

## *Diagnosticar e não diagnosticar*

Sílvio dos Santos Carvalhal\*

### *INTRODUÇÃO*

Diagnosticar e não diagnosticar em Medicina não é equivalente a fazer e não fazer. Fazer bem é bom; fazer mal é mau.

Não fazer pode ser bom ou mau dependendo do que não se faz.

Diagnosticar, contudo, as patologias que o paciente apresenta é sempre bom e não diagnosticar é sempre mau. É por isso que diagnosticar e não diagnosticar devem ser preocupações legítimas do profissional da medicina clínica no seu dia-a-dia de atendimento aos pacientes.

Essas considerações iniciais e a abordagem deste tema surgem em decorrência da nossa própria rotina de trabalho. Por mais de quarenta anos temos sistematicamente conferido, através dos protocolos clínicos e da necropsopia, o que é diagnosticado e o que não é diagnosticado em enfermos hospitalizados e falecidos. Trata-se de um número muito grande de casos em todos estes anos. É em cima dessa experiência, sobretudo dos últimos dez anos, que abordaremos vários aspectos do título em epígrafe.

Diagnosticar e não diagnosticar são contingências dependentes de um grande número de condições e circunstâncias, dentre as quais colocamos em maior destaque: a competência do profissional, os recursos semiotécnicos com que conta, e as condições de trabalho a que, muitas vezes, está ele submetido, principalmente em relação ao tempo de que dispõe para se dedicar à tarefa de examinar cada paciente.

Do outro lado estão a complexidade dos problemas e, principalmente, a magnitude das patologias que podem ser mais ou menos aparentes no momento da abordagem do paciente.

### *A importância do diagnóstico clínico em função do estado evolutivo das patologias*

Todas as alterações do estado de saúde deveriam ser diagnosticadas no seu início ou enquanto incipientes.

Naturalmente isso que seria a condição ideal tem também importância variável. Há situações patológicas cujo prognóstico é, na maioria das vezes pouco influenciável pelas ações médicas. São aquelas situações não graves cuja evolução natural é pouco ou nada influenciada pelo diagnóstico precoce ou tardio. O que é importante é que o diagnóstico seja definido

e que não se confunda com outras condições mórbidas que necessitam diagnóstico preciso e intervenção terapêutica adequada para modificar o prognóstico e recuperar o paciente ou pelo menos atenuar a morbidade da doença.

As neoplasias malignas, as doenças degenerativas e progressivas, precisam ser precocemente diagnosticadas para oferecer alguma perspectiva de prolongar a vida em boas condições de saúde.

Não diagnosticadas em tempo hábil, antes que atinjam intensidade grande ou que ocorram as suas habituais complicações, são perdidas todas as oportunidades de modificar o prognóstico, e o determinismo para o sofrimento, para a invalidez ou para a morte a curto prazo é inevitável.

O que se exige para este tipo de doenças, que na realidade, são as que mais ceifam vidas, as que mais invalidam pacientes e as que mais oneram os recursos disponíveis para financiar a atenção à saúde, é um esforço ingente, para estabelecer o diagnóstico precoce.

Em face do que temos constatado, e já há muitos anos, é preciso, por todos os meios, formar profissionais capazes e dispostos a modificar esse estado de coisas.

Outro imperativo é que as condições de trabalho do profissional médico permitam que ele examine suficientemente o paciente sem açoitamento, preocupado em descobrir e consignar no protocolo deste todas as patologias detectáveis. A continuar assim como está, médicos avisados para esta realidade que estamos apontando em relação às incidências das patologias e dispondo apenas de dez a quinze minutos para proceder ao exame do doente, nós vamos perpetuar isto que aí está nos órgãos previdenciários e até em Hospitais-Escola!

É necessário e imperioso começar a mudar a formação do aluno, principalmente no ciclo clínico da graduação, dando-lhe uma excelente formação semiológica com base na aferição anatomopatológica das manifestações. É preciso estimular o interesse do estudante e dos médicos para desenvolver o maior esforço na busca do diagnóstico precoce, através do exame cuidadoso e completo de cada paciente em lugar de selecionar o “casão”, o “caso de livro” com tudo o que é possível perceber pela magnitude das manifestações clássicas que, quase sempre representam o diagnóstico tardio, improficuo com o prognóstico “fechado” ainda que sejam nele aplicados altos investimentos. É preciso conscientizar alunos e supervisores para compreender que nos pacientes as patologias evidentes

---

\* Professor Titular de Clínica Médica e Anatomia Patológica da FCM - PUCAMP.

representam apenas a ponta do "iceberg" e que a parte imersa "subclínica" é ainda maior. Esta afirmação pode surpreender apenas àqueles que não testemunham o que a aferição necroscópica nos está mostrando com enorme evidência e com grande frequência.

Em números redondos, podemos afirmar que mais de 50% de patologias diferentes, reveladas à necrópsia não são mencionadas nos protocolos clínicos, sobretudo em observações de adultos e idosos! E mais, quase sempre os diagnósticos aventados clinicamente e concordantes com o achado necroscópico são os das doenças em estado avançado de evolução, cujos tratamentos e todo o esforço foram infrutíferos a despeito do alto custo para tentar modificar o porvir do paciente.

### *A constatação destes fatos na nossa rotina de trabalho*

São apresentados alguns exemplos representativos frente às realidades constatadas nas mesas de necrópsias e no estudo histopatológico dos órgãos, aparentemente saudáveis, à luz dos protocolos clínicos.

Podemos enunciar, sem qualquer possibilidade de erro, que quase sempre as alterações pequenas de órgãos e aparelhos não são diagnosticadas clinicamente. Têm chamado a nossa atenção como um exemplo dos mais autênticos do não diagnóstico, a lesão granulomatosa esquistossomótica do fígado. Num estudo de 200 casos de necrópsias, selecionados para confronto anatomoclínico, oito apresentavam granulomas no órgão sem que, por isso nessa fase evolutiva apresentassem evidência clínica da doença.

A importância dessa constatação da emissão do diagnóstico é que na história natural da doença os pacientes passam por essa fase subclínica. Mas grande parte deles acaba atingindo a fase clínica com a síndrome de hipertensão porta, as varizes do esôfago se rompendo e o hiperesplênismo, todas condições que marginalizam os pacientes cujos tratamentos são muito caros e sem nenhum resultado efetivo.

Considerando que esta doença é tratável com boas possibilidades de "cura" o não diagnóstico da doença nesta fase precoce é uma omissão grave.

Reverendo as observações desses pacientes, que vieram a falecer de outras causas, em muitos deles nem foi perquirido o antecedente epidemiológico! É claro que tendo o paciente falecido em consequência de outras patologias o achado da esquistossomose e inclusive o seu tratamento não alteraria o prognóstico desse paciente. Entretanto, analogamente aos casos de esquistossomose incipiente que faleceram de outras causas, a doença está ocorrendo assintomática também em pacientes vivos e que acorrem aos ambulatórios por outras queixas e somente estas merecem a atenção médica. Os anos passam, a queixa irrelevante que os levou à consulta desapareceu, mas as fêmeas do verme que os parasitaram continuam a incessante postura de ovos que vão ao fígado até obstruir o fluxo-portal e desenvolver a síndrome da hipertensão. Agora o diagnóstico é tão fácil quando é difícil o tratamento.

Temos verificado também à necrópsia que praticamente todos os cadáveres de adultos acima dos quarenta anos são portadores de aterosclerose em graus e localizações prevalentes variáveis. Numa incidência significativa deles a doença é avançada com as suas habituais complicações, a oclusão crítica das artérias pela placa ou trombose relacionada com esta última. Às vezes sobrevêm os infartos (cerebrais e miocárdicos) e a gangrena dos membros e até podem ser estas as razões mais fortes do óbito. Contudo estes casos são em muito menor número no ato da necrópsia que aqueles de aterosclerose que não foi diagnosticada clinicamente, exatamente porque no tempo do exame clínico não apresentavam ainda as complicações que provavelmente virão com o tempo, pois a doença deixada evoluir por si mesma tende a ser progressiva.

Praticamente 100% dos cadáveres adultos necropsiados, como dissemos, mostram algum grau de aterosclerose. Isto é inquestionável! Pois bem, examinando os protocolos clínicos em busca deste diagnóstico em pacientes que faleceram e foram necropsiados, só encontramos praticamente este diagnóstico clínico naqueles que apresentaram alguma complicação da doença! Nos demais não havia senão raramente alguma menção ao diagnóstico ou a menção de tratá-los pelo menos para tentar evitar as complicações de grande morbidade quase sempre e muitas vezes fatais.

Dizia um grande patologista austríaco do século passado, Rokitsky: "Mortui vivus docente", - os mortos ensinam os vivos. Esta frase e o seu trabalho profícuo o celebrizaram na época. Nos dias atuais ele viraria na tumba quando, parece que em todo o mundo, e aqui mesmo neste hospital, a porcentagem de casos de óbito necropsiados está caindo ano após ano! (Já tivemos cerca de 70% e agora 25%!)

O que mencionamos como exemplos, está ocorrendo também em toda a sorte de patologias: neoplasias, tuberculose, infecções e outras da mais variada natureza. A necrópsia as revela quase sempre ainda que estejam em fases evolutivas precoces, exatamente porque ela é o melhor método de aferição de diagnósticos anatômicos.

Nos confrontos que fazemos há tantos anos, o não diagnóstico clínico também chamado falso negativo, é em grande número: mais de 50% de todos os diagnósticos, à necrópsia. Aqui cabe mencionar o óbvio: quanto mais falho o exame do paciente mais se acentua essa desproporção.

Finalmente para sugerir uma terapêutica para tentar mudar esta situação, que não nos parece boa, recomenda-se:

1ª) A Escola Médica precisa rever e modificar a formação básica dos médicos - Podemos responsabilizá-la, pelo menos por parte das falhas que estão ocorrendo.

2ª) É preciso rever e modificar as condições de trabalho do médico, sobretudo nas Instituições Previdenciárias e naquelas em que eles são compelidos a trabalhar precariamente para sobreviver.

Parece que não acrescentamos qualquer novidade surpreendente mas, estou certo, que podemos, com a experiência destes muitos anos, subsidiar com segurança as afirmações que fizemos.