

Humanização em Medicina: A História Clínica[§]

Humanism and Medicine: Medical History

A. Oliveira Soares*

As mudanças que sempre caracterizaram a evolução do mundo e da vida têm vindo a tornar-se mais difusas e mais intensas no decurso das últimas décadas. É natural; o progresso implica modificações crescentes que acabam por ter profunda repercussão em tudo ou quase tudo.

Não se exceptua a Medicina, cuja prática levou uma imensa “volta” a partir das Guerras Mundiais do Séc. XX. Contudo, não se alterou muito a essência de profissão de serviço que tem de ser aprendida e se funda em elementos extraídos de várias ciências e iluminados por características próximas de artes. Assim foi entendida por vários médicos célebres e este carácter complexo e multifacetado da profissão foi definido com grande clareza por Paul Beeson num texto célebre, publicado a abrir os textos do tratado conhecido como Cecil.

É geralmente aceite que a prática médica é um dos esteios das Humanidades. Nem outra coisa se esperaria duma actividade toda centrada na pessoa humana. Porém, as mudanças que já mencionei como relevantes têm estado a afectar, em moderada medida, o pensamento e atitudes humanistas de muitos médicos e a sua prática humanitária. É assim por variadas e ponderosas razões. Entre elas, o declínio do intimismo da relação médico-doente com a intromissão de um terceiro elemento que pode ser a Segurança Social, o seguro, a justiça, o patrão, o gestor... Resultam temores, ansiedade, reacções de ambas as partes. É relevante lembrar o exercício defensivo como reacção indesejável, explicação pelo menos parcial da justeza da seguinte afirmação:

“Os cuidados de saúde são muitas vezes prestados por profissionais apressados, arrogantes ou insensíveis às angústias e medos dos doentes... de forma descortês, autoritária ou desrespeitosa”
(Walter Osswald, 2006)

Uma das mudanças grandes que a nossa praxis sofreu resulta da muito maior disponibilidade de tecnologias novas de diagnóstico e terapêutica. Trouxeram-nos imensos benefícios mas têm tido a contrapartida perversa de implicar uma certa diminuição do contacto humano entre médico e doente. Em casos-limite perdeu-se até a atitude basilar de inquirir o que se passa com os pacientes. Vejamos um exemplo caricato:

O doente é um médico de meia-idade com uma hemopatia maligna e o hematologista requisita uma tomografia de emissão de positrões (PET) para despiste de focos secundários ósseos. O exame é iniciado por técnicos não médicos de diagnóstico, o doente pergunta pelo médico especialista de Medicina Nuclear, dizem-lhe que ele intervirá “no fim”. O exame termina e o doente vai para casa sem ter tido oportunidade de dar uma informação que considerava importante a médico algum. Mais tarde, na consulta de Hematologia, verifica que o médico escreveu o seguinte relatório: “Múltiplos focos hipermetabólicos costais e outro no sacro, diagnósticos de depósitos secundários duma neoplasia”.

Mas não! Não havia metástases duma doença cancerosa, tratava-se de calos fracturários em consolidação. O que o doente tanto queria ter dito ao especialista era que havia sofrido uma queda grave, dois meses antes, com fracturas de várias costelas e do sacro.

Felizmente, o hematologista tinha feito a anamnese, ao contrário do “perito nuclear” e não desencadeou uma agressiva quimioterapia das pretensas metástases!

Pois é, quando as pessoas abdicam de ouvir corre

*Internista. Chefe de Serviço, aposentado, do Hospital de Santa Maria

§Reformulação da palestra proferida em reunião clínica do Serviço de Medicina 2 do Hospital Curry Cabral, em 21 de Maio de 2008

Recebido para publicação a 21.08.08

Aceite para publicação a 29.09.08

tudo mal, mesmo as tecnologias diagnósticas “de ponta”.

Acontece que a história clínica é um dos últimos redutos da prática humanista da Medicina e é, sem dúvida, o nicho de intimidade de médico e doente que tem sobrevivido à burocratização e massificação do atendimento das pessoas que procuram alívio para os sofrimentos.

Muitos médicos sabem-no e praticam a colheita da história clínica mas muitos outros há que a vão esquecendo, de todo ou em parte e isso constitui uma tragédia clínica.

Presentemente, impressiona-me muito que haja tantos colegas com falta de disponibilidade para ouvir o doente e para o interrogar. Será que a alta sensibilidade à imagem que caracteriza as gerações mais novas teve como preço caro uma grave perda de interesse pela palavra ?

Se assim for é um défice de algo muito importante, algo que a seguinte sentença define belamente :

“A palavra, suprema dádiva aos homens para que comuniquem uns com os outros, se reconheçam nas coincidências, respeitem nas diferenças, entendam nas dores e indulgenciem nas misérias”

(Manuel Cerqueira Gomes, 1966)

Mas o caso da omissão da anamnese é ainda pior do que parece:

É que, em Medicina, não ouvir ou ouvir mal, apressadamente, não é só desatenção descortês como bem reza o pensamento atrás reproduzido de Walter Osswald. É um erro técnico! Ouvir faz parte da metodologia médica, é imprescindível para fazer o diagnóstico e para acompanhar a evolução.

São muito frequentes os casos em que frases ditas pelos doentes fornecem pistas para a natureza das enfermidades.

Alguns exemplos:

1 – Ginecomastia e “atrofia” testicular tomadas por sucessivos médicos como “hiper-estrogenismo de doença hepática alcoólica”. Só que o paciente garantia que nunca fora bebedor. Quando finalmente se deparou com um médico que ouviu isto, o diagnóstico clínico passou a ser de Síndrome de Klinefelter, com alta probabilidade anamnésica. O cariotipo confirmou e até era dos mais característicos : 47 XXY

2 – Emagrecimento atribuído a “diarreia crónica” interpretada como linfoma intestinal, mais ou menos fundamentado numas biopsias que, em rigor, não

eram conclusivas. Mas o doente explicava muito bem que não tinha diarreia. Evacuava muitas vezes mas pequenas porções de fezes normais. Esta informação inseria-se bem num contexto de hipertiroidismo grave com a clássica hiperdefecação e isso foi provado e tratado com sucesso.

3 – Insuficiência renal aguda e icterícia, sem diagnóstico, apesar de internamento por uma semana em hospital distrital. Ouvido com atenção, o doente narrou que haviam adoecido, ele e uma cadela de muita estima que tinha, depois de terem feito uma encarniçada matança de ratos, que lhe infestavam a horta. Para quem quis ouvir, a história foi altamente sugestiva de leptospirose, na forma de doença de Weil.

Assim era, foi possível isolar o agente, *Leptospira interrogans canicola*. O doente sobreviveu, depois duma longa fase crítica mas a cadela morreu (em insuficiência renal e hepática, segundo ulterior informação dum veterinário).

Tem-se desenvolvido um grande excesso de confiança nos novos e brilhantes exames complementares, em detrimento do método clínico. É bom que tenhamos presente que os inestimáveis recursos que enriqueceram a semiologia têm falhas e limitações.

Documentando a precedente afirmação :

1 – Biopsias gástricas diagnósticas de adenocarcinoma, num caso em que nada fazia sentido com esse diagnóstico (quadro típico de úlcera duodenal recorrente num jovem).

A explicação era um erro de codificação de lâminas no laboratório de Anatomia Patológica. O cancro existia mas noutro doente.

2 – Três casos de limitação intrínseca dum método (RMN/TC) só esclarecidos por cirurgia.

A. “Meningioma” considerado típico pelo imagiologista e que afinal se revelou uma metástase de carcinoma brônquico.

B. “Astrocitoma frontal muito característico pela densidade, estrutura e localização”. Mas, de facto, tratava-se dum abscesso cerebral com 150 ml de pus.

C. “Diagnóstico de pneumonia por TC no decurso da investigação de síndrome febril indeterminada. Não era pneumonia mas sim um grande abscesso subfrénico e supra-hepático com pleurite “de vizinhança” e ocorrendo catorze anos depois de peritonite por apendicite.

Os exames complementares revestem-se para certos médicos duma tal prioridade e são tão insis-

tentamente pedidos por um número crescente de consulentes que, em não poucas circunstâncias, a sua requisição preenche a maior parte do acto clínico.

Tornou-se banal apresentarem-se nas consultas pessoas que anunciam logo que vêm porque não fazem análises há um tempo ou, pior, que justificam a ida ao médico porque querem uma TC ou um ECO.

Compreendo que a tentação de pedir mesmo as análises, a TC e o ECO pode ser forte. Dá menos trabalho do que argumentar com o utente, tentar explicar-lhe que esses exames se pedem com critério, por razões que só o médico determina. Nem sempre se consegue que a pessoa compreenda e é provável que algumas recusas de requisições de exames dêem lugar a ofensa e, até, como ultimamente tem relatado a imprensa, a atitudes agressivas. Porém a realização duma anamnese atenta, seguida dum exame objectivo cuidado pode acalmar a ansiedade injustificada por exames complementares.

O exame físico não rende muito em alguns casos mas pode ser a chave do diagnóstico ou da orientação terapêutica num número considerável de situações.

Exemplos:

1 – Metástase pulmonar única, ressecada. A histologia mostra que se trata dum melanoma mas ninguém descobre a lesão primitiva.

Solução – Reobserva-se exaustivamente a superfície cutânea da doente e descobre-se o tumor, muito bem escondido no fundo da fenda interglútea. Operada há treze anos, a paciente está sem doença aparente.

2 – Metástases hepáticas dum tumor muito indiferenciado e de sede não determinável por exame anatomo-patológico da peça de ressecção parcial do fígado.

Solução – Repetição atenta do exame objectivo detecta um testículo tumoral. Sob terapêutica, o doente está bem, decorridos oito anos.

Os exames complementares são preciosos mas a seu tempo, nas suas boas indicações e não substituem a anamnese e o exame objectivo. Por vezes são pedidos rotineiramente ou num impulso momentâneo e os resultados, quando chegam, são mal vistos ou até ignorados.

Caso exemplar :

Politraumatizado cuja recuperação de várias fracturas de pequena gravidade está a ser inesperadamente difícil.

O ortopedista pede análises e diz à mulher do

doente que está tudo bem mas a situação piora, com prostração progressiva e febrícula.

Solução – Revêem-se as análises. O hemograma apresenta 80.000 leucócitos por mm³ dos quais 98% são linfócitos normais. O ortopedista comenta: “ A gente pede estas coisas por rotina e acaba por ligar pouco, acho que li 8.000 em vez de 80.000, ou então nem li nada”.

A verdade é que o termo “rotina” é muito descabido na profissão médica. A clínica não se faz de rotinas, os exames são estudos sistemáticos e os seus resultados são para ler e interpretar, não devendo ser vistos como obediência cega a um hábito, ou como um mecanismo de salvaguarda do médico de responsabilidades e maledicência.

Em suma, tem de se ouvir o doente, interrogá-lo, observar e depois, se for necessário, pedir exames complementares adequados. É esta a marcha do acto clínico e o bom caminho para o diagnóstico.

Às vezes, o único papel do médico em face dum consulente crónico é mesmo ouvi-lo e isso pode ser muito importante, pode até ser terapêutico.

Há que ter sempre presente que as patologias mudam, que surgem novas noxas e que ocorrem doenças somáticas em doentes que arrastam por muito tempo afecções de vincado cunho psico-social. Analise-se o seguinte resumo dum caso ocorrido com um médico duma cidade do norte de Portugal:

Tratava-se dum clínico já idoso que acompanhou ao longo de três décadas uma senhora que tinha sempre queixas vagas de assento muito variável. A relação médico-doente era muito boa.

Um dia, depois dum hiato temporal superior ao costumeiro, a senhora reapareceu, dessa vez com queixas de enfartamento pós-prandial. O médico conversou amistosamente com ela e prescreveu-lhe hidróxido de alumínio.

Decorridos poucos dias, a doente entrou numa urgência hospitalar com um quadro de abdómen agudo. Operada, verificou-se existir um volumoso carcinoma gástrico, oclusivo do antro e metástases hepáticas múltiplas, determinando acentuada hepatomegalia. A intervenção resumiu-se a paliativa gastro-enterostomia

Apesar dos trinta anos de atenção e carinho que aquele clínico lhe havia dedicado, a doente processou-o por negligência, o processo até cursou depressa, ele foi condenado e punido. Isso foi triste, até cruel, o nosso colega ia completar os setenta anos

e já tinha requerido a aposentação da carreira hospitalar. Teve uma saída muito má da cena médica, o que deixou chocada muita gente que o considera, como pessoa e como clínico.

Em rigor, houve um erro importante. Este médico não palpou o abdómen duma paciente com queixas digestivas. Mas compreende-se que o muito tempo de sintomas psicossomáticos daquela senhora delapidou o crédito em quadros orgânicos.

Só que dessa última vez, parecia o costume, isto é, mais uma somatização e afinal não era o que parecia. Acresce a agravante de até existir uma hepatomegalia que não teria passado do simples gesto semiológico de pôr a mão no ventre.

Penso que é oportuno reafirmar neste ponto, os dois grandes pilares do diagnóstico:

- 1.º - a anamnese
- 2.º - o exame objectivo

E também enfatizar de novo que entre os inestimáveis serviços que os exames complementares prestam não se conta a substituição do método clínico. Complementam o estudo do médico, não substituem a história que deve ter sido previamente colhida. A selecção dos exames a requisitar deve ser individualizada, segundo os dados que a história clínica forneceu, interpretados com bom senso. Não é a melhor política pedir um extenso protocolo, secamente igual para toda a gente. Obter-se-á muita informação irrelevante e desperdiçar-se-ão recursos e dinheiro.

Põe-se aqui a questão do chamado “check-up”. Como toda a gente sabe (o estrangeirismo anda nas bocas do mundo!) trata-se duma série de exames que pretendem descobrir se uma pessoa assintomática está mesmo bem ou se tem uma silenciosa doença oculta. É um tiro aos pássaros, ou melhor, um tiro para o ar, porque o requisitante nem sequer pássaros vê.

Pessoalmente discordo desta táctica, embora aceite que haja quem a adopte e isso possa considerar-se válido, dentro dos limites dum certo senso clínico.

Em todo o caso, vou coleccionando alguns exemplos de implicações negativas do “check-up” e conto um:

Um jovem e brilhante professor de Medicina resolve submeter-se a umas análises de sangue, sem qualquer razão. Dois dias depois, recebe um resultado de hemograma que é diagnóstico de leucemia mielóide aguda.

Rebenta um drama pungente na família. Um homem muito novo, com mulher e três filhos pequenos, em início dum grande futuro e terá uma hemopatia de mau cariz! Porém, a repetição do exame, após uma semana de lágrimas e suspiros e de vários pedidos de opinião a colegas credenciados, mostra celularidade absolutamente normal.

Desconheço explicação para o falso diagnóstico inicial. Posso é garantir que o individuo está, como sempre esteve de boa saúde, e já passaram mais de trinta anos sobre o episódio descrito.

Na minha crítica ao “tiro aos pássaros” que para mim é o “check-up” não incluo certos exames que, por elevadíssima rendibilidade e risco nulo podem assumir o carácter de estudos sistemáticos. Entre outros, a medição repetida da pressão arterial, a palpação frequente da mama, a citologia de Papanicolau e o exame digital da próstata a partir da meia-idade..

Já ponho algumas reservas à colonoscopia indiscriminada. Além de ter alguma morbilidade e uma pequeníssima mortalidade que não vale a pena negar, embora quase vestigial, este exame levanta um sério problema de disponibilização para a população geral.

E mesmo que se dê de barato tudo o que se disse, resta sempre a magna questão de quais os órgãos a investigar no “check-up”. Já que se faz a colonoscopia, porque não proceder também à gastroscopia? E não deverá igualmente avançar-se para angiografia coronária, cintigrafia esquelética e TC encefálica? Há tantos problemas dos órgãos que esses exames estudam!...

Mas feitos múltiplos exames, com a carga de ansiedade por eles induzida e grande perda de tempo e dinheiro, ficará sempre de fora um pequeno mas péssimo tumor brônquico em fase incipiente, um carcinoma supra-renal que a ninguém ocorreu, um linfoma digestivo larvar daqueles que vão crescendo em superfície... Para ser verdadeiramente exaustivo, o “check-up” teria de tender para o mito da “autopsia in vivo” macro e microscópica! Isso parece-me um perfeito disparate.

Não, eu não vou pela realização de “check-up” às pessoas assintomáticas em aparente saúde. Acho preferível actuar sob orientação de pistas clínicas, individuais e heredo-familiares.

É claro que aceito que se pense de outra forma. Resigno-me a aceitar o critério da investigação de parâmetros enumerados em pautas rígidas, geral-

mente obedecendo ao que se considera fruto da “evidência”.

Aceito mas gostar, não gosto. A chamada “evidência” acaba por ser, em Medicina, uma mera moda matemática. Ora, a Medicina Clínica tem pouco que ver com a ciência dos números médios ou predominantes, é feita de realidades individuais que se distribuem por amplos leques de variação. Assim, é fácil e frequente dar-se mal com normas, ainda que elas sejam úteis a muitos títulos-ensino, prática de emergência, compreensão internacional, para dar alguns exemplos de boa colocação de protocolos normativos.

Já que aflorei a normalização, vem a propósito lembrar o papel que lhe tem sido dado na elaboração da história clínica.

Tendo de reconhecer-se, com os melhores pensadores médicos, que a anamnese e o exame objetivo são a base para o diagnóstico e individualização terapêutica, custa a reduzi-los a um questionário uniforme para preencher.

A verdura dos anos propedêuticos perdoa que na história de um homem se escreva “exame ginecológico : não se aplica ” ou que fique registado “unhas das mãos e pés sem alterações” vindo adiante a descobrir-se que o doente é amputado dos membros inferiores. Até não é muito frequente acontecerem “pérolas” dessas na prática porque as histórias muito desenvolvidas ficam-se para exames e concursos e é nesses actos que os novos médicos vão munidos das tais normas de bem fazer a história clínica.

O erro vulgar é outro, a progressiva demissão de fazer a anamnese.

Uma ou duas perguntas apressadas e o doente está pronto para as requisições de exames complementares e para as receitas.

É óbvio que a culpa desta medicina sumariada e de alta velocidade não cabe só aos médicos. Há uma quota de responsabilidade dos próprios doentes que muitas vezes manifestam pressa, por palavras e atitudes. Pressa também têm os acompanhantes e os funcionários de administração e apoio, sobretudo nos consultórios de instituições públicas. Se o clínico se detém a analisar cuidadosamente cada caso, arrisca-se a gerar um pequeno motim. Ainda por cima não fica bem visto. Do médico que demora a ver os doentes diz-se, na sala de espera, que ainda não aprendeu com a experiência, ainda não sabe o que fazer, ou, sendo idoso, que já está a ficar diminuído da cabeça.

Também os órgãos gestores das instituições clamam por rendimento, o que para eles significa despachar muitos doentes em pouco tempo, não importa muito a qualidade do serviço prestado, interessa sim atender em velocidade e dar alta em tempo mínimo, desde que sejam tomadas as precauções possíveis para evitar queixas graves.

Se em consequência dessa prática em galopada ocorrer um erro fatal, o clínico pode estar certo que a responsabilidade recairá sobre si, as pressões que a administração ou equivalente exerceu para o tal rendimento em quantidade e velocidade não serão evocadas.

De facto, o médico que transige com um sistema que avilta e deteriora o exercício da sua profissão, ao ponto de fazer consultas instantâneas que obrigam à abdicação do acto fundamental de fazer a história clínica, não pode ser isentado de toda a culpa. Mas há que reconhecer que o peso das imposições do tal rendimento administrativo pode passar a fronteira do humanamente suportável. E há outras pressões, para além das exigências da gestão. Um clínico que se empenha no estudo de cada doente, levando o tempo que é preciso, depara-se com o problema de não ter possibilidade de ver todos os pacientes que se apresentaram à consulta. Depois, haverá acompanhantes que perderam o dia, crianças que ficaram à porta da escola, idosos que não foram cuidados...

Fazer como manda a arte não é sempre fácil, pode implicar difíceis dilemas. Toda a gente sabe que um dilema não se resolve, por definição. Pode é romper-se. A minha receita pessoal tem sido nunca fazer consultas contra-relógio, doa a quem doer. Aguento o coro de protestos, ganho algum tempo omitindo refeições formais e, posto que esgote esse e outros pequenos truques, poderei não ter resolvido os problemas, mas, seguramente, não me pesa a consciência.

Os meus doentes têm nome e têm história clínica. Outros terão apenas exames complementares e prescrições.

O que os meus registos evocam são pessoas, complexas como todos os seres humanos, com patologias frequentemente somadas ao longo do tempo e que lhes fui individualizando em anamneses sucessivas.

Não levo a mal a quem opta pelos caminhos da simplificação fundada numa matematização uniforme. Mas não levar a mal não significa estar de acordo, reservo-me o direito da minha própria subjectividade.

Para mim, fazer clínica é individualizar, é entender cada pessoa na sua realidade que é única, nunca redutível ao figurino da norma ditada por simples razões de frequência.

Tenho, assim, exprimido o que serão meras opiniões. É certo, reconheço que tudo o que aqui escrevi é fortemente subjectivo e não corresponde a um padrão. Vale a pena citar de novo Manuel Cerqueira Gomes : “A Medicina não é feita de verdades definitivas mas sim de pedaços de verdade que continuamente se modificam e se desdobram”.

Que ninguém se convença que é detentor das respostas absolutas porque esse será o pior erro de todos.

E termino, formulando o voto de que cada médico reconheça de forma gradualmente mais clara que não se pode exercer uma clínica esclarecida sem começar por ouvir o doente e elaborar uma criteriosa anamnese, seguida de atento exame objectivo. O respeito dessa metodologia é a primeira atitude humanista da Medicina das pessoas.

Que ninguém se convença, igualmente que já sabe muito. Dizia-me José Hermano Saraiva, folheando um livro sobre determinado capítulo da História da Medicina que eu tinha comigo e ele me pediu para ver :

- Passei a minha longa vida a estudar História e estou sempre a verificar que há capítulos que me são totalmente desconhecidos!

Quase duzentos anos antes, o genial Goethe tinha escrito um pensamento parecido :

“Só pensamos saber muito quando não sabemos quase nada. Decorridos anos e anos de estudos, compreendemos cada vez melhor que afinal, o que sabemos é muito pouco”. ■