

nos últimos três meses. O exame físico foi inteiramente normal.

E neste caso, que exames serão pedidos?

7. Qual a diferença básica entre estas duas histórias, nenhuma das quais acompanhada por anormalidade ao exame físico, mas que, eventualmente, poderá ditar condutas diversas para os dois casos?

## 10.

### SINTOMAS SEM SINAIS

Médico algum iniciaria uma conduta terapêutica no caso do paciente cujas informações se limitassem a "Doutor, eu não sou mais aquele de antigamente." ou "Doutor, eu me sinto infeliz." Com toda a razão procuraria maiores detalhes. Estimula-o a contar-lhe mais e mais, interroga-o em seguida, para que ele, profissional consciente, possa formular melhor imagem daquilo que parece ser o problema.

Se isto se justifica no caso de queixas "puramente" orgânicas, apenas uma minoria dos problemas da prática cabem nesta categoria; nos demais, o excesso de zelo na confecção de uma anamnese resulta numa faca de dois gumes. Procurar definir o indefinível, esmiuçar a falta de ânimo para a vida diária, o enfado, a melancolia ou a solidão, procurar formular em linguagem "científica" a simples sensação de que "algo não vai bem", tem como resultado, em pelo menos um terço dos pacientes, a construção de uma história clínica que não faz sentido algum.

Um exemplo típico é aquele reproduzido na pág.58: a esta paciente "poliqueixosa" receitou-se um ansiolítico, após o que ela foi mandada para casa, sem retorno marcado. Todo o seu relato teria sido mais direto, se o médico houvesse concordado em aceitar a paciente em outros termos, aqueles de uma mulher que simplesmente sentia-se nervosa sem saber explicá-lo melhor, alguém com múltiplos problemas de vivência, que ansiava em poder discutir com alguém. Mas depois que se verificou não existir correspondência entre suas queixas e os dados do exame físico, concluiu-se que não valia a pena perder muito tempo com a mulher, porquanto suas queixas eram "inteiramente funcionais".

A ênfase que se dá nas escolas médicas ao processo de tudo definir segundo um glossário estritamente orgânico (e portanto considerado objetivo) é responsável pela frustração experimentada

pelo médico novato: sua intenção é de chegar a um *diagnóstico*, e eis que lhe trazem *problemas* (e ainda por cima formulados numa linguagem que não faz parte de seu próprio modelo conceitual).

Os pacientes n.º 1, 2 e 9, cuja anamnese, porém, simula maior objetividade do que o exemplo acima, só foram submetidos a exame físico porque insistiram numa consulta completa. Mas este era perfeitamente dispensável: as três histórias exibem nítidas feições de afecções meramente "psicológicas", sem qualquer substrato orgânico. Para concluí-lo, não haveria necessidade de manuseios da semiologia. Não existe doença orgânica que impeça o indivíduo a pronunciar um "presente" por ocasião da chamada em classe. Se o timbre de voz de J. L. ao médico parecia normal, como acreditar em sua assertiva de que possuía voz efeminada? E a literatura médica não reconhece "bicho que corre entre couro e carne", que invariavelmente inicia suas atividades toda noite depois do jantar, e não se revela ao olho pela mais insignificante lesão de pele.

Todas estas poderiam ser denominadas doenças "psicos-somáticas".

**PACIENTE n.º 15:** O. P. Q., 30 anos, sexo masculino, jornalista.

Era a primeira consulta do paciente; embora já tivesse marcado hora em duas ocasiões anteriores, estas eram canceladas no último momento. Notava-se, realmente, que o homem experimentava dificuldade em confessar-se ao médico, mas finalmente fê-lo sem rodeios: de dois meses para cá, ficara subitamente impotente, não só o ato sexual sendo-lhe problemático, mas ele também tendo perdido o interesse pelo sexo oposto.

Apressou-se a informar que nunca tivera problemas desta natureza, nem mesmo quando adolescente. Era solteiro e levava uma vida sexual bastante ativa durante todos estes anos (mas jamais contrairia doença venérea, acrescentou). A impotência não se acompanhava de qualquer outro distúrbio que pudesse explicá-lo, e o seu regime de trabalho também não mudara. Além disto era notória entre seus colegas sua resistência física, pois conseguia trabalhar semanas a fio com apenas 3 ou 4 horas de sono por noite. Verdade era que ultimamente acordava um tanto fatigado, mas não lhe dera muita atenção.

Por conta própria já recorrera a injeções de testosterona; dado o insucesso deste tratamento estava agora experimentando certas fórmulas "afrodísíacas" recomendadas por amigos. Mudara diversas vezes de parceira, a fim de procurar estímulo na variedade, mas estas tentativas geralmente resultaram desabonadoras.

Depois de deixá-lo falar livremente, o médico fez-lhe algumas perguntas, conseguindo trazer à luz três outros sintomas, para o paciente completamente sem importância:

Discreta perda de peso (mas o paciente não sabia informar se ultimamente alimentava-se menos, já que suas refeições sempre eram feitas em horário irregular).

Prurido cutâneo generalizado, mais intenso à noite, mas que não lhe impedia o sono.

Dor lombar de início mais recente, sem relação com a posição ou esforço físico.

O médico fez minucioso exame físico, nada mais encontrando do que sinais de aranhadura nos flancos.

Em seguida pediu um exame de sangue, que confirmou sua suspeita.

A queixa de impotência em jovem solteiro é suficientemente comum para que não se pense sempre em doença orgânica, quando se trata de um achado isolado. (São bastante raros, aliás, os casos de impotência devidos à patologias orgânicas.) Também os outros sintomas eram corriqueiros e pouco significativos. Porque, então, a insistência do médico no exame físico, em face de um quadro que, assim como nos três indivíduos acima, deveria ter todas as características de doença psicossomática? E outra coisa: dada a negatividade do exame físico, porque teve o médico o cuidado adicional de pedir a glicemia?

O que existia de diferente na história contada por O. P. Q. que pudesse levar à suspeita clínica de diabete?

Durante os anos de prática, todo médico tem oportunidade de ver centenas de "doentes imaginários" que, assim como J. L., estão convictos de que sua voz não é normal, pensam estarem grávidas e não estão, reconhecem um tumor de seio que o médico não consegue perceber, não se deixam dissuadir da idéia de serem vítimas de um hálito com cheiro de "carniça", embora nenhum dos circunstâncias o note.

O que distingue esta história clínica dos demais casos? Qual é o seu *elemento de suspeita*, que falta à maioria dos demais pacientes que diariamente passam pelo consultório?

É provável que o próprio médico não consiga formular com clareza porque ele, que se gabava da habitual sobriedade clínica, reconhecia subitamente a necessidade de exames complementares; este tipo de "olho clínico", fruto da experiência de longos anos, pertence à esfera do subconsciente.

Justificaria seu zelo pela paciente n.º 12 afirmando que, mesmo que esta exibisse nítido comportamento neurótico por ocasião da consulta, ou lhe relatasse estar em tratamento com psiquiatra, os exames complementares seriam medida de rotina, pois seria inaceitável o risco de um erro diagnóstico em caso de hemoptise.

Com efeito, o elemento *risco* determina até onde deve-se intervir em determinado caso, mas esta explicação não basta. Certamente não haveria qualquer risco em tratar-se O. P. Q. com um



tranquilizante qualquer, na esperança de uma cura espontânea de sua impotência sexual. Mas alguma coisa em sua história despertara a suspeita do profissional, e este "algo" não se coadunava com a hipótese de doença psicossomática. Talvez fosse a impressão clínica inicial: a facies do paciente, seu comportamento, sua maneira de contar os sintomas. Mas não era só isto; a verdade é que o processo diagnóstico não usa só o raciocínio, mas também uma certa intuição. A experiência acumulada através dos anos faz com que se adquira, por meio de um processo que envolve tentativas e erros, uma série de gabaritos mentais, modelos que servem ao profissional para avaliar natureza e prognóstico dos problemas que lhe submetem.

Trata-se de uma habilidade que não se consegue transmitir ao médico novato. Sabendo-o cético de tudo que não tenha feições rigorosamente científicas, seria com muita relutância que seu orientador lhe mostraria algumas regras para o reconhecimento do doente psicossomático.

"Não me preocupo de imediato com o diagnóstico preciso, ao invés disto preferindo pensar em problemas de inadaptação à vida diária, nas situações seguintes:

Pacientes do sexo feminino, acima dos 17 anos. (Quando o homem na faixa dos 10-35 anos vem ao médico, é mais provável que tenha alguma doença orgânica. Na mulher o inverso é verdadeiro.)

Aquele que vem com frequência ao médico, e, quiçá, já foi operado diversas vezes.

O paciente com queixas múltiplas e mal definidas.

Aqueles cujos sintomas mudam de consulta para consulta.

Quando já a primeira impressão clínica é de ansiedade ou depressão."

Percebe-se que formulações pessoais não resistem a uma definição verbal.

**PACIENTE n.º 16:** O. M. S., 28 anos, sexo masculino, ambulante

Este paciente entrou na sala de consultas com passo lento e hesitante. Sentou-se à beira da cadeira, dorso curvado, e durante a maior parte da consulta evitou encarar o médico de frente. Conservava entre os dedos na aba do chapéu, cujos fios de palha desfiava sem cessar.

Relatava "peso na vista" e frequentes "desmaios". Estes últimos não envolviam perda de consciência nem distúrbio de equilíbrio, mas eram descritos como "desapercebimento das coisas".

Ultimamente sua vida piorara muito. Havia 3 anos viera de Minas para o Paraná, disposto a ganhar o suficiente para poder frequentar algum curso noturno, oportunidades que a sua cidade do interior não lhe oferecia. Ini-

ciara-se como ambulante, vendendo quinquilharias em frente à Estação Rodoviária, e nos primeiros meses tivera sucesso. Mas em seguida percebeu que a memória começara a lhe faltar, nem sequer conseguindo lembrar-se daqueles fregueses aos quais vendia fiado. Com isto seu estoque de mercadorias rapidamente se esgotara, sem que tivesse os recursos para renová-lo. Há duas noites o paciente dormia na rua, junto à entrada do Pronto Socorro, à espera de conseguir consulta.

Seu primeiro contato no ambulatório foi com o doutorando de Medicina; este não julgou necessário fazer um exame físico, pois parecia-lhe que a história já era suficientemente elucidativa. Decidiu enviar o paciente ao psiquiatra, mas antes achou-se na obrigação de justificar esta conduta a seu preceptor, a quem chamou para a sala.

Não foi preciso mais do que palpar o pulso para demonstrar que se tratava, primariamente, de um distúrbio orgânico (uma "doença somatopsíquica", designação que no momento é popular).

O eletrocardiograma, feito na mesma tarde, revelou uma "frequência ventricular de 37 e uma frequência auricular de 75." Tratava-se de um "bloqueio átrio-ventricular do segundo grau, do tipo 2:1, com alterações de repolarização ventricular". O paciente sofria da grave miocardite chagásica, e seus sintomas, não incomuns neste tipo de caso, refletiam episódios de isquemia cerebral.

Este caso clínico poderia levar a conclusões que entram em conflito com afirmações feitas anteriormente: justamente quanto maior a suspeita de tratar-se de doença sem substrato orgânico, tanto mais premente a necessidade de proteger-se contra erros de interpretação, realizando exaustivo exame físico, e pedindo exames complementares.

Nada mais falso. Que significado se daria à uma leucocitúria, por exemplo, dentro do quadro clínico apresentado pelo paciente n.º 1, que relevância terá para o diagnóstico uma discreta esplenomegalia no caso do paciente n.º 2? Multiplicar os exames sem que haja suspeita clínica bem definida, apenas servirá para multiplicar as opções diagnósticas, a probabilidade de uma solução ser desviada para rumos cada vez mais distantes do verdadeiro problema.

Um distúrbio de natureza aparentemente neuro-psiquiátrica não deve ser encarado como obstáculo ao raciocínio clínico; trata-se de uma enfermidade (ou, pelo menos, de um *problema*) que tem suas próprias características clínicas, embora às mesmas possa faltar um equivalente orgânico. Às vezes a anamnese é bastante objetiva (insônia, impotência, bloqueios verbais, dispepsia, etc.), outras vezes é vaga, difusa e sem unidade, especialmente quando o médico insiste que lhe contem uma história concreta, e ao paciente não resta outro recurso senão dar-lhe esta satisfação.

Insistir em que toda a anamnese seja correspondida por um conjunto de sinais clínicos que a expliquem é tão absurdo como

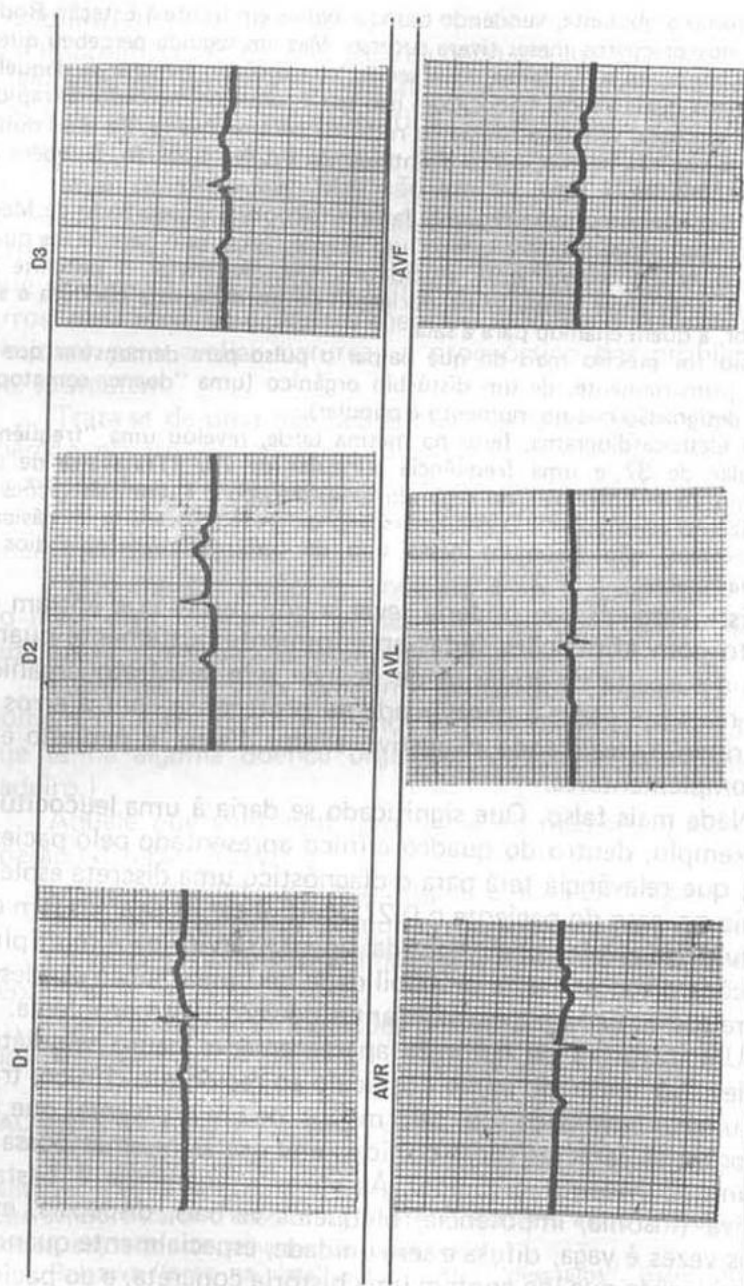


Fig. 62 — Eletrocardiograma de um paciente com bloqueio atrio-ventricular do segundo grau, do tipo 2:1, com alterações da repolarização ventricular (paciente, nº 16).

esperar que todo sinal físico, todo distúrbio orgânico, por menor que seja ele, tenha uma história clínica que lhe é paralela. Se isto fosse verdade não existiria uma sífilis *latente*, ignorada pelo paciente, seria mais alvissareiro o prognóstico do câncer de sigmóide, pois, desde o início, o paciente reconheceria a necessidade de ir ao médico.

O presente capítulo ofereceu exemplos de problemas primariamente psíquicos, ao lado de outros predominantemente orgânicos, sem que se desse uma convincente solução de como distinguir entre os mesmos. Viu-se, no decorrer deste livro, que não existem regras infalíveis para diferenciá-los através da anamnese: tanto uma como outra categoria de doença pode traduzir-se por histórias vagas e difusas, ou por queixas únicas, aparentemente objetivas. Se a complementação da anamnese pelo exame físico, ou por exames mais requintados, em alguns casos parece fornecer informações decisivas, em outras situações só traz confusão.

E o leitor, acostumado a idealizar a ciência médica, certamente ficará surpreso ao perceber que um instrumento igualmente valioso é o "olho clínico".

É a Medicina vista como arte.

Um psiquiatra inglês uma vez disse o seguinte: "É melhor atribuir pequena proporção de enfermidades orgânicas a causas funcionais do que condenar grande número de paciente sadios ao temor de uma doença inexistente."

(Obviamente o termo "sadio" deverá ser visto em sua verdadeira perspectiva.)

O conselho é sensato e humano, mas segui-lo envolve certos riscos. Só vale para aqueles profissionais que mantêm frequente contato com seus paciente, conseguindo, assim, corrigir, em seu devido tempo, eventuais erros de interpretação.

Mesmo o especialista vê de maneiras diversas um mesmo problema psiquiátrico. Conforme o *modelo conceitual* que lhe é favorito varia, também, a sua conduta terapêutica.

Dentro do *modelo médico*, encara-se a doença mental como algo que depende de uma causa específica que, embora ainda seja mera conjectura, futuramente será melhor definida pelo patologista. Para manter a sua objetividade, o terapeuta conserva-se a uma distância respeitosa do paciente, ao qual procura socorrer através de anti-depressivos ou eletrochoque.

O *modelo psicológico*, por outro lado, dá maior ênfase às experiências do indivíduo durante sua fase de desenvolvimento, que modificaram sua personalidade, de tal maneira que só a psicoterapia poderá trazer qualquer esperança.



Para o *modelo comportamental* as neuroses ou psicoses não passam de desvios do comportamento, adquiridos em consequência de experiências aversivas. O tratamento limita-se aos sintomas manifestos, e não se procuram conflitos inconscientes ou eventual doença orgânica oculta; consistirá no reforçamento de comportamentos considerados favoráveis pela sociedade e na extinção daqueles julgados prejudiciais.

O *modelo social* coloca o homem dentro do sistema social a que pertence, o tipo de relacionamento que consegue estabelecer ditando se há ou não harmoniosa coexistência. O tratamento procurará, é obvio, modificar a textura do ambiente social.

Lazare mostra que estes modelos não são inteiramente incompatíveis entre si, indicando, ainda, que não é completa a compartimentalização dos profissionais quanto ao modelo por eles preferido. Mas já é o que basta para que se perceba que o campo das moléstias mentais não é tão precisamente definido como é aquele, por exemplo, das moléstias transmissíveis ou a cardiologia.

Se dentro da própria psiquiatria existe preferência por este ou aquele modelo, certamente será desculpável que este grupo mais heterogêneo de profissionais que exerce a clínica tenha cristalizado determinados tipos de conduta, distintos quanto à maneira de encarar o doente com problemas psicológicos.

Em um dos extremos, situa-se o organicista, que nega a importância da *psique* e reconhece no diagnóstico de "doença psicossomática" mero subterfúgio de quem fracassou na investigação de fatores orgânicos. No outro extremo está aquele que em toda queixa vê apenas uma "somatização" de conflitos internos. Se este frequentemente é omissivo quanto à necessidade do tratamento cirúrgico ou medicamentos, achando que conseguirá curar todos os pacientes mostrando-lhe que seus temores são irrealistas, o primeiro mostra-se insistente na realização de exames e é quase certo que alguma coisa haverá de encontrar.

Esta situação perpetuar-se-á, é lógico, se as escolas de Medicina continuarem a manter rigorosamente separadas a Clínica Médica e a Psicologia Médica, tendência que, infelizmente, é encorajada por ambos os departamentos, e que se harmoniza tão bem com a atual moda do médico especialista. Para a psicologia esta cisão é desastrosa: jamais conseguindo ser tão espetacular como a cirurgia, e não oferecendo o mesmo desafio à argúcia diagnóstica que a Clínica Médica, transforma-se numa das matérias menos populares do currículo médico. Consequentemente é grande a probabilidade de se formarem apenas médicos pouco interessados em doenças sem patologia definida.

Felizmente já se iniciou, em alguns países da Europa e na América do Norte, um movimento contrário à especialização exagerada do médico. Este processo, se for bem sucedido, só poderá beneficiar a Medicina. Se as "doenças psiquiátricas formais" têm características próprias e um tipo de evolução que requer assistência especializada, trata-se de um grupo reduzido de pacientes (cerca de 25% de todos os episódios psiquiátricos). No restante dos casos, as queixas "psíquicas" associam-se tão intimamente aos distúrbios "somáticos" que não é possível cindi-los. Ou se ensina o psiquiatra a encarar também o lado orgânico dos problemas clínicos, ou então o clínico deverá aceitar como legítima obrigação cuidar do paciente como um todo indissolúvel. Serão más as perspectivas se este objetivo não for alcançado.

Distúrbios da mente são as "doenças do futuro". Compreendem de 30 a 70% de todas as consultas, conforme o tipo de ambulatório. Já se transformou num problema de Saúde Pública, como o sarampo ou os acidentes de trânsito. No Reino Unido calculou-se que, de todas as categorias de medicamento, são as drogas "que atuam sobre o sistema nervoso central" que são as mais prescritas; compreendem 22% do total prescrito, contra os 16% que correspondem às drogas que atuam sobre o aparelho digestivo, e que vêm logo a seguir em importância.

Estes números demonstram que, malgrado sua relutância em reconhecê-lo, o clínico já pratica a psiquiatria no ambulatório ou consultório privado. A terra de ninguém entre as doenças "puramente orgânicas" e "puramente psiquiátricas" já foi por ele invadida; criou-se, mesmo, os termos "psicossomático" e "somatopsíquico" para indicar a predominância de um ou outro destes fatores, o que equivale a uma confissão de que ambos vêm associados. Apesar de tudo isto, é estranho como muito daquilo que se diz ou se escreve a respeito, a Medicina ainda é rigorosamente expurgado de qualquer referência aos elementos psicológicos envolvidos, exibindo-se o ser humano ao público principalmente através de suas roupagens biológicas.

No decorrer de um estudo realizado na Austrália (justamente aquele que demonstrou que somente um quarto dos distúrbios psiquiátricos eram "formalmente psiquiátricos"; na Classificação Internacional das Doenças trata-se da Seção 5: "psicoses, distúrbios psico-neuróticos, distúrbios de caráter, comportamento e inteligência") surgiu uma classificação para os 75% restantes que poderia ser adotada:

1) Sintomas psiquiátricos que não podem ser enquadrados em

qualquer diagnóstico específico, pertencendo a maioria à categoria de "nervosismo e debilidade".

2) Distúrbios situados no limiar entre doença psiquiátrica e neurológica, como cefaléia, "senilidade", distúrbios do sono, memória e fala.

3) Distúrbios emocionais relacionados com doença somática – o grupo maior.

Num campo que ainda não tomou aspecto de ciência, e no qual nenhuma classificação formal consegue sobreviver à moda do momento, tal nomenclatura é mais do que suficiente.

Nos distúrbios psiquiátricos freqüentemente só a história clínica merece atenção, geralmente não passando de achados casuais os achados físicos porventura existentes.

Na falta de uma seqüência lógica entre anamnese e exame físico, o clínico experimenta dificuldades na conceituação de uma doença autônoma; sente que alguma coisa está ausente, que o raciocínio clínico ficou incompleto.

Deverá resistir ao impulso de aprofundar o exame físico, ou de pedir exames complementares sem motivo justo, pois sempre encontrará alguma coisa julgada anormal, e é grande o risco de ser levado a erros.

Situa-se no extremo oposto aquele que inclui seu paciente entre os portadores de "doença psicossomática" só porque sua história é vaga e pouco objetiva.

Não é fácil encontrar o equilíbrio correto entre os dois extremos, a decisão a tomar dependendo mais da experiência que se adquiriu do que de conhecimentos científicos, mais do "olho clínico" que do exame de laboratório.

Não se reconhece um distúrbio psiquiátrico pela ausência de achados "concretos" ou porque lhe falte uma história que sujira doença orgânica; será identificado pela presença de uma personalidade característica, pela existência de um elemento de suspeita que é tão objetivo como qualquer conjunto de dados anatomo-patológicos. *A própria anamnese já é um exame psiquiátrico.*

Mas apenas 1/4 dos pacientes enquadram-se na categoria das "doenças formalmente psiquiátricas", caindo

os demais num campo que nenhuma especialidade reconhece como propriedade sua. Identificar estes 25% que requerem tratamento por parte do psiquiatra é o desafio lançado.

#### QUESTÕES:

1. Modifique a história contada pelo paciente n.º 15, de sorte que a mesma venha a sugerir um "típico" quadro psiquiátrico, para cuja caracterização o exame complementar é dispensável.
2. Procure classificar a doença apresentada pelo paciente n.º 2. Qual dos 4 modelos conceituais apontados acima parece situar mais adequadamente a etiologia deste distúrbio?
3. Explique porque enviaria este paciente ao psiquiatra.
4. A insônia é um dos sintomas mais comuns nos estados depressivos. Que outros sintomas fazem parte do quadro clínico? Em que casos será esta insônia determinada por causas "puramente somáticas"?