descartar-se das demais, se tomar a sério a história clínica.

Terá a paciente uma enxaqueca?

Esta hipótese já permite explicar a cefaléia e os escotomas (se é que são escotomas, realmente), mas como encaixar as demais queixas?

O principiante decide, então, que se trata de uma moléstia generalizada, que afeta simultaneamente toda a série de órgãos.

Terá a paciente uma arteriosclerose grave, com miocardite e claudicação intermitente?

Improvável: ela só tem 27 anos.

Então, talvez se trate de uma colagenose (a idade e o sexo dariam força probabilística a este diagnóstico)? Ou uma diabete? Ou, quiçá, um hiperparatiroidismo?

Todas são hipóteses forçadas, rebuscadas, artificiais. Uma atitude pretensamente científica neste tipo de paciente multiplicará os exames complementares pedidos, as consultas ao especialista, com despesas exageradas para o hospital universitário, perda de tempo para a paciente e, para o médico, uma sensação de profunda frustração, pois muitas vezes vê-se impedido de realizar todas as explorações diagnósticas que gostaria de empreender.

Com efeito, a leitura do prontuário hospitalar mostra que esta paciente, antes de procurar auxílio no ambulatório geral, já fora anteriormente atendida por uma clínica especializada, que pediu dois exames parasitológicos de fezes e dois exames de urina, que realizou dois exaustivos exames radiológicos (enema opaco e urografia excretora), e que submeteu a doente a uma colonoscopia sem que qualquer anormalidade fosse constatada!

Na escola, ensinam-se as *doenças de livro*, as doenças típicas, com todos os seus sinais e sintomas e despojadas de toda informação que não seja essencial ao diagnóstico. O aprendizado já parte de uma doença bem circunscrita, e este é o enfoque da maioria dos textos de Medicina (Fig. 23).

O raciocínio clínico, porém, representa uma guinada de 180 graus com respeito a este tipo de ensino, pois parte de sinais e sintomas, sendo ainda preciso descobrir a doença. Alguns raros livros tomam esta situação como ponto de partida (Fig. 24).

A leitura do trecho transcrito acima não dá as mesmas informações que o contato direto com a paciente, não permitindo seja afastada a hipótese de colagenose, por exemplo, ou outra doença

CHRONIC HYPERCALCAEMIA. This condition may cause protracted confusion and irritability with flapping movements of the outstretched limbs.

HYPOPARATHYROIDISM. Tetany, convulsions, and cerebral calcification (lenticular and dentate nuclei and cerebellar cortex) may occur in hypoparathyroidism, and with the passage of time a mild choreoathetosis on one or both sides of the body or cerebellar ataxia may develop insidiously. This condition may respond to the administration of vitamin D (see Chap. 53). A similar cerebral calcification and neurologic syndrome (except for tetany) but without evidence of disturbed calcium metabolism occurs in Fahr's syndrome and is not at all understood. There is no treatment.

HALLERVORDEN-SPATZ DISEASE. This is a curious siderosis of the basal ganglia, attended by progressive rigidity of the legs and later the arms, ataxia, and respiratory and other spasms. It begins in late childhood and progresses slowly. A hereditary disposition is established. No disturbance in serum iron or iron metabolism in other organs has been established.

LEUCODYSTROPHIES AND THE LIPID STORAGE DISEASES. These disorders are representative of two important categories of metabolic diseases of the brain. They are discussed in Chap. 211, pending further clarification of their mechanisms.

AMINOACIDURIAS. Several types of aminoacidurias are just now emerging as a new class of biochemical abnormalities with prominent neurologic aspects. These disorders are seen particularly in infants and children (see Chap. 212). *Hartnup's disease*, consisting of an hereditary pellagra-like skin rash, a temporary cerebellar ataxia, and aminoaciduria, is a rare member of this group.

KOENIGSIO-BASSIN SYNDROME. This is a familial disease, recently prominent by virtue of being the first of the chronic hereditary ataxias to have a pos-

Fig. 23 — *Fac-simile* de parte da página 1227 de *Principles of Internal Medicine* de Harrison, Adams, Bennett, Resnik, Thorn e Wintrobe, 5ª edição. Textos desta natureza têm sua maior utilidade para os casos em que há suspeita diagnóstica.

PAIN IN THE PERINEUM is a symptom often mentioned by patients in giving their history of some affection of the genito-urinary apparatus or of other organs, but usually only as a dull aching, of which little notice is taken, as it is generally of minor degree in comparison with other more striking symptoms. The complaint of perineal pain *per se* does not convey much information to the clinician, and it is practically never present as the only symptom in a case.

Aching in the perineum is frequently present in diseases of the following organs:

Prostate—	Urinary Bladder—	
Acute or subacute inflammation	Cystitis	Fissure
Abscess	Tuberculosis	Follicular abscess
Tuberculosis	Calculus	Carbuncle
Calculus	Carcinoma	Uleer
Adenomatous enlargement	Urethra—	Carcinoma
Carcinoma	Gonorrhoea	Vagina—
Seminal Vesicles—	Injury and rupture	Acute inflammation
Acute inflammation	Stricture with extravasation or urethral abscess	Inflammation or abscess of Bartholin's glands
Tuberculosis	Fistula	Cystocele
Testicle—	Calculus impacted in bulbo-prostatic portion	Epithelioma
Congenital misplacement in perineum	Anal Area—	Chitaneous Diseases—
	Hæmorrhoids	Intertrigo
		Eczema—gouty, diabetic
		Condylomata.

From the foregoing list it will be seen that aching in the perineum occurs with numerous different lesions, but other symptoms discussed elsewhere are in almost every case more marked. In prostatic disease it is an indication of inflammation rather than of enlargement.

E. W. Riches.

PAIN IN THE SHOULDER (see also PAIN IN THE LIMBS (UPPER), p. 572) may be due to two entirely different groups of causes, namely: (1) *Direct causes*, lesions of the shoulder-joint itself, or the nerves, ligaments, muscles, fasciæ, bursæ, close to it; and (2) *Indirect causes*, when the pain is referred to the shoulder region from some remote seat of disease, as in the case, for instance, of angina pectoris, or gastric or hepatic or diaphragmatic disorders.

Fig. 24 — *Fac-simile* de parte da página 581 de *French's Index of Differential Diagnosis*, 7ª edição. (A primeira edição deste texto clássico data de 1912.) O enfoque aqui é outro, iniciando-se em sinais e sintomas.

grave, generalizada. Mas o médico experiente não se alongará em explorações minuciosas, só porque não consegue fazer nexo de todas as queixas, nem deixará de realizá-las porque os sintomas não lhe parecem suficientemente "típicos". Tomará como conselho a *impressão clínica* que a paciente lhe dá, que é de uma pessoa sem doença grave ou urgente, cujas queixas não lhe parecem ter substrato orgânico importante. Mas, muitos anos terão que passar até que o novato adquira este "olho clínico".

O diagnóstico certamente será desnecessário quando a conduta a indicar, como medida de segurança, é a retirada de um nódulo de mama ou de tireóide, ou no caso, por exemplo, de lesões isoladas de pulmão. A etiologia ficará patente após o ato cirúrgico, tornando redundantes o exame anátomo-patológico da peça, as especulações diagnósticas prévias.

Não é raro, também, que o profissional dotado de sensibilidade se veja obrigado a refrear seu desejo de atingir um diagnóstico preciso. Certamente será inútil procurar o tumor primário num carcinoma secundário de fígado, pois que sua identificação em nada mudará o prognóstico.

Pensar em termos de *problema* já está tomando respeitáveis feições de doutrina científica. Isto começou na década dos 60 com a iniciativa da Royal College of General Practitioners de experimentar uma classificação, para fins de arquivo médico, baseada não na tradicional Classificação Internacional das Doenças, mas "orientada em torno de problemas" (*problem-oriented*). Seguramente uma estatística formulada em termos de categorias mais amplas, como "diarréia", "vômitos" ou "rouquidão" pode ser mais fiel aos fatos do que quando se tenta comprimir toda a casuística clínica dentro de subdivisões tão restritas como "colite fermentativa", "gastrite aguda" ou "laringite a vírus". Nenhum diagnóstico pode ser mais preciso do que os métodos de exploração empregados no exame físico e estes últimos, especialmente em ambulatorios ou hospitais dotados de recursos escassos, simplesmente não permitem chegar às últimas minúcias de um quadro clínico.

No caso de insistir-se em falar em termos de "diagnóstico", que se lhe reconheça, pelo menos, diferentes níveis de precisão, adotando-se uma nomenclatura que indique seu grau de confiança:

Diagnóstico *sintomático*
Diagnóstico *provisório*
Diagnóstico *presuntivo*

O diagnóstico *de certeza* estará reservado a um grupo muito reduzido de condições clínicas ou cirúrgicas.

QUADRO XI

Análise de 14 sintomas comuns, com relação ao grau de confiança do diagnóstico e ao número de sistemas examinados *

SINTOMA	TIPO DE DIAGNÓSTICO (EM %)			SISTEMAS EXAMINADOS (EM %)		
	Sintomático	Provisório	Presuntivo	Nenhum	Um	Dois ou mais
Tosse	4	20	76	17	73	10
"Rash" cutâneo	7	28	65	2	93	5
Dor de garganta	2	9	89	5	92	3
Dor abdominal	18	60	21	5	60	35
Alteração de função intestinal	46	41	12	43	50	7
Manchas, feridas e úlceras	2	17	81	2	97	1
Dor dorsal	8	52	40	5	83	12
Dor torácica	7	44	49	1	66	33
Dor de cabeça	14	53	32	10	57	33
Dor articular	7	48	45	1	94	5
Distúrbio na função gástrica	30	44	26	24	56	20
Distúrbios no equilíbrio	19	50	31	10	51	39
Distúrbios na respiração	2	23	75	1	79	20
Astenia	5	52	41	26	57	17

* Segundo Morrell, 1972

São dados colecionados numa "clínica de grupo" (*group practice*) nos arredores de Londres. Mostram que, em grande proporção dos casos, o médico se satisfaz com o diagnóstico "sintomático" ou "provisório". Um sintoma como a dor de garganta, bastante claro em suas manifestações clínicas e fácil de examinar, geralmente será devido a uma amigdalite aguda, e 89% dos diagnósticos foram considerados "presuntivos". Diante de queixas gastrintestinais, porém, mais vagas e heterogêneas, e menos facilmente acessíveis ao exame físico, é compreensível que numa primeira consulta não se pode ir além de uma conceituação do *problema* ("diarréia", "vômitos", ou simplesmente "dor epigástrica").

Um quadro clínico raramente se assemelha a uma "doença de livro" e o *diagnóstico unitário* nem sempre poderá ser feito.

Noventa por cento das queixas que trazem o paciente a um ambulatório de Medicina Geral são benignas e auto-limitadas, podendo o médico tratá-las mais ou menos empiricamente, satisfazendo-se com um diagnóstico *sintomático* ou então *provisório*.

Mas, tomar a conduta conservadora como norma invariável pode constituir um exagero e o médico se manterá vigilante àquela minoria de pacientes para os quais esta conduta poderia tornar-se um risco.

Dois perguntas devem preceder o raciocínio diagnóstico:

"Trata-se de um caso grave, urgente?"

"Que riscos enfrentará o paciente se a conduta conservadora não for a indicada?"

Será sempre preferível encarar o paciente como alguém que traz consigo não uma *doença* mas um *problema*, podendo este pertencer ou não inteiramente à esfera da Medicina.

QUESTÕES:

1. Organize uma lista de sintomas que você considera indicativos de doença grave.
2. Faça o mesmo para sinais clínicos.
3. A hipertensão arterial é uma síndrome grave ou benigna? comum ou rara? urgente ou não?
4. Cerca de 25% dos adultos relatam freqüentes episódios de dor de cabeça. Quais as características de uma cefaléia sugestiva de alguma enfermidade grave, ou que necessite exploração diagnóstica urgente? E qual seria a conduta nos demais casos?
5. O Quadro XI demonstra que 43% dos pacientes com o problema de "alterações de funções digestivas" não foram examinados pelo médico, considerando este suficiente uma simples anamnese. Você justificaria semelhante conduta?

6.

A "DEMORA PERMITIDA"

Se é verdade que freqüentemente considerações humanitárias e de ordem econômica tornam desejável a moderação como norma de conduta do clínico, que passa a preocupar-se menos com a *doença* do que com o *problema* que tem a resolver, é indiscutível, também, que isto poderá envolver risco para o paciente.

Toda vez que se passa a utilizar o tempo como instrumento de trabalho, deixando que o prognóstico de um quadro clínico, aparentemente benigno, se defina melhor, a *intervenção ativa* deve ter como contrapartida a *vigilância*.

Se a técnica do *prazo de espera* representa valiosa estratégia para a grande maioria dos casos, exige igualmente que o contato médico-paciente seja freqüente.

Uma vez que não existam obstáculos para o freqüente retorno ao consultório, a vigilância não será problema. Assim o National Health Service em vigor no Reino Unido, que financia a totalidade dos serviços da nação, tem como premissa doutrinária o "cuidado continuado" (continuing care) do paciente. Calcula-se que 60-80% dos ingleses procuram o médico pelo menos uma vez ao ano (a média geral é de 4-5 consultas ao ano), e 68% da população permanece aos cuidados do mesmo médico durante pelo menos 5 anos, embora haja considerável mobilidade interna da população.

Este tipo de situação justifica a ética de experiências como aquela descrita no Quadro XI. Não tendo que pagar as consultas, e geralmente morando na proximidade do médico de sua escolha, o paciente a ele voltará toda vez que o tratamento não tenha sido bem sucedido, o que permite ao profissional modificar sua conduta ou retificar eventual erro de apreciação do quadro clínico. Distingue-se mesmo, nas estatísticas publicadas, entre a consulta "iniciada pelo paciente" e aquela "iniciada pelo médico", o que significa que o retorno ao consultório não visa apenas ao atendi-