

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-

mento das necessidades do paciente, mas serve também para tranquilizar o médico. Calcula-se, ainda, que 26% das consultas realizam-se a domicílio.

Nestas condições, o profissional de saúde pode realmente adotar a não-intervenção como norma de trabalho, limitando exames complementares e consultas a especialistas, pois estes poderão ser solicitados de imediato, em caso de necessidade. Já que o enfermo reside nas imediações do consultório, não será preciso a internação hospitalar para que se consiga acompanhar a evolução dos casos de gravidade ainda incerta. É natural que a conduta conservadora nem sempre será possível: se a paciente n.º 6 fosse vista no segundo dia da hepatite e morasse à distância do médico, a observação em hospital provavelmente seria desejável.

O problema banal e corriqueiro da hérnia umbilical servirá para ilustrar a importância de uma conduta médica flexível e adaptada às circunstâncias.

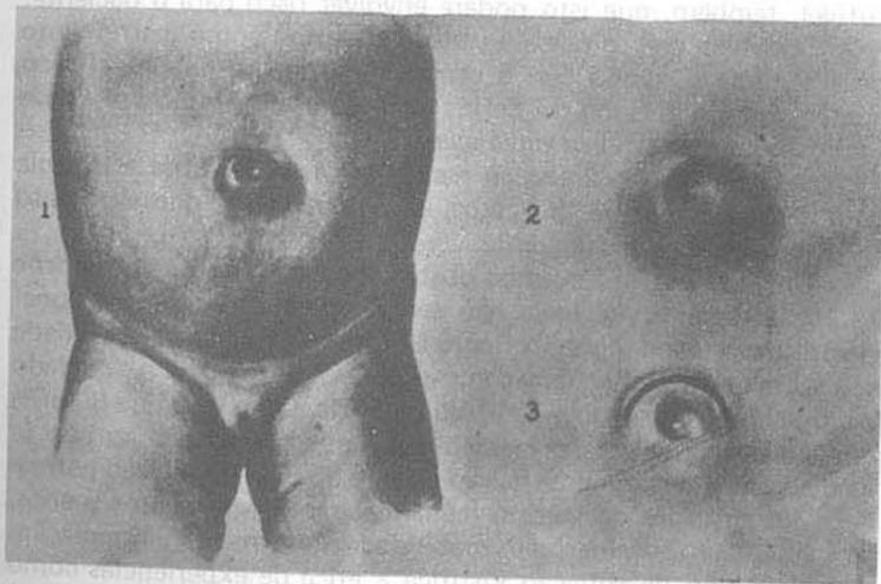


Fig. 25 — Hérnia umbilical e técnica para sua reparação. (Gross, 1953.)

Estudos feitos nos E. U. A. indicam a grande freqüência da hérnia umbilical na infância, especialmente na raça negra; ao fim do primeiro ano de vida 50% destas crianças ainda conserva permeável o anel herniário. Porém o prognóstico é excelente e só 2% revelam uma hérnia umbilical aos 10 anos, o que permite concluir que também neste caso a remissão espontânea é a regra. Mesmo naqueles adultos em que o anel permanece aberto, é rara a verda-

deira hérnia, geralmente estando associada à gravidez ou à obesidade. As complicações são excepcionais.

Embora se considere o encarceramento ou o estrangulamento um fato inusitado, uma conduta médica responsável deverá prever também a possibilidade das complicações excepcionais. Se a correção de todas as hérnias umbilicais na infância mostra-se economicamente inviável, pelo menos em nosso meio, sendo sempre preferível dar tempo diante da probabilidade estatisticamente significativa de seu fechamento natural, será certamente aconselhável submeter a cirurgia todas as crianças moradoras em área não servida por bons hospitais.

Será idêntico o raciocínio diante de casos de nódulo de mama, de ocorrência tão comum na população feminina?

Trata-se de um problema ainda discutido pelos especialistas. Embora se verifique unanimidade de conduta diante de nítidos sinais de malignidade (retração de pele, aderência aos planos vizinhos, adenopatia axilar), não é fácil chegar a uma orientação única para uso em pacientes assintomáticas e ainda sem apresentar sinais de malignidade. A remissão espontânea de um nódulo é um fenômeno com o qual não se pode contar e, mesmo que fosse a regra, o risco de uma evolução desfavorável é suficientemente alto para contraindicar a conduta conservadora.

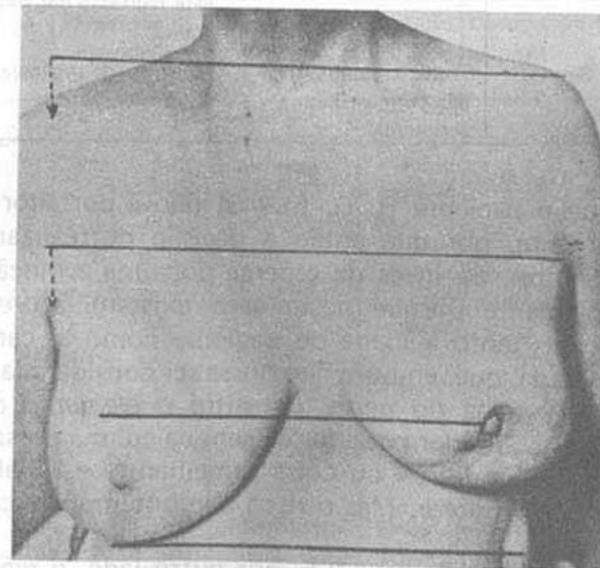


Fig. 26 — Um nódulo de mama. Existe nítida retração dos tecidos moles, sugerindo malignidade.

Diferenças no prognóstico da hérnia umbilical e do nódulo de mama ditaram, num caso, a conduta da expectativa, noutra, a intervenção praticamente sistemática.

O exame da tabela abaixo, que analisa a conduta a empregar nos casos clínicos descritos anteriormente, também demonstra que não se pretende preconizar rigorosa padronização de normas, devendo cada caso ser analisado à luz de suas características individuais:

Paciente n.º	Existe urgência?	Justificativas	Conduta por ocasião da primeira consulta
1	Não	Evolução longa, sintomas estáveis, benignidade.	O próprio clínico tentará resolver.
2	Não	Evolução longa	Enviado ao psiquiatra.
3	Não	Evolução longa, mas requer vigilância.	Pedir exames complementares com urgência relativa.
4	Sim	Evolução rápida. Presença de rigidez na nuca.	Pedir exames com urgência. Iniciar imediatamente a terapêutica.
5	Não	Eventuais complicações são de evolução lenta.	Esperar um <i>certo tempo</i> .
6 (no 6.º dia)	Não	Evolução favorável	Esperar. Manter a vigilância até regressão dos sinais e sintomas.
7	Sim	Evolução rápida. Rigidez da musculatura abdominal.	Cirurgia de urgência, sem exames subsidiários.

Já que o paciente R. G. (n.º 3) não é portador de doença julgada urgente, por que então a decisão de realizar-se exames complementares, ao invés de esperar por uma evolução natural?

Simplemente porque neste caso existem *fatores de risco*, que envolvem tanto a idade do paciente como as características da dor relatada, que, embora não possa ser considerada totalmente "típica" de angina do peito, constitui o *elemento de suspeita*. É verdade que esta dor pode ter origem na coluna dorsal, devendo-se a uma "espondilite" ou coisa semelhante, e há alguns dados a favor desta hipótese. Mas o risco da contemporização é grande demais.

No caso da paciente n.º 5, por outro lado, o médico inicialmente poderá satisfazer-se com o diagnóstico sintomático de "rouquidão", e a probabilidade é que esta se resolva espontanea-

mente. Decorrido um *certo tempo*, porém, a probabilidade de uma simples laringite gripal se tornar remota e outras hipóteses, estas de menor benignidade, deverão ser investigadas.

Este *certo tempo* será designado pelo termo de "*demora permitida*", que variará de caso para caso. Para o sintoma rouquidão esta espera não ultrapassará 10 dias, quando se reconhecerá a necessidade de um diagnóstico mais preciso, se ainda existir a queixa.

(Decorridos 11 dias desde o início da rouquidão, a paciente A. G. S. foi submetida a uma laringoscopia que revelou pequena exulceração, bem como edema da corda vocal direita, achado incompatível com a laringite a vírus.)

A decisão a respeito do prazo de espera permitido por determinada situação poderia ser deixada ao acaso do momento. Seria preferível, porém, que futuramente se possa contar com normas mais rigorosas, elaboradas por grupos de especialistas. A *demora permitida* é uma *técnica* e como tal merece que se lhe dê um cunho científico.

As tabelas elaboradas pelos especialistas podem tomar o aspecto da tabela abaixo, que é hipotética e compreende apenas quatro exemplos corriqueiros:

Sinal ou sintoma	Frequência em indivíduos saudáveis	Doença mais comum	Evolução	Doenças graves a vigiar	Conduta à primeira consulta*
Sudorese noturna	+	Infecções crônicas	Não há remissão espontânea	Tuberculose, etc.	Sem demora realizar exames complementares.
Rouquidão	+	Laringite	Auto-limitada	Neoplasia	Retorno em 10 dias
Taquicardia	++	Nervosismo Hiperatividade do S. N. A.	Benigna	Hipertireoidismo. Insuficiência cardíaca	Retorno em 15 dias
Cefaléia	+++	Tensão psicológica. Enxaqueca	Benigna	Neoplasias ou processos vasculares.	Retorno em 30 dias. Dar sedativo ou analgésico.

* Na suposição de não ter sido revelado nenhum outro sinal de importância ao exame físico.

PACIENTE N.º 8: P. G., 41 anos, sexo masculino, comerciante.

Este paciente, que se apresenta com bom aspecto geral, queixa-se que há 3 meses tem "dor na boca do estômago". Alguns anos atrás já tivera sintoma idêntico, que melhorara rapidamente após regime alimentar e um "remédio branco" cujo nome já esqueceu.

A dor epigástrica inicia-se cerca de hora e meia após as refeições e desaparece à ingestão de um copo de leite ou qualquer alimento sólido. Também comprimidos de anti-ácido resolvem o problema, mas seu efeito limita-se a meia hora. O paciente acorda toda madrugada com a "boca cheia de água" e intensa queimação abdominal. Não há outras queixas.

Conta também que seu pai sofria de "gastrite crônica" e que outros familiares igualmente têm distúrbios digestivos.

O exame físico em nada contribuiu para um diagnóstico, revelando apenas discreta reação dolorosa à palpação do abdômen superior.

Mesmo o leigo ficará tentado a concluir que se trata de úlcera péptica, mas qual é o nível de precisão deste diagnóstico?

Obviamente não passará de uma hipótese *provisória* e seria mais honesto, diante da falta de exames complementares, ficar com o diagnóstico sintomático "de dor epigástrica".

O raciocínio clínico seguirá o seguinte roteiro:

A doença é grave?

Provavelmente não. O aspecto geral do paciente é bom. Além disto — e trata-se de um dado importante — já teve episódio semelhante anos atrás.

Sua doença exige diagnóstico urgente?

Não parece. Os sintomas iniciaram-se há meses.

Qual é o problema?

Dor epigástrica num indivíduo de 41 anos, em boas condições de saúde. Uma vez que pelo menos 10% da população já teve úlcera péptica, esta elevada incidência favorece o diagnóstico provisório de úlcera duodenal ou de estômago.

Será permitido, então, iniciar-se o tratamento empiricamente, na suposição de que seja esta a hipótese correta?

A decisão terá que aguardar uma última pergunta:

Qual o risco para o paciente se este diagnóstico estiver errado?

Embora os sintomas descritos pelo paciente pertençam ao quadro clássico da úlcera, os sintomas não são *específicos* da mesma. Embora menos freqüentes que a úlcera e geralmente não se superpondo inteiramente ao quadro descrito acima, o diagnóstico diferencial de dor epigástrica requer que uma série de outras enfermidades possa ser excluída.

Diagnóstico diferencial da dor epigástrica

Doença	Resposta ao tratamento para úlcera péptica
Úlcera péptica	Remissão (existem casos resistentes)
"Gastrite"	Remissão
"Colite"	Remissão parcial
Hérnia de hiato	Remissão temporária
Pancreatite crônica	Inalterada
Colecistite	Inalterada
Estrongiloidíase	Inalterada
Dor de coluna dorsal	Inalterada
Pleurisia, Pneumonia	Inalterada
Câncer gástrico	Inalterado*

Nenhuma destas doenças exige diagnóstico de certeza à primeira consulta. É indiferente para o paciente se é portador de úlcera, gastrite ou colite, desde que melhore a sua sintomatologia. E a falta de resposta favorável ao tratamento, bem como a modificação do quadro clínico no decorrer da evolução (como é o caso, por exemplo, na pneumonia ou no pleuritis) servirá para definir ao médico novas opções diagnósticas (o que ocorre em 5-10% dos casos).

O efeito terapêutico deverá manifestar-se já ao cabo de poucos dias, mas a medicação e o regime só serão suspensos após 5-8 semanas. Terminadas 8 semanas (a *demora permitida* para este tipo de doença) o paciente voltará para nova apreciação e, no caso de não sentir-se curado, eis chegado o momento para uma exploração clínica mais detalhada.

Em 8 semanas nenhuma das enfermidades mencionadas no quadro (nem sequer o câncer de estômago) terá evoluído o suficiente para que seu prognóstico se tenha tornado irreversível. Desde que se permita ao paciente voltar ao consultório antes de expirado o prazo, no caso de experimentar novos sinais ou sintomas, a conduta proposta não lhe reserva risco algum.

O raciocínio feito indica claramente que o paciente P. G. pode ser tratado como ulceroso, na ausência de qualquer exame complementar.

A conduta proposta certamente não segue a ortodoxia, pois nas escolas médicas ensinam que o diagnóstico de úlcera requer

* Também a sintomatologia de uma neoplasia ulcerada pode, durante algum tempo, responder ao tratamento; trata-se de um risco que deve ser reconhecido.

pelo menos radiografia de estômago e duodeno, bem como exame endoscópico de esôfago e estômago, devendo a terapêutica somente ser iniciada, após confirmada a hipótese. Infelizmente este rigor científico é irreconciliável com a realidade econômica (no presente momento — Dezembro de 1974 — estes exames são orçados em... Cr\$ 1.500,00!)

Tanto no caso de paciente particular (que não constitui mais do que 5% da população), como para a Previdência Social e outras entidades que financiam os serviços médicos, despesas desta ordem são utópicas, dada a grande quantidade de indivíduos que vem aos ambulatórios com queixa de dor epigástrica. Se, então, o empirismo tornou-se uma necessidade, que se faça dela uma virtude, através de um empirismo sensato e vigilante.

Provavelmente não mais que 10% dos pacientes continuarão com os mesmos sintomas ao término de 8 semanas. Este pequeno grupo receberá todas as atenções e será submetido a uma rotina diagnóstica, sem considerações de custo.

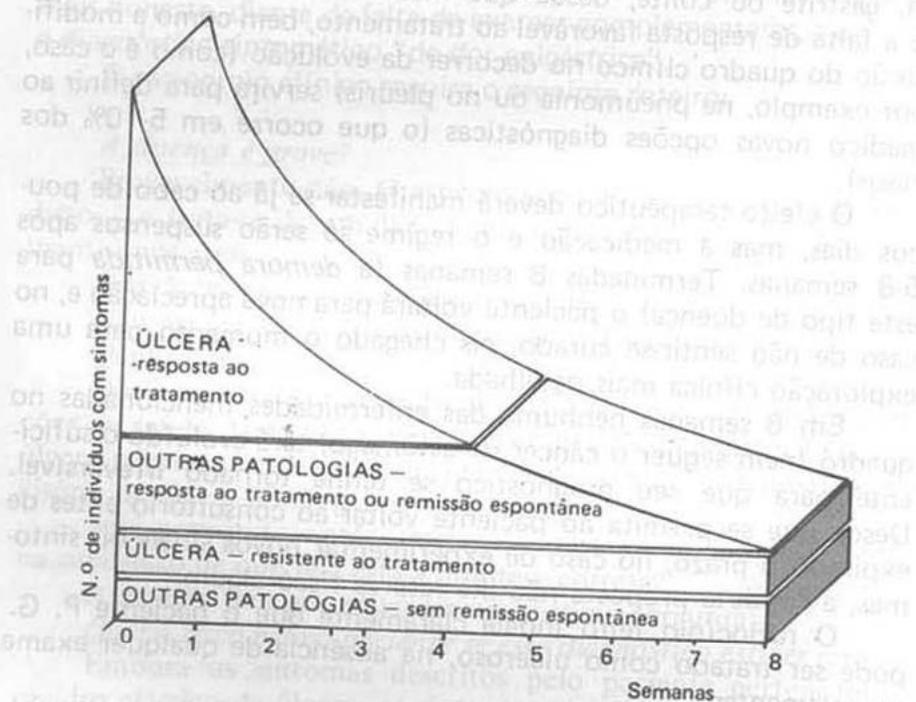


Fig. 27 — Evolução hipotética de um grupo de indivíduos, com diagnóstico clínico de úlcera péptica, tratados empiricamente (com omissão de exames complementares) durante um período de 8 semanas.

Será considerável a economia efetuada pela nação, se forem divulgadas as normas para uso racional da "demora permitida"

e usadas em ampla escala. Mas esta é apenas uma das vantagens que se pode apontar.

A técnica proposta oferece uma nova alternativa para o médico que se inicia na profissão e que, de um lado pressionado a economizar verbas, quaisquer sejam as conseqüências sobre seu trabalho, por outro lado ainda sob doutrinação da escola que lhe ensinou a prodigalidade no uso dos recursos da Medicina, vê-se frustrado em suas expectativas profissionais.

Depois de ter-se decidido que um quadro clínico não exige diagnóstico de urgência, pois não oferece risco imediato de evolução desfavorável, o médico indagará:

"Quanto tempo poderei esperar, sem colocar em risco o paciente?"

Este prazo de *demora permitida* naturalmente depende do diagnóstico provisório feito, que se baseia apenas na clínica, não recorrendo aos exames complementares. Tratando-se de sinais e sintomas usualmente benignos e corriqueiros, é de se esperar que 80-90% evoluem naturalmente para a cura. Em outras ocasiões institui-se o tratamento empírico, orientado para a hipótese que se julga mais provável; o tipo de resposta à medicação indicará até que ponto o profissional pode contentar-se com este diagnóstico provisório.

Os pacientes cuja evolução não for favorável durante o período de expectativa, obviamente receberão todos os cuidados que seu estado requer. Tratar-se-á, sempre, de um grupo pequeno.

A técnica da *demora permitida* é a única solução possível quando são escassos os recursos à disposição dos serviços médicos. Para que possa ser usada com responsabilidade, será necessária rigorosa padronização das normas a que deve obedecer, tarefa que cabe aos especialistas e administradores. Recomenda-se, também, que as escolas médicas participem deste planejamento.

Além de suas vantagens econômicas, a conduta conservadora e pouco intervencionista implica, também, em benefícios para a tranquilidade do paciente, bem como para a sua integridade física.

QUESTÕES:

1. Qual é a diferença entre os prognósticos da hérnia umbilical e da hérnia ingüino-escrotal?
2. Qual é o prognóstico da criptorquidia e que pacientes deverão ser enviados ao especialista?
3. Estime a *demora permitida* no caso de

epistaxis

hemoptise

dor de ouvido

impotência sexual no homem

Quais as condutas a tomar por ocasião da consulta inicial?

7.

A HISTÓRIA CLÍNICA (ANAMNESE)

Tirar uma anamnese, nos hospitais-escola, é tarefa reservada aos médicos internos ou residentes, e em alguns consultórios melhor freqüentados é a própria recepcionista quem o faz, compreendendo-se os motivos que levam o estudante a acreditar tratar-se de uma atividade de importância secundária e que envolve pouca responsabilidade.

Mas, as informações prestadas pelo paciente com respeito à sua doença não são sempre tão objetivas como quando o interrogamos sobre como chegar à estação rodoviária, ou lhe perguntamos se acha que vai chover no fim da tarde, pois que, a maior parte das vezes, não se referem a fatos concretos.

Não é fácil escrever uma boa anamnese que consiga transformar *queixas* em *sintomas*, traduzir de um modo conciso um problema que o paciente trouxe dentro de si durante longo tempo, tentar *compreender* aquilo que um outro *sentiu*. As palavras com que se dirige ao médico darão uma visão mais ou menos fiel de sua experiência, em termos do diagnóstico médico, à medida que varia seu grau de cultura, seu poder imaginativo, a sensibilidade ou o pudor que sente em revelar ao profissional todas as suas fraquezas.

Freqüentemente visualiza-se detrás da cortina de palavras aquilo *que deixou de ser dito*, o medo que não encontrou expressão, a necessidade de segurança que o paciente não teve coragem de confessar — e são informações tão tangíveis como uma história oferecida espontaneamente. O problema da adolescente parece resumir-se em dispepsia ou vômitos e só com relutância confessa que é verdade que neste último mês suas regras deixaram de vir. O jovem que há dois meses percebe diminuição do apetite e falta de disposição para o trabalho, esconde ao médico e a si próprio a recente internação de seu pai num sanatório de tuberculose, e só se