

# Qual a verdadeira contribuição da história clínica para o diagnóstico?

*Which is the real contribution of the clinical history to the diagnosis?*

Fernando Guimarães

Ao longo das décadas a história clínica tem sido venerada como pedra angular no processo do diagnóstico clínico. Na verdade, é o primeiro passo inerente ao contacto entre o médico e o doente, com algumas excepções, como situações de emergência ou alteração grave do estado mental ou de consciência deste último. É um procedimento virtualmente sem custos nem efeitos nefastos. Muitos autores têm escrito ou citado que uma boa história clínica permite aceder a um diagnóstico correcto na ordem dos 80-90% dos casos. Ainda recentemente o editorial desta revista, uma peça com um título provocante e de inegável interesse e actualidade, começa por o lembrar.<sup>1</sup> A prática clínica nos dias de hoje, infelizmente, não faz jus a esta assumpção, que em minha opinião se perpetua como um mito. Em rigor, julgo que nunca correspondeu à verdade.

Se é certo que existem doenças recentes, a grande maioria das patologias remonta a séculos atrás; o que acontecia era que muitas delas não eram reconhecidas em vida, nem mesmo no processo de autópsia, pelo simples facto de não existirem ao tempo o conhecimento e/ou os meios que vieram a permitir identificá-las. Logo neste ponto, pois, se poderá admitir que o diagnóstico era apenas, muitas vezes, e na melhor das hipóteses, mera aproximação do diagnóstico verdadeiro. Situação que continua a ocorrer em muitos casos na nossa época, apesar da panóplia enorme e dispendiosa de meios subsidiários de diagnóstico à nossa disposição, e cabe aqui evocar que a realização de autópsias com intuito científico (de certo modo o *gold standard* do diagnóstico difícil) se tornou relativamente incomum. Além das limitações aqui implícitas da validade da história clínica para o diagnóstico,

existe o facto de as manifestações de muitas doenças não serem típicas, em grande percentagem de situações, desde logo obrigando a alargar o diagnóstico diferencial. Por fim, recorde-se que há várias entidades ou síndromas que se definem pela soma de determinados critérios, parte dos quais (indispensáveis) são de índole laboratorial e, portanto, o seu diagnóstico não seria possível meramente pela história clínica, por muito apurada que fosse.

Vários factores concorrem, talvez hoje mais que antes, para a insuficiência da história clínica na sua tão apregoada capacidade diagnóstica. Muitos pacientes são incapazes de fornecer uma anamnese devido a estados de demência ou alterações de linguagem permanentes, e os seus familiares ou cuidadores podem apenas descrever as modificações de que se apercebem relativamente ao seu estado habitual; outras vezes, o acompanhante do momento nem sequer sabe dar qualquer informação acerca das queixas do paciente; como resultado, não raramente, o seu estado na admissão tem pouca relação com o conteúdo e a cronologia de tais relatos. Muitos doentes surgem já com exames complementares ou informação clínica desgarrada de uma observação pontual, que, não tendo incluído uma correcta anamnese, acaba por condicionar a espontaneidade e por vezes a utilidade da sua colheita posterior. Por outro lado, em parte por força da demografia, a coexistência de múltiplas enfermidades crónicas e de medicações crónicas ou de carácter “agudo”, como antibióticos, antipiréticos ou anti-inflamatórios não esteróides (incluindo por auto-iniciativa) falseiam a sintomatologia, ou levam os pacientes a esquecer a cronologia dos eventos, a confundi-los, a “desfocarem” dos sintomas principais – na prática resulta limitada a eficácia da anamnese para chegar ao diagnóstico preciso.

Quantas vezes o diagnóstico surge através dos exames complementares, não da história clínica, ainda quando esta foi efectuada criteriosamente. E retomo

a ideia da actual disponibilidade quase generalizada destes exames, mesmo dos até há poucos anos difíceis de aceder – disponibilidade que resulta no seu uso maciço, frequentemente pouco judicioso ou de duvidosa utilidade, com potencial de iatrogenia (entendida na sua mais lata acepção) e custos económicos crescentes e insustentáveis. Mas, na outra face da moeda, a história clínica (*per se* ou associada a exames auxiliares simples e de baixo custo), ao serviço de um raciocínio clínico informado, atento, dedicado, interrogativo e activo, pode ser crucial para uma atempada aproximação ao diagnóstico, e em alguns casos pôr de lado hipóteses ominosas levantadas por meios complementares de grande sofisticação mas muitas vezes com *demasiada sensibilidade* para achados sem real importância clínica.

Concluo esta reflexão reafirmando a minha convicção de que existe um romântico exagero da potencialidade diagnóstica da história clínica no processo diagnóstico. Mas simultaneamente afirmo que, mesmo com o passar dos anos e inerente ganho de experiência, apesar das mencionadas limitações, considero essencial à boa prática médica a obtenção de uma verdadeira história clínica na primeira oportunidade. Como nos interpelou há tempos um dos nossos mais acutilantes espíritos médicos, a execução criteriosa da história e do exame físico constitui “a primeira atitude humanista da Medicina”.<sup>2</sup> Paralelamente, chamo a atenção para os riscos da actual tendência do uso de *copy-paste* em perpetuar erros anteriores de colheita de dados e assumpções diagnósticas incorrectas, e do facilitismo da sua incorporação em notas de entrada apressadas e estereotipadas. ■

## Bibliografia

1. João Sequeira. História clínica: notícia de uma morte, largamente exagerada? *Medicina Interna* 2011; 18 (1): 3.
2. A. Oliveira Soares. Humanização em Medicina: A História Clínica. *Medicina Interna* 2008; 15 (4): 308-313.