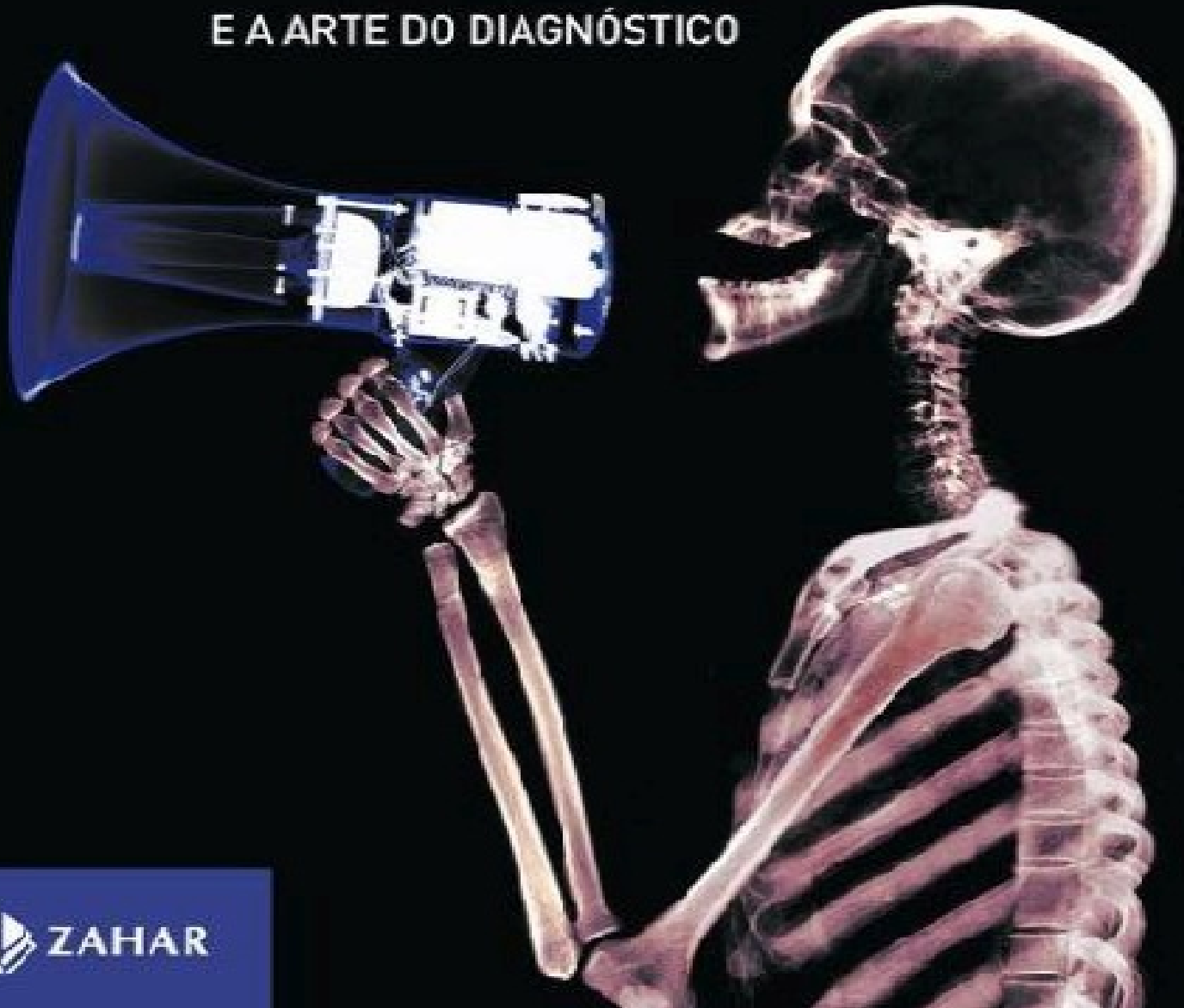
Dra. LISA SANDERS
CONSULTORA DE
HOUSE

TODO PACIENTE TEM UMA HISTÓRIA PARA CONTAR

MISTÉRIOS MÉDICOS E A ARTE DO DIAGNÓSTICO



ZAHAR

Dra. Lisa Sanders

Todo paciente tem uma história para contar

Mistérios médicos e a arte do diagnóstico

Tradução:
Dr. Diego Alfaro

ZAHAR

Para Jack

Sumário

Nota da autora

Introdução: O pesadelo de todo paciente

PARTE I Todo paciente tem uma história para contar

1. Os fatos e o que há por trás deles
2. As histórias que eles contam

PARTE II Toque

3. Uma arte em extinção
4. O que só o exame físico pode mostrar
5. Ver para crer
6. A cura pelo toque
7. O coração do problema

PARTE III Tecnologia

8. Os problemas postos à prova

PARTE IV Limites do pensamento médico

9. Falha de raciocínio
10. Diagnóstico digital

Epílogo: O diagnóstico final

Notas

Agradecimentos

Índice remissivo

Nota da autora

As histórias que conto aqui são verdadeiras. Para respeitar a privacidade dos pacientes que tiveram a gentileza de dividir suas histórias comigo, alterei seus nomes. Em alguns casos, alterei também certos pormenores que poderiam identificá-los. Os médicos apresentados nestas páginas descreveram em detalhes alguns de seus diagnósticos mais difíceis — com os erros e tudo. Eles não se distinguem por seus erros, e sim pela disposição em discuti-los. Ninguém deve ser punido simplesmente por ser sincero, por isso troquei os nomes desses corajosos médicos.

Introdução

O pesadelo de todo paciente

BARBARA LESSING FITOU A JANELA COM O OLHAR PERDIDO, relanceando o campo nevado atrás do hospital. O céu da tarde estava escuro, e ainda viria mais neve. Observou a figura magra sobre a cama. Sua filha Crystal, que acabava de completar 22 anos e sempre fora saudável, agora, ela não sabia como, estava morrendo. A jovem encontrava-se internada na UTI do Centro Médico da Universidade de Nassau havia dois dias; passara por dezenas de médicos e fizera bateladas de exames, mas ninguém parecia ter a menor ideia sobre o que a estava matando.

Tudo começara um mês antes, no consultório do dentista. Crystal arrancou dois dentes de siso inclusos, mas a dor persistiu após a extração. A mãe morava longe, do outro lado do estado, e a filha lhe telefonava todos os dias para se queixar. “Ligue para o dentista”, insistiu ela com a filha. Crystal obedeceu. Finalmente.

O dentista receitou antibióticos por uma semana, e por mais outra. Depois disso, a boca já não a incomodava mais – porém ela ainda não se sentia bem. Estava cansada. Tinha dores. Na semana seguinte, foi como se estivesse ficando doente. Então começou a ter diarreia com sangue. E depois febre. “Por que você não foi logo ao médico?”, perguntou mentalmente aquela mulher esbelta, de meia-idade, repreendendo a filha em silêncio.

Barbara havia recebido, na noite anterior, a ligação de um médico do pronto-socorro daquele hospital, que ficava nos arredores da cidade. Sua filha estava doente, dissera-lhe o médico. Mortalmente doente. Barbara dirigiu até Syracuse, pegou o primeiro voo para Nova York e guiou de novo até o enorme centro médico acadêmico de Long Island. Na UTI, o dr. Daniel Wagoner, que estava no segundo ano da residência médica, conduziu-a até o quarto para que visse a filha. Crystal dormia, com o cabelo preto cacheado emaranhado sobre o travesseiro. Ela parecia muito magra. O mais aterrorizante, porém, era sua cor amarela. Um amarelo de marcador de texto.

PARADO AO LADO DA CAMA, Daniel Wagoner sentiu o coração acelerar ao ver a jovem ali deitada, imóvel e ictérica, um fiapo de gente. A pele dela, de um amarelo vívido, antinatural, brilhava de suor. Crystal tinha febre de quase 39,5°. Seu pulso estava acelerado, difícil de medir, e a jovem respirava muito mais rápido que o normal, apesar do oxigênio que lhe entrava por um tubo no nariz. Ela agora dormia quase o tempo todo e, quando acordava, ficava confusa, não sabia onde estava nem como havia chegado ali.

Para um médico, nada é mais aterrorizante que ver um paciente morrer diante de seus olhos. A morte é parte da rotina regular de uma UTI e pode vir a ser um alívio providencial para o paciente ou para sua família. Talvez até o médico a considere aceitável no caso de um paciente cuja vida não possa mais ser prolongada. Mas não no de uma jovem que estava saudável duas semanas antes. Os médicos que a atenderam fizeram tudo o que conseguiram pensar, mas ainda restava o medo – um medo razoável – de terem deixado passar alguma pista que fizesse a diferença entre a vida e a morte para aquela jovem. Ela não devia morrer, mas o jovem residente e todos os médicos que cuidavam dela sabiam que isso poderia acontecer.

O fino prontuário de Crystal estava repleto de números que atestavam a gravidade de sua doença. Daniel já havia lido e relido aquelas folhas dezenas de vezes. Praticamente todos os exames realizados estavam anormais. A contagem de leucócitos (também chamados glóbulos brancos, as células de defesa do organismo) estava muito alta, o que sugeria uma infecção. E a contagem de hemácias (ou glóbulos vermelhos) estava baixa – ela não tinha nem a metade do sangue que deveria ter. Crystal havia recebido uma transfusão no pronto-socorro e mais uma ao ser transferida para a UTI, mas sua contagem de células sanguíneas não se alterou. Os rins não funcionavam. O sistema de coagulação também não. Crystal tinha a pele amarela repleta de manchas roxas, e a urina era de tom vermelho escuro.

Às vezes, quando nos esforçamos o bastante para manter um paciente vivo – mantendo o sangue circulando, os pulmões oxigenando o organismo, a pressão arterial suficientemente alta –, o corpo consegue sobreviver até a uma doença grave. Esses são os milagres produzidos pelos avanços tecnológicos. Às vezes, mas não desta vez. A equipe da UTI transfundiu uma bolsa de sangue atrás da outra; fizeram o melhor possível para amparar o abalado sistema de coagulação de Crystal; ela recebeu vasopressores (medicamentos para elevar a pressão arterial) e soro intravenoso para facilitar o trabalho dos rins. Estava tomando vários antibióticos de amplo espectro, capazes de matar muitas bactérias diferentes. Mas nada disso foi suficiente. Ela precisava de um diagnóstico. De fato, um diagnóstico era uma necessidade vital para Crystal naquele momento.

ESTE LIVRO É SOBRE O PROCESSO que leva a esse diagnóstico, a qualquer diagnóstico. Esse ponto central da medicina muitas vezes passa despercebido, ou nem é descrito; ainda assim, pode ser o componente mais difícil e importante do trabalho de um médico. Embora a medicina esteja se tornando algo cada vez mais presente na vida moderna, esse processo continua a ser algo fundamentalmente oculto, com frequência incompreendido e às vezes encarado com desconfiança. Em filmes e romances, geralmente o encontramos num comentário sagaz que separa sintomas fascinantes do início de uma terapia salvadora. Na televisão, é a versão contemporânea do *tricorder* do dr. McCoy (*Jornada nas estrelas*), o aparelho mágico que tudo vê, tudo revela. Mas, na vida real, a história de um diagnóstico é a mais complexa e empolgante que um médico pode contar.

E essas são as histórias que os médicos contam. Os detetives Sherlock Holmes, Nick Charles (o herói das histórias de mistério *Thin Man*) e Gil Grissom (*CSI*) sentem um grande prazer em explicar o crime para as vítimas e os colegas; da mesma forma, os médicos gostam de contar as histórias dos diagnósticos complexos que fizeram, histórias nas quais cada sintoma estranho e cada descoberta inesperada, cada reviravolta desconcertante e pista quase negligenciada finalmente se encontram da maneira perfeita, revelando o diagnóstico. Neste livro, vou levar você para dentro dessas conversas, para as frentes de batalha onde esses mistérios médicos modernos são resolvidos – ou, às vezes, não.

APENAS CEM ANOS ATRÁS, o jornalista e afiado crítico social Ambrose Bierce definiu a palavra “diagnóstico” em seu *Dicionário do diabo* como “previsão que um médico faz sobre a doença de um paciente ao tomar seu pulso e seu bolso”. E isso foi verdade durante a maior parte da história humana. Até bem pouco tempo atrás, o diagnóstico era muito mais uma arte que uma ciência.

Porém, desde que Bierce embainhou sua pena afiada, ocorreu uma revolução em nossa capacidade de identificar as causas dos sintomas e compreender a patologia por trás deles. Na era em que Bierce escrevia suas crônicas, sir William Osler, considerado por muitos o pai da medicina moderna nos Estados Unidos, escreveu um sumário completo de todas as doenças conhecidas em sua obra-mestra de 1.100 páginas, *Os princípios e prática da medicina.* Hoje, poderíamos escrever o mesmo número de páginas sobre cada sub-ramo da medicina com seus conhecimentos superespecializados.

Quando a medicina nasceu, milênios atrás, o diagnóstico (a identificação da doença do paciente) e o prognóstico (a compreensão do curso e desfecho provável da doença) eram as ferramentas mais eficazes que um médico podia

levar ao leito de um paciente. Mas, para além disso, não havia muito que pudesse ser feito para confirmar um diagnóstico ou alterar a progressão da enfermidade. Dada essa impotência diante da doença, as consequências de um diagnóstico incorreto eram mínimas. A verdadeira causa do mal costumava ser enterrada com o paciente.

Na história mais recente, a tecnologia médica transformou nossa capacidade de identificar e tratar doenças. O exame físico – inventado essencialmente durante o século XIX – foi o ponto de partida. As informações indiretas obtidas pelo médico ao tocar, escutar e observar o corpo lhe indicavam o diagnóstico escondido por baixo da pele. Posteriormente, a radiografia, criada no início do século XX, deu aos médicos a capacidade de observar o que antes só era possível imaginar. Esse primeiro olhar através da pele, para as estruturas internas do corpo vivo, preparou o terreno para a tomografia axial computadorizada (TC), inventada nos anos 1970, e para a ressonância magnética, nos anos 1990. Os exames de sangue cresceram enormemente em número e precisão, dando aos médicos ferramentas para realizar diagnósticos definitivos em todo um alfabeto de doenças, de anemias a zoonoses.

Diagnósticos melhores levaram a terapias melhores. Durante séculos, os médicos tiveram pouco mais que a compaixão como ferramenta para auxiliar os pacientes a se recuperar de suas doenças. O surgimento do estudo controlado e randomizado e outras ferramentas estatísticas nos permitiram distinguir as terapias que funcionavam das que não se mostravam melhores que a própria capacidade de recuperação do organismo. A medicina entrou no século XXI equipada com uma farmacopeia de ferramentas potentes e eficazes, capazes de tratar uma ampla gama de doenças.

Boa parte das pesquisas realizadas nas últimas décadas investigaram quais terapias devemos utilizar e como. Que medicamento, que dose e por quanto tempo? Que procedimento? Qual o benefício? Essas são perguntas que nos fazemos com frequência e que agora conseguimos responder com confiança. Protocolos de tratamento para muitas doenças são publicados, distribuídos e utilizados de maneira regular. E, apesar das preocupações e queixas sobre esses “livros de receitas médicas”, tais protocolos, baseados num corpo de evidências que cresce depressa, têm salvado vidas.[1] A medicina baseada em evidências permite que os pacientes se beneficiem da aplicação criteriosa de tratamentos que se mostraram os mais eficazes.

No entanto, a terapia eficaz depende de um diagnóstico preciso. Temos hoje à nossa disposição uma grande variedade de ferramentas – novas e velhas – que nos permitem fazer diagnósticos oportunos e precisos. E, à medida que o tratamento vai se tornando mais padronizado, as decisões mais complexas e

importantes passam a ocorrer no plano do diagnóstico.

O diagnóstico muitas vezes é bastante direto. A história e o exame físico do paciente sugerem um suspeito provável, e a tecnologia diagnóstica confirma a impressão. Um senhor idoso com febre e tosse tem uma radiografia que revela uma grave pneumonia. Um homem na faixa dos 50 anos apresenta dor torácica que se irradia pelo braço esquerdo e sobe para a mandíbula, e então um ECG (eletrocardiograma) ou exame de sangue confirma a suspeita de que ele está tendo um ataque cardíaco. Uma adolescente em uso de anticoncepcional se queixa de falta de ar e uma perna inchada, e uma TC demonstra a presença de um grande êmbolo pulmonar. Esse é o feijão com arroz do diagnóstico médico – casos nos quais a causa e o efeito se encaixam ordenadamente, permitindo que o médico explique quase de imediato ao paciente e à família quem é o culpado, como, e às vezes até por quê.

Mas também existem os outros casos: pacientes com histórias ou antecedentes médicos complicados; casos em que os sintomas são menos sugestivos, em que o exame físico é menos revelador e os exames complementares são enganadores. Casos em que a narrativa da doença se desvia do trajeto esperado, em que todos os suspeitos habituais parecem ter álibis e o diagnóstico é evasivo. Nesses casos, o médico deve vestir sua boina inglesa, acender o cachimbo e resolver o mistério. Essas são as situações em que a medicina pode se elevar novamente ao plano de uma arte, obrigando o médico-detetive a separar as diferentes manifestações de uma doença, entender que perguntas deverão ser feitas, reconhecer achados físicos sutis e identificar quais exames poderão levar, finalmente, ao diagnóstico correto.

PARA OS MÉDICOS QUE CUIDAVAM DE CRYSTAL LESSING, não estava claro se o mistério de sua doença seria resolvido a tempo de lhe salvar a vida. Certamente não faltavam dados diagnósticos. Havia tantas anormalidades que era difícil distinguir entre o processo patológico primário e as consequências posteriores da doença. Os médicos do pronto-socorro haviam se concentrado no sangramento descontrolado. Por que o sangue dela não coagulava? Seria um caso de coagulação intravascular disseminada (CID) – um transtorno misterioso que muitas vezes acompanha infecções mais graves? Nessa doença, os feixes fibrosos que formam os coágulos são produzidos sem controle dentro dos vasos sanguíneos. Esses feixes rompem as hemácias que correm pela artéria, liberando seu conteúdo (que realiza o transporte de oxigênio) e espalhando fragmentos de células pela circulação. Ainda assim, o exame cuidadoso do sangue de Crystal não revelou nenhum desses fragmentos. Portanto não era CID.

E por que ela estava amarela? Hepatite é a causa mais comum de icterícia

numa pessoa jovem. Mas o médico do pronto-socorro não encontrou indícios de nenhum dos vários vírus que podem causar hepatite. Além disso, os exames de sangue realizados para verificar o funcionamento do fígado foram quase normais. Portanto, concluiu-se que o problema não estava no fígado.

Quando Crystal foi transferida para a UTI, os médicos do setor se concentraram na diarreia sanguinolenta. Ela já havia tomado dois antibióticos potentes contra uma infecção dentária antes do início da diarreia e da febre. Isso correspondia às características de uma infecção cada vez mais comum causada por uma bactéria chamada *Clostridium difficile*. O uso de antibióticos pode preparar o terreno para essa infecção bacteriana no cólon, que causa uma diarreia devastadora e uma doença sistêmica grave, por vezes fatal.

A equipe da UTI procurou a perigosa toxina produzida pelo *Clostridium difficile*, mas não conseguiu encontrá-la. Ainda assim, o exame pode deixar passar despercebidos até 10% dos casos. De fato, é prática comum repetir três vezes a pesquisa da toxina bacteriana antes de descartar esse diagnóstico quando a suspeita é alta. De qualquer maneira, a equipe da UTI passou a dar antibióticos a Crystal para tratar uma possível infecção por *Clostridium difficile* – a história de uso de antibióticos seguido de diarreia fazia com que este fosse o diagnóstico mais provável.

Mas o dr. Wagoner, o residente que cuidava de Crystal, não estava satisfeito. Muitas peças pareciam não se encaixar. Os antibióticos e a diarreia faziam sentido, mas o diagnóstico não explicava muitos outros sintomas.

Naquela tarde de sexta-feira – 48 horas após a internação de Crystal –, Daniel fez o que os médicos tantas vezes fazem ao se depararem com um caso complexo: buscou a ajuda de um médico mais experiente. Apesar de toda a tecnologia disponível, as ferramentas em que os médicos se apoiam frequentemente são as mais antiquadas – um telefone, um colega respeitado, um mentor ou amigo.

O dr. Tom Manis era um dos médicos mais conceituados do hospital. Ele foi chamado por ser nefrologista, já que Crystal apresentava insuficiência renal. Mas quando Daniel apresentou a paciente ao médico mais velho, ficou evidente que ele esperava a ajuda de Manis para desvendar questões ligadas não apenas aos rins.

Ao ler o prontuário, Manis também ficou alarmado. Daniel estava certo – aquele diagnóstico não parecia nada adequado. Em primeiro lugar, a colite por *Clostridium difficile* geralmente acomete pessoas enfermas ou idosas. A paciente era jovem e sempre fora saudável. O mais importante, porém, era que o *Clostridium difficile* não explicaria a icterícia intensa e a anemia, que persistiam apesar de múltiplas transfusões. Assim, Manis fez o mesmo que o residente –

“liguei para todos os bons médicos que eu conhecia” –, usando mais uma vez essas ferramentas insubstituíveis, um telefone e um amigo. Um desses amigos era o dr. Steven Walerstein, chefe do Departamento de Medicina do hospital.

Quando Walerstein pôde ver a paciente, já era o início da noite. Preferiu não ler o prontuário. Não queria ser influenciado pelo pensamento dos médicos que já haviam visto a paciente. Em casos difíceis como aquele, é muito comum que algo tenha passado despercebido ou sido mal-interpretado. Mesmo que aqueles médicos houvessem reunido todas as peças, claramente haviam formulado a história da doença de maneira incorreta.

Não, Walerstein foi diretamente ao leito da paciente.

Apresentou-se à jovem e à mãe dela. Puxou uma cadeira e se sentou. Seria essencial colher a história completa da paciente, mas isso podia levar algum tempo. “Você pode me contar o que aconteceu, desde o início?”, perguntou à moça doente. Como o clássico detetive de um romance de mistério, Walerstein pediu à vítima que voltasse à cena do crime. “Já contei essa história tantas vezes”, protestou Crystal. A jovem tinha a voz pesada de cansaço, as palavras se arrastavam. Ele não poderia simplesmente ler o prontuário? Não, respondeu Walerstein suavemente, mas com firmeza. Ele precisava ouvir a história da boca da paciente, precisava juntar ele próprio as peças. Lentamente, a menina começou a contar sua história mais uma vez. A mãe assumia a tarefa quando a jovem ficava muito confusa ou não conseguia se lembrar.

Quando as duas terminaram de narrar os eventos que as levaram à UTI, Walerstein pediu à mãe que lhe desse mais algumas informações sobre a filha. Crystal havia acabado de se formar na faculdade, contou ela. Estava trabalhando como babá enquanto pensava no que queria fazer da própria vida. Não fumava, não bebia nem usava drogas. Nunca estivera doente. Nunca. Barbara esfregou desajeitadamente os olhos para limpar as lágrimas enquanto descrevia a filha para aquele amável médico de meia-idade. Walerstein assentiu, demonstrando compreensão. Ele também tinha uma filha.

O médico se voltou então para a jovem deitada na cama. Sua pele amarela agora estava quente e seca. A menina tinha os lábios ressecados e rachados. Seu abdome estava distendido e macio, mas ele pôde sentir a borda firme do fígado, normalmente oculta, que sobressaía alguns centímetros abaixo da caixa torácica. Crystal gemeu novamente quando ele aplicou pressão sobre o órgão aumentado e dolorido.

Só então Walerstein se permitiu examinar o prontuário. Pulou a seção de observações e se afundou na enorme quantidade de resultados de exames anormais coletados durante os dois dias que ela passara na Unidade de Terapia Intensiva.

Walerstein era clínico geral, admirado por seus amplos conhecimentos médicos e sua perspicácia clínica. Quando não tinha a resposta na ponta da língua, sabia fazer as perguntas que levariam a ela; era famoso por isso. E aquela jovem precisava de uma resposta, caso contrário morreria. Tendo examinado minuciosamente a paciente e seu prontuário, parou um momento para pensar e buscar alguma espécie de lógica oculta naquele caos de números e exames.

Os médicos da UTI haviam se concentrado na diarreia com sangue, mas isso não os levara a parte alguma. De fato, embora a menina relatasse ter visto sangue nas fezes em casa, depois de chegar ao hospital ela tivera muito pouca diarreia. Para Walerstein, esse sintoma não parecia ser o mais importante. Em vez de se concentrar nele, o médico retornou à característica marcante que chamara a atenção do médico do pronto-socorro: o sangue de Crystal não coagulava.

O fígado produz a maior parte das proteínas que provocam a coagulação do sangue. Seria possível que o fígado houvesse deixado de produzir essas proteínas? *Seria possível que o fígado tivesse deixado completamente de funcionar?* Isso explicaria tanto o sangramento como a icterícia. Mas a insuficiência hepática geralmente é marcada por elevações drásticas de certas enzimas liberadas quando as células do fígado são destruídas, e essas enzimas haviam se mantido praticamente normais desde a chegada de Crystal ao hospital. Com isso, seus médicos consideraram que o fígado não estava envolvido naquele processo letal.

Mas e se o fígado já houvesse sido destruído antes de Crystal chegar ao hospital? E se os marcadores de lesão hepática (chamados transaminases) não estivessem elevados porque não havia mais células hepáticas que pudessem ser lesadas, pois todas já tinham sido destruídas? Nenhum dos médicos do pronto-socorro nem da UTI havia dado esse salto. Mas olhando-se para a situação do modo como Walerstein olhou, tudo fazia perfeito sentido. Tudo se encaixava.

Walerstein voltou então sua atenção para a anemia profunda de Crystal, que fora notada desde o início. Apesar de múltiplas transfusões, a jovem ainda tinha somente a metade do sangue que deveria ter. Ela estava sangrando – sua urina tingida de vermelho demonstrava isso –, mas não era um sangramento tão intenso. Estava claro que as hemácias eram destruídas dentro de seu corpo. No final do prontuário havia um exame que demonstrava isso, mas Walerstein notou que a equipe responsável por Crystal não considerara essa informação ao buscar o diagnóstico.

Muitas vezes, informações que de início não compreendemos são simplesmente deixadas de lado, em especial quando há tantas informações. Walerstein compreendia bem esse fenômeno. Uma vez ignorados, esses dados são frequentemente esquecidos. Isso acontece o tempo todo. Mas ele também

sabia que, num caso difícil como aquele, a chave para o diagnóstico muitas vezes estava nos dados já desdenhados.

Portanto, Crystal tinha insuficiência hepática e destruição de hemácias. Essa combinação despertou algo muito profundo na memória de Walerstein. Ele sentia que as peças lentamente se encaixavam, como as engrenagens de uma velha máquina. E de repente se deu conta do que estava acontecendo.

O médico correu para a biblioteca a fim de verificar seu palpite. Sim! Ele estava certo. Aquela combinação era uma manifestação incomum de uma doença hereditária incomum: a doença de Wilson.

Na doença de Wilson, o fígado não possui a maquinaria necessária para regular o cobre, um mineral essencial encontrado na dieta. Sem essas ferramentas químicas, o cobre em excesso se acumula no fígado e em outros órgãos, destruindo-os lenta e insidiosamente. Esse processo em geral ocorre ao longo de décadas, mas às vezes, por razões ainda não compreendidas (ainda que isso esteja com frequência associado ao uso de antibióticos, como no caso de Crystal), o cobre é expelido do fígado – destruindo o órgão no processo –, e as reservas do mineral, acumuladas no decorrer de toda a vida, inundam a corrente sanguínea. Uma vez ali, a situação sai do controle: o cobre devasta as hemácias ao entrar em contato com elas. Os rins trabalham mais intensamente para eliminar os fragmentos de células da circulação, mas com isso sofrem graves lesões. Enquanto isso, os altos níveis de cobre na corrente sanguínea atacam quase todos os órgãos do corpo. Nessa forma, a doença é rápida e fatal, a menos que o paciente receba a única cura possível: um novo fígado para substituir o que foi destruído pelo derramamento do cobre, um fígado que possua a maquinaria necessária para metabolizar o material em excesso. Se aquele era de fato um caso de doença de Wilson, a paciente precisava de um transplante urgente.

Mas antes, Walerstein precisava confirmar o diagnóstico. Já era tarde da noite de uma sexta-feira, portanto seria impossível medir a quantidade de cobre no sangue de Crystal – de todo modo, o laboratório daquele hospital sequer fazia esse exame. Mas havia outra maneira de diagnosticar a doença. Os pacientes com doença de Wilson muitas vezes têm acúmulos de cobre nos olhos – um anel dourado castanho na borda mais externa da íris. Walerstein correu de volta à UTI. Examinou cuidadosamente os olhos da menina. Nada. Ele não conseguia ver os anéis, mas um oftalmologista, com seus equipamentos especializados, talvez conseguisse. “Não é muito comum chamarmos um oftalmologista às nove da noite de uma sexta-feira para fazer um exame de emergência”, contou-me Walerstein. Ele descreveu a história da menina mais uma vez – agora acompanhada por um diagnóstico provável, se ao menos o pudesse confirmar. “O oftalmologista certamente pensou que eu fosse doido, até que viu os anéis.”

Assim que obteve o resultado, Walerstein correu ao quarto da paciente para contar à jovem e à mãe o que eles haviam descoberto.

Crystal Lessing foi transferida de helicóptero naquela mesma noite para o Hospital Presbiteriano de Nova York. Os pacientes com maior urgência têm prioridade na fila de transplantes. Se não recebesse um fígado novo, Crystal morreria em poucos dias, e isso a colocou na frente da fila. A jovem recebeu um órgão na semana seguinte e sobreviveu.

A HISTÓRIA DE CRYSTAL é o pesadelo de todo paciente: estar doente, ou até morrendo, e ver que um médico após o outro é incapaz de descobrir o motivo. Receber um diagnóstico errado, ou diagnóstico nenhum, e ficar sofrendo com uma doença sem poder confiar em nada além da própria resistência e de uma terapia baseada no melhor palpite do médico. Viver ou morrer num hospital moderno, cheio de promessas de tratamento, mas sem um diagnóstico para guiar sua aplicação.

E como Walerstein conseguiu finalmente fechar o diagnóstico depois que tantos outros médicos falharam? Como os médicos fazem esses diagnósticos difíceis? Walerstein é humilde quanto a seu papel no caso. “Acho que só tive a sorte de conhecer a forma rara dessa doença rara. Ninguém pode saber tudo na medicina. Calhou de eu saber disso”, disse-me ele. Às vezes este é um processo misterioso – até para os próprios médicos. “Uma luz acendeu, e a conexão foi feita”, contou-me Walerstein. “É tudo o que sei.”

Este livro é sobre essa luz – como os médicos sabem o que sabem e como aplicam seus conhecimentos ao paciente de carne e osso que têm diante deles. Pode ser um processo complicado, repleto de desatenções, pistas falsas e becos sem saída. Um sinal importante pode passar despercebido na história clínica ou no exame físico do paciente. Um achado laboratorial incomum pode obscurecer mais que revelar. Ou então o médico talvez esteja ocupado ou cansado demais para pensar demoradamente sobre o caso. Até o grande William Osler deve ter tido seus dias ruins.

E o paciente, doente por definição, muitas vezes cansado e sentindo dor, incapaz de articular seu raciocínio por causa do sofrimento, recebe a tarefa essencial de contar a história que ajudará o médico a salvar sua vida. É uma receita para o erro e a incerteza. Trata-se de “um processo inferencial, realizado em condições de incerteza, frequentemente com informações incompletas e às vezes inconsistentes”, diz Jerome Kassirer, antigo editor do *New England Journal of Medicine* e um dos primeiros e mais atentos escritores a tratar desse processo ingovernável.[2]

É um caminho tortuoso em busca de uma resposta, repleto de narradores –

tanto humanos quanto tecnológicos – pouco confiáveis, e ainda assim, por mais improvável que pareça, muitas vezes chegamos a essa resposta e salvamos vidas.

Muitas vezes, mas não sempre. A possibilidade de erro está sempre presente.

Certamente não é novidade dizermos que os erros médicos são comuns. Em 1999, o Instituto de Medicina dos Institutos Nacionais de Saúde [NIH, na sigla em inglês] dos Estados Unidos publicou um trabalho sobre o tema, *To Err Is Human*.[3] Nesse famoso relato, os autores concluíram que os erros médicos causavam até 98 mil mortes de pacientes por ano – o mesmo número de mortes que resultaria da queda de um jumbo por dia durante um ano. Isso desencadeou uma campanha nacional pela redução da taxa de erros na medicina, trabalho que ainda está gerando frutos.

A pesquisa não investigou erros de diagnóstico. No entanto, eles constituem uma grande proporção dos erros cometidos na medicina; dependendo do estudo em que confiarmos, são a primeira ou segunda principal causa de processos judiciais contra médicos.[4] Certos estudos sugerem que entre 10% e 15% dos pacientes atendidos em especialidades de atendimento primário – clínica médica, medicina de família e pediatria – recebem diagnóstico incorreto.[5] O erro muitas vezes não causa efeito algum – as pessoas melhoram sozinhas ou voltam ao médico quando os sintomas pioram –, mas tanto médicos como pacientes se preocupam com a possibilidade de um erro de diagnóstico que prejudique o paciente, podendo até matá-lo. Num estudo que investigou mais de 30 mil registros de pacientes, os pesquisadores descobriram que erros de diagnóstico eram responsáveis por 17% dos eventos adversos.[6]

A capacidade dos médicos de fazer diagnósticos está melhorando. Os diversos exames complementares, entre eles os de imagem, possibilitaram diagnósticos que antigamente só podiam ser feitos na autópsia. E ainda que os estudos póstumos realizados nos Estados Unidos sugiram que a taxa de diagnósticos não suspeitados se manteve bastante estável nas últimas décadas, essa estatística é distorcida pelo número cada vez menor de autópsias feitas.[7] Uma pesquisa realizada no Hospital Universitário de Zurique, na Suíça, onde existe uma taxa de autópsias de 90%, mostra que, nas últimas décadas, o número de diagnósticos errados ou não detectados tem caído progressivamente.[8] Outro estudo, realizado para a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde [na sigla em inglês, AHRQ, um braço de pesquisa do NIH] mostra uma tendência semelhante nos Estados Unidos quando levamos em consideração o número cada vez menor de autópsias.[9]

Ainda assim, o medo do erro está sempre presente, tanto entre médicos como entre pacientes. Por conta disso, as pessoas estão cada vez mais interessadas em compreender melhor os erros diagnósticos na medicina. A primeira conferência

sobre o tema – um dos primeiros sinais de que há maior interesse na execução de pesquisas nessa área – foi realizada em 2008, em Phoenix. E a AHRQ, a agência governamental encarregada de melhorar a qualidade dos serviços de saúde nos Estados Unidos, ofereceu suas primeiras bolsas de pesquisa sobre o tema no segundo semestre de 2007.

Os estudos sobre erros diagnósticos, assim como os que tratam do processo diagnóstico em si, ainda são um campo muito novo. Existe mesmo a dificuldade de definir o que constitui erro de diagnóstico. O que um paciente razoável pode ver como um erro não é necessariamente o mesmo que um médico igualmente razoável enxergará como um erro.

Quando um paciente entra no meu consultório com a garganta inflamada e febre, por exemplo, eu talvez faça um exame para investigar a presença de estreptococos. Se o exame for negativo, provavelmente o mandarei para casa com um diagnóstico de doença viral. Mas eu transmito a todos esses pacientes a expectativa do que deverá ocorrer nos dias seguintes – eles deverão começar a se sentir melhor em um ou dois dias. Caso contrário, deverão me telefonar, contando-me como estão. Faço isso porque, embora exista uma probabilidade enorme de que seja simplesmente uma síndrome viral, não tenho 100% de certeza. Talvez eu esteja errada. O exame pode estar errado. Pode ser mononucleose. Talvez seja algum outro tipo de amigdalite bacteriana. Pode ser câncer.

Eu não posso simplesmente abrir o capô e ver se as velas de ignição precisam ser trocadas – como um mecânico diagnosticaria um barulho esquisito no seu carro. Em vez disso, tenho de escutar o motor e, com base nos sinais indiretos que puder recolher, fazer uma estimativa refletida e bem informada sobre o que *provavelmente* está acontecendo.

Se eu mandar esse paciente para casa com um diagnóstico de síndrome viral e ele não melhorar e tiver de voltar, isso seria um erro de diagnóstico? Suspeito que o paciente acharia que sim. E certamente não foi um diagnóstico correto. Mas eu cometi um erro? Deveria ter feito algo diferente?

Eu poderia ter buscado um grau de certeza maior. Poderia ter mandado meu paciente a um otorrinolaringologista, que teria examinado o fundo de sua garganta com uma sonda especial. Poderia até ter pedido uma biópsia daquele tecido vermelho e inchado para confirmar meu diagnóstico. Isso levaria tempo e seria doloroso para o paciente, além de ser ridiculamente caro. Mas, mesmo assim, não existiria 100% de certeza sobre o diagnóstico. Na medicina, a incerteza é o próprio ar que respiramos.

A chance de estarmos errados é gigantesca quando lidamos com algo mais complicado que uma garganta inflamada. Os médicos – muito mais que seus

pacientes – reconhecem que algum grau de erro é inevitável. Desde o primeiro momento em que um médico vê um paciente, ele começa a formular uma lista de causas possíveis para aqueles sintomas – o que chamamos diagnóstico diferencial. À medida que conhecemos melhor a história clínica da pessoa, essa lista é modificada – algumas doenças são riscadas, substituídas por outras que se encaixam melhor na história do paciente, no exame físico ou, às vezes, em resultados de exames. Ao final do encontro, o médico terá um rol de suspeitos prováveis.

Se o médico lidar corretamente com o problema, existe uma boa possibilidade de que um desses diagnósticos esteja certo. Os demais, por definição, estarão errados. Estamos regularmente errados na tentativa de acertar. É importante termos uma lista de possibilidades, porque a medicina é complicada, e as doenças e os corpos diferem. Frequentemente temos um diagnóstico que consideramos mais provável, mas também somos ensinados a ter um plano B, porque nossos pacientes nem sempre têm a doença mais provável. A pergunta que nos ensinam a fazer é: se não for isso, o que mais poderia ser?

AO REUNIR HISTÓRIAS SOBRE DIAGNÓSTICOS, muitas vezes me pergunto por que um certo médico conseguiu fazer o diagnóstico e os que vieram antes dele não. Onde estavam os erros? Como foram cometidos? O que podemos aprender?

Às vezes o problema é falta de conhecimento. Isso certamente ocorreu no caso de Crystal Lessing. Ela apresentou os sintomas raros de uma doença incomum. Uma das limitações humanas na medicina é o fato de que ninguém pode saber tudo.

Também houve erros de raciocínio no caso da jovem. Reconhecer que o problema fundamental era a insuficiência hepática foi um passo essencial no processo de raciocínio de Walerstein – uma ideia que escapou à percepção de todos os médicos que a haviam visto antes.

Também houve problemas em algumas das informações colhidas com a paciente. Walerstein notou que a “diarreia sanguinolenta” da jovem não passara de poucos episódios de sangue nas fezes no dia de sua chegada ao hospital. E também foi o primeiro a observar o fígado aumentado e dolorido quando examinou a jovem – uma indicação de que o órgão não estava tão normal quanto sugeriam os exames de sangue. As anormalidades descobertas pelos exames também não foram interpretadas corretamente. A icterícia de Crystal de início foi atribuída à destruição de hemácias. Mas, quando exames posteriores revelaram que esse massacre de hemácias não era resultado de um sistema imune anormal, que atacava as células indevidamente, Walerstein foi o primeiro a considerar outras causas de destruição de hemácias. Certos estudos sugerem que os erros

diagnósticos – algo que quase ocorreu nesse caso – muitas vezes se devem a uma profusão de passos equivocados cometidos no decorrer do processo.

A solução deste caso, como de muitos outros, consistiu no uso adequado de todas as ferramentas disponíveis. Walerstein colheu cuidadosamente a história clínica, realizou um exame físico meticuloso e identificou as anormalidades laboratoriais importantes. Só então conseguiu conectar as informações sobre aquela paciente com o conhecimento que já possuía, fazendo assim o diagnóstico. Só então as peças do quebra-cabeça se encaixaram.

ESTOU CONTANDO ESSAS HISTÓRIAS para tentar colocar você, leitor, na linha de frente, no lugar do médico à beira do leito – para que você conheça a sensação de incerteza e mistério ao sermos confrontados com um paciente cujo problema poderá matá-lo. Estou tentando mostrar a você o funcionamento da cabeça do médico quando ele tenta desvendar exatamente o que torna o paciente doente. Para isso, dividi o livro de acordo com as etapas que adotamos na avaliação do paciente. Cada capítulo se concentra em uma das ferramentas de nosso ofício, em como ela deverá funcionar e em como os erros nos desviam do bom caminho. Se os médicos se tornarem mais abertos com relação à nossa prática, os pacientes terão mais facilidade em entender o que podem fazer para participar de maneira mais integral de seu próprio tratamento.

ESTE LIVRO TEM ORIGEM numa coluna que venho escrevendo há seis anos para a *New York Times Magazine*. A coluna foi minha oportunidade de compartilhar com os leitores em geral a minha coleção pessoal de histórias diagnósticas fascinantes. É uma coleção que comecei a montar (sem saber) há alguns anos, quando minha carreira médica ainda estava em sua etapa de formação.

A medicina foi minha segunda carreira. A primeira passei nos noticiários da televisão, cobrindo sobretudo a área de saúde, principalmente para o canal CBS. Eu não tinha planejado entrar na faculdade de medicina; não era um velho sonho. Mas, um dia, enquanto filmava com um correspondente para a televisão, dr. Bob Arnot, vi-o salvar a vida de uma senhora idosa. Ele deveria estar filmando uma reportagem sobre *rafting* em corredeiras, quando subitamente desapareceu atrás do bote que eu observava no monitor. Eu e o câmera o procuramos à distância e o vimos na margem do rio, puxando uma senhora idosa para uma praia de pedras. O câmera focou nessa nova imagem e eu observei, fascinada, a reanimação cardiopulmonar (RCP) realizada por Bob, trazendo a mulher, quase afogada, de volta à vida.

Não abandonei a televisão exatamente naquele momento, nem saí correndo para estudar medicina, mas isso plantou uma ideia na minha cabeça e revelou

uma insatisfação oculta com meu papel na TV. A televisão atinge milhões, mas toca muito poucos. A medicina atinge menos pessoas, mas tem o potencial de transformar as vidas das que são tocadas.

Assim, fiz os dois anos do curso preparatório para entrar na faculdade de medicina na Universidade de Columbia, depois me candidatei e fui aceita na Faculdade de Medicina da Universidade de Yale. Concluí o programa de residência em clínica médica em Yale e fiquei por ali para cuidar de pacientes e dar aulas para as novas gerações de médicos.

Quando comecei a estudar medicina, achei que fosse me interessar sobretudo por fisiopatologia – a ciência por trás do que dá errado quando ficamos doentes. E realmente adorei essa disciplina, e ainda adoro. Mas o que captou minha imaginação foram as histórias que os médicos contavam sobre seus diagnósticos notáveis – sintomas misteriosos desvendados e resolvidos. Eram as histórias que eu me pegava contando ao meu marido e amigos durante o jantar.

Depois de ter feito a cobertura jornalística de temas relacionados à saúde durante tantos anos, eu acreditava compreender o funcionamento dessa disciplina. Mas essas histórias me revelaram um aspecto novo da medicina – um aspecto conhecido pelos médicos, porém raramente discutido fora desses círculos. Ao escrever minhas colunas, e agora este livro, eu tento dividir com as pessoas um lado da medicina que é interessante e importante. Interessante porque o processo de revelar o mistério da doença de um paciente é um maravilhoso trabalho de detetive – complicado, mas gratificante. Importante porque qualquer um de nós pode um dia vir a ser esse paciente. E, quanto mais soubermos sobre o processo, mais estaremos preparados para auxiliar e compreender.

PARTE I

Todo paciente tem uma história para contar

1. Os fatos e o que há por trás deles

A JOVEM ESTAVA ENCURVADA sobre uma grande bacia cor-de-rosa quando a dra. Amy Hsia, que estava no primeiro ano da residência médica, entrou no boxe do pronto-socorro. A menina ergueu os olhos e fitou a médica. Corriam lágrimas por seu rosto. “Não sei se vou aguentar por mais tempo”, soluçou Maria Rogers, de 22 anos. Desde que chegara ao pronto-socorro, ainda cedo, naquela manhã, já havia recebido dois medicamentos para cessar os vômitos que a levaram ao hospital – remédios que claramente não tinham funcionado.

“Sinto como se tivesse passado os últimos nove meses dentro de um hospital ou num consultório”, disse Maria à médica, numa voz fraca. E agora, ali estava ela outra vez, de volta ao pronto-socorro. Maria estava perfeitamente saudável até logo antes do Natal. Viera da faculdade para ver a família e encontrar os amigos, e, quando se preparava para voltar à universidade, foi atingida por aquele estranho mal-estar. Não conseguia comer. Qualquer cheiro – especialmente de comida – lhe dava vontade de vomitar. Mas não vomitou. A princípio, não.

No dia seguinte, dirigindo de volta para a universidade, começou de repente a suar frio e teve de encostar o carro para vomitar. Uma vez que começara, era como se não fosse mais parar. “Não sei como consegui chegar à universidade naquele dia, porque tive de sair do carro para vomitar a cada minuto.”

De volta à universidade, passou os primeiros dias do semestre na cama. Quando voltou às aulas, as amigas brincaram, dizendo que ela estava apenas tentando se livrar dos quilos a mais que tinha ganhado nas férias. Mas Maria se sentia bem e não ia se preocupar com aquilo.

Até que aconteceu de novo. E de novo. E de novo.

Os ataques eram sempre iguais. Maria sentia enjoo durante algumas horas, depois os vômitos começavam e não paravam por dias. Em nenhum momento ela teve febre ou diarreia; não tinha cólicas, nem chegava a sentir dor de verdade. Experimentou tudo o que pôde encontrar na farmácia: Gastrol, Famoset, Pepto-Bismol, Losec, Maalox. Nada adiantou. A ideia de que um novo ataque poderia começar a qualquer momento, sem aviso, a perturbava

insistentemente.

Em cada novo ataque ela ia à enfermaria. A médica lhe fazia um exame de gravidez e, quando dava negativo – e sempre dava –, aplicava-lhe soro intravenoso, algumas doses de proclorperazina (um remédio para controlar a náusea) e, depois de um dia ou dois, mandava-a de volta ao alojamento universitário. No meio do semestre, a moça largou a faculdade e voltou para a casa dos pais.

Maria consultou-se com seu médico de sempre. Ele ficou desconcertado. Mandou-a a um gastroenterologista, que pediu uma endoscopia, uma colonoscopia, uma radiografia com contraste, uma TC do abdome e outra do cérebro. Maria fez exames de sangue em busca de doenças hepáticas, renais e de um punhado de doenças hereditárias das quais ela nunca tinha ouvido falar. Todos os resultados foram normais.

Outro especialista achou que podia ser migrânea abdominal. A migrânea, ou enxaqueca, é causada pelo fluxo anormal de sangue para o cérebro. Mais raramente, o mesmo tipo de fluxo sanguíneo anormal para o intestino pode causar enjoo e vômitos – o equivalente gastrointestinal de uma enxaqueca. O médico deu a Maria um remédio para prevenir essas “dores de cabeça” abdominais, e outro que deveria ser tomado se ela tivesse um ataque mesmo assim. Como nada adiantou, ele tentou outro procedimento terapêutico. Como isso também falhou, Maria não voltou mais.

O estranho, disse Maria a Amy, era que, durante esses ataques, a única coisa que lhe trazia um alívio mínimo era tomar um banho quente de chuveiro. Não podia ser um banho frio; nem mesmo um banho morno funcionava direito. Mas, se ela pudesse ficar sob uma corrente de água o mais quente que pudesse tolerar, os vômitos paravam e a náusea diminuía lentamente. Por vezes, Maria tinha de ir ao hospital simplesmente porque ficava sem água quente em casa.

Recentemente, um amigo de Maria comentara que aquilo talvez fosse uma alergia alimentar, por isso ela parou de comer quase tudo, a não ser refrigerante de gengibre e biscoitos de água e sal. E isso pareceu funcionar – por um tempo. Mas, dois dias antes da conversa com Amy, ela acordou com aquela mesma sensação de enjoo. Vomitava sem parar desde a véspera.

Maria Rogers era uma mulher pequena, um pouco acima do peso, e tinha cabelo castanho, longo e volumoso, preso agora na nuca com um pregador. Sua pele cor de oliva estava clara, mas parecia pálida. Tinha os olhos inchados pelo choro e o cansaço. Ela parecia doente e era evidente que estava sofrendo, pensou Amy, mas não cronicamente doente.

Com que frequência tinha esses surtos de enjoo? perguntou a dra. Hsia à moça. Talvez uma vez por mês, respondeu ela. “Estão ligados à sua

menstruação?”, sugeriu Amy, esperançosa. A menina contraiu o rosto e fez que não. São mais comuns logo depois de comer? Ou quando você está com fome? Ou cansada? Ou estressada? Não, não, não e não. Ela não tinha nenhum outro problema médico, não tomava remédios. Fumava socialmente – um maço de cigarros durava uma semana, às vezes mais. Bebia – quase sempre cerveja, principalmente nos fins de semana, quando saía com amigos.

A mãe tinha sido alcoólatra e morrera muitos anos antes. Depois de largar a faculdade, Maria fora morar com o pai e a irmã, mas havia poucos meses se mudara para um apartamento próximo, com umas amigas. Não tinha animais de estimação, não havia viajado no último ano. Nunca fora exposta a nenhuma toxina, pelo menos que soubesse. A dra. Hsia examinou-a rapidamente. Os ruídos gorgorejantes do exame abdominal pareciam mais calmos que o normal, e a barriga estava levemente dolorida ao toque, mas estes dois achados podiam estar associados aos vômitos. Não havia sinal algum de inflamação na vesícula. Nenhuma indicação de aumento do fígado ou do baço. O resto do exame não tinha absolutamente nada de extraordinário. “Ao sair por aquela porta”, explicou-me Amy, “eu sabia que estava deixando passar alguma coisa, mas não fazia ideia do que fosse. Nem de como investigar.”

Mais que apenas os fatos

A dra. Hsia estava cursando o programa de residência em clínica médica da Universidade de Yale, onde eu agora sou professora. Ela me falou de Maria Rogers porque sabia que eu colecionava casos interessantes e às vezes escrevia sobre eles na minha coluna na *New York Times Magazine*. Ao pensar sobre esse caso, Amy disse saber desde o início que, se descobrisse o que estava causando tanto sofrimento à paciente, não seria em virtude de seu maior conhecimento – porque Maria já havia se consultado com muitos especialistas. Não, ela só poderia desvendar o caso se encontrasse uma pista que os outros houvessem deixado passar.

A história clínica do paciente muitas vezes é o melhor lugar para encontrarmos essa pista. É a nossa mais antiga ferramenta diagnóstica. E também uma das mais confiáveis. De fato, a grande maioria dos diagnósticos médicos – algo em torno de 70% a 90% – é feita com base apenas na história do paciente.[1]

Embora saibamos bem disso, são muitas as vezes em que nem o médico nem o doente parecem se dar conta da importância, para o diagnóstico, do que o paciente tem a dizer. Mas são informações cruciais. Nenhum exame de alta tecnologia tem um índice de acertos tão alto. O exame físico também não. E não

temos outra maneira de obter essas informações. Em grande parte dos casos, conversar com o paciente é o que nos dá as pistas essenciais para fecharmos um diagnóstico. Além disso, o que aprendemos com essa entrevista simples com frequência tem um papel importante na saúde do paciente mesmo depois de fechado o diagnóstico.

Quando alguém vai ao médico, qualquer médico, é muito provável que ele pergunte o que levou a pessoa ali. E a maior parte dos pacientes está preparada para responder a essa pergunta – eles têm uma história para contar, uma história que já contaram aos amigos e à família. Mas também é muito provável que o paciente não tenha uma boa oportunidade de contar essa história.

Os médicos muitas vezes enxergam esse primeiro passo no processo diagnóstico como um interrogatório – no qual o médico, feito o detetive durão de alguma série de TV, pede ao paciente que narre "apenas os fatos", e o doente, uma testemunha passiva do crime em andamento, fornece um relato hesitante e um tanto limitado do que aconteceu. Vista dessa perspectiva, a história do paciente é importante somente como um veículo para chegarmos aos fatos ligados ao caso.

Com essa atitude de querer saber "apenas os fatos", os médicos muitas vezes interrompem seus pacientes antes que eles consigam contar a história completa. Em gravações de atendimentos médicos em que tanto o médico quanto o paciente sabiam que estavam sendo gravados, os médicos interromperam a descrição inicial dos sintomas pelo paciente em mais de 75% das consultas.[2] E não demoraram muito para fazer isso. Um estudo indica que os médicos escutavam os pacientes, em média, durante 16 segundos antes de interromper – e alguns interrompiam o paciente depois de apenas três segundos.[3]

Uma vez cortada a história, os pacientes dificilmente a retomavam. Nesses encontros gravados, menos de 2% dos pacientes completaram sua história depois da interrupção do médico.[4]

Por conseguinte, médicos e pacientes quase sempre têm percepções bem diferentes sobre a consulta e a doença. Pesquisa após pesquisa mostra que, quando entrevistados sobre uma consulta, o médico e o paciente muitas vezes sequer concordam sobre o propósito dela ou sobre o problema do paciente. Num estudo, mais da metade dos pacientes entrevistados depois da consulta tinha sintomas que lhes causavam preocupação, mas que não tiveram a chance de descrever.[5] Em outras pesquisas, o médico e o paciente discordaram quanto à queixa principal – o motivo que levou o paciente ao médico – entre 25% e 50% dos casos.[6] Essas são informações que só podem vir do paciente, e, ainda assim, repetidamente, os médicos são incapazes de obtê-las. O dr. George Balint, um dos primeiros a escrever sobre o assunto, alertou: "Se fizermos perguntas vamos

receber respostas, e nada mais."[7] O que não obtemos é a história do paciente, e essa história muitas vezes trará não apenas os o quê, onde e quando extraídos pelo interrogatório, mas também, frequentemente, o porquê e o como.

Além disso, o modelo de interrogatório adota pressupostos sobre os sintomas e doenças. E ainda que esses pressupostos possam estar certos para a maioria das pessoas com determinados sintomas, talvez não sejam verdadeiros para um paciente em particular. O grande detetive de ficção Sherlock Holmes fala longamente da diferença entre as ações e os pensamentos de uma pessoa quando comparada à média. Holmes diz a Watson que, apesar de podermos dizer com precisão o que a média fará, "jamais conseguimos prever o que um único homem fará".[8] As diferenças entre a média e o indivíduo talvez não sejam reveladas se o médico não perguntar.[9]

"É muito mais importante saber que tipo de paciente tem a doença do que o tipo de doença que a pessoa tem", instruía Osler a seus pupilos na virada do século XIX. Mesmo com toda a tecnologia diagnóstica de que dispomos, e com nossa maior compreensão sobre a fisiopatologia das doenças, os estudos sugerem que isso ainda é válido.

Portanto, a obtenção de uma boa história é um processo colaborativo. Um médico que costuma escrever sobre essas questões usa a metáfora de dois escritores que colaboram para produzir um manuscrito, passando rascunhos da história um para o outro até estarem ambos satisfeitos. "O que o paciente traz ao processo é algo único: os fatos particulares e privados de sua vida e doença."[10] E o médico traz o conhecimento e a compreensão que o ajudam a ordenar a história de modo que faça sentido tanto para o médico – que a usa para fazer o diagnóstico – como para o paciente – que deve então incorporar essa subtrama à história mais ampla de sua vida.

Se a obtenção de uma boa história é tão importante na hora de fazermos um diagnóstico preciso, por que somos tão ruins nisso? São várias as razões.

Em primeiro lugar, a maior parte dos pesquisadores, médicos e pacientes concordaria que a pressão do tempo tem um papel importante. Uma consulta médica dura em média 22 minutos.[11] Embora exista a sensação de que os médicos passam cada vez menos tempo com seus pacientes, esse intervalo efetivamente cresceu nos últimos 20 anos. Em 1989, a consulta média durava apenas 16 minutos.[12] Apesar desse tempo extra, tanto médicos quanto pacientes concordam que o tempo que passam juntos ainda é muito curto.

Em resposta, os médicos muitas vezes dependem de algumas poucas perguntas muito bem dirigidas para obter as informações que, esperam, os ajudarão a fazer o diagnóstico rapidamente. Ainda assim, está claro que esse esforço em reduzir o tempo necessário para obter uma boa história aumenta o

risco de falhas na comunicação e de perda de informações. Como tantos outros, este atalho na comunicação acaba por causar atrasos maiores que uma entrevista na qual o paciente consegue contar a história completa e do seu próprio jeito.

Certos estudos sugerem que, quando os médicos colhem uma boa história, tendem a pedir menos exames e a encaminhar menos o paciente a outros médicos – sem gastar nenhum tempo adicional.[13] De fato, algumas pesquisas indicam que a obtenção de uma boa história pode até reduzir o tempo da consulta.[14][4] Além disso, a satisfação do paciente é maior, a adesão à terapia é maior, a resolução dos sintomas é mais rápida, os processos judiciais são menos frequentes.[15]

A falta de treinamento também pode contribuir para o problema. Os médicos passam dois anos em salas de aula aprendendo a identificar e categorizar os processos patológicos, relacionando sintomas a entidades patológicas conhecidas. Mas até recentemente, nos Estados Unidos, pouquíssimos programas ofereciam treinamento sobre como obter essas informações essenciais. Ao que parece, supunha-se que isso não era algo que precisasse ser ensinado. E ainda poderia haver a expectativa velada de que os avanços na tecnologia diagnóstica reduziriam nossa dependência dessas informações pessoais. Foi demonstrado que nenhuma dessas suposições é verdadeira, e atualmente a maioria das faculdades de medicina ministra aulas de comunicação entre o médico e o paciente. Ademais, desde 2004, os estudantes de medicina devem mostrar grande competência na obtenção de uma história clínica para receber seu registro médico. A nova geração de médicos talvez não use essas ferramentas, mas ao menos as possui.

Finalmente, muitos médicos se sentem desconfortáveis com as emoções por vezes associadas à doença. Quando um paciente apresenta sua história, com frequência busca indicações, por parte do médico, sobre que tipo de informação deverá fornecer. O formato de interrogatório diz ao paciente que o que se espera dele são os fatos, apenas os fatos. Mas a doença costuma ser muito mais que uma série de sintomas. A experiência de estar doente em grande medida se entrelaça a sentimentos e significados que moldam e matizam a experiência do paciente e sua percepção da doença em formas que o médico não pode imaginar nem prever. Uma história familiar de doença cardíaca ou câncer pode fazer com que o paciente minimize um sintoma. Recebi recentemente o telefonema de um amigo, um homem de quase 60 anos cujo pai tivera uma doença cardíaca. Meu amigo vinha sentindo dores no peito quando subia ladeiras. Ele se perguntou se a asma que tivera na infância podia ter voltado. Ficou perplexo quando sugeri que procurasse um cardiologista. Meu amigo tinha duas artérias bloqueadas, que foram operadas, acabando inteiramente com a dor. A mesma história poderia

fazer com que outra pessoa se concentrasse num sintoma de forma exagerada, amplificando sua verdadeira intensidade. Tenho pacientes que já fizeram muitos testes de esforço por estarem preocupados com uma dor no peito. O fato de os exames anteriores não terem demonstrado doença cardíaca não os reconforta nem tranquiliza. Preocupações financeiras também podem afetar o modo como o paciente conta sua história.

Inquietações quanto ao significado social dos sintomas podem complicar até um diagnóstico bastante direto. Aprendi essa lição da maneira mais dura. Uma paciente que atendi durante a residência veio fazer um exame de rotina para a escola. Ela era jovem e saudável. Quando eu já estava terminando e me preparava para passar ao paciente seguinte, ela indagou sobre uma lesão que tinha na nádega. “Poderia ser causada por fazer abdominais no chão duro?”, perguntou, um tanto ansiosa. Examinei rapidamente a lesão. Parecia uma pequena bolha, localizada na fenda entre as nádegas. Certamente, reconfortei-a, olhando o relógio. Notei que ela parecia preocupada com a ferida, mas não fiz maiores perguntas nem um exame mais detalhado, pois já estava atrasada em meu cronograma. Só quando a lesão reapareceu, meses depois, ela lembrou que o namorado tivera um surto de herpes genital numas férias que haviam tirado juntos, e ela não insistira para que ele usasse preservativo. O reaparecimento das lesões fazia do herpes um forte suspeito. Eu deixei um diagnóstico simples passar completamente em branco porque estava apressada demais para enfrentar a ansiedade da menina, e ela estava envergonhada demais para me contar essa outra história. Isso acontece o tempo todo.

Todo mundo mente

Anos atrás, recebi o telefonema de um produtor chamado Paul Attanasio. Ele havia criado um programa de televisão em parte baseado na minha coluna na *New York Times Magazine* e queria saber se eu estava interessada em trabalhar como consultora para essa nova série. Tratava-se de um drama, contou-me Attanasio, sobre um médico mal-humorado que era um brilhante diagnosticador. Concordei em trabalhar para o programa, pensando que não iria durar muito. A série, chamada *House*, conquistou depressa uma audiência entusiástica.

No programa, o dr. Gregory House não valoriza a história do paciente. De fato, ele sempre diz a seus alunos que não devem acreditar na versão de um paciente sobre sua doença e sintomas porque “todo mundo mente”. No contexto do programa, existe uma certa verdade nisso. Os pacientes mentem com frequência para House, e às vezes para sua equipe – não por serem intrinsecamente falsos, e sim pela pessoa do médico. Do modo como é

apresentado (brilhantemente por Hugh Laurie), House está muito longe do doutor amável e simpático cuja presença gera confiança e confidências. Pelo contrário, ele é narcisista e arrogante, viciado em drogas, e tem um comportamento quase sempre pedante. Trata-se de uma versão mais obscura e amarga do detetive taciturno de Conan Doyle, Sherlock Holmes. O temperamento de House transmite aos pacientes a ideia de que os sentimentos e significados que eles associam às doenças não são importantes, por isso não lhe falam dessas coisas. O resultado é que House frequentemente obtém só uma parte da história dos pacientes.

O mistério só se resolve quando o resto da história é revelado – por indícios encontrados quando algum outro membro da equipe entra na casa do paciente (uma forma peculiar de obter uma história clínica meticulosa), ou quando a pessoa doente é afinal forçada a revelar suas verdades ocultas. House reconhece a importância de se montar uma história detalhada do paciente, mas conclui que o problema está na mentira, e não no médico que se mostra incapaz de estabelecer uma relação na qual as verdades difíceis, embaraçosas ou angustiantes possam ser contadas.

AMY HSIA SABIA DESDE O INÍCIO que só poderia desvendar a causa dos episódios cíclicos de vômitos de Maria Rogers se encontrasse algum elemento crucial na história da paciente que os outros houvessem deixado passar. No entanto, sentada do lado de fora do quarto de Maria naquela tarde, Amy não sabia ao certo se encontraria esse elemento. Ela releu os grossos prontuários, revendo as anotações e os resultados de exames reunidos por todos os outros médicos envolvidos naquela mesma tarefa em internações prévias, esforçando-se para encontrar um sentido em tudo aquilo. Nada parecia saltar a seus olhos. A descrição incompleta dos sintomas e da história clínica não trazia nada que ela já não tivesse descoberto pessoalmente com a paciente.

Amy refletiu mais uma vez sobre o diagnóstico diferencial. Náusea e vômitos têm uma longa lista de causas: úlcera, cálculo biliar, obstrução, infecção. Hepatite, pancreatite, colite, infarto do miocárdio (ataque cardíaco) e AVC (acidente vascular cerebral, ou derrame). Nenhuma delas parecia se encaixar no caso de uma mulher jovem com múltiplos episódios de vômitos, cheia de exames laboratoriais absolutamente normais. Talvez ela não conseguisse resolver aquele caso. Receitou um novo medicamento para aliviar o enjoo e foi atender seu próximo paciente.

Na manhã seguinte, quando a dra. Hsia, o residente que a supervisionava e o médico que chefiava a equipe – a trinca do atendimento médico nos hospitais modernos – visitaram Maria Rogers, o leito da jovem estava vazio. O som do

chuveiro lhes dizia onde ela estava. Isso chamou a atenção da jovem residente. Algumas horas antes, quando viera examinar a moça, também a encontrara no chuveiro. Lembrou de Maria lhe dizer que o enjoo melhorava com um banho quente. Que tipo de náusea não melhorava com os medicamentos tradicionais – àquela altura, Maria já havia usado quase todos – mas melhorava com banho quente?

A dra. Hsia fez a pergunta à equipe. Nenhum deles tinha ouvido falar de uma síndrome dessas. E assim, depois que terminara de ver todos os pacientes sob seus cuidados, Amy correu para um computador. Entrou no Google e escreveu "náusea persistente que melhora com banhos quentes". Apertou a tecla "enter" e, menos de um segundo depois, a tela estava cheia de referências a uma doença da qual nunca tinha ouvido falar: hiperêmese canabinoide – vômitos persistentes e excessivos (hiperêmese) associados ao uso crônico de maconha (canabinoide).

O transtorno foi descrito pela primeira vez em 1996, num relato de caso publicado numa revista médica australiana. O dr. J.H. Allen, psiquiatra australiano, descreveu um paciente a que atendera com diagnóstico de vômitos psicogênicos – vômitos produzidos por causas psicológicas, e não fisiológicas. Allen notou que os vômitos do paciente estavam associados a um comportamento bizarro: banhos repetidos. Ele tomava uma dúzia de banhos por dia. Também observou que os sintomas melhoravam quando o paciente era internado, mas retornavam quando era mandado para casa. O paciente tinha uma história de uso crônico e pesado de maconha, e Allen formulou a hipótese de que os vômitos poderiam ser desencadeados por esse hábito.

Nos anos seguintes, Allen notou comportamentos semelhantes em outros pacientes internados com vômitos, publicando então, em 2001, um artigo no qual relatava os casos de dez pacientes com o transtorno que ele chamou de hiperêmese canabinoide.[16] Todos os pacientes de sua amostra fumavam maconha diariamente; todos apresentavam enjoo e vômitos intermitentes. Todos haviam usado maconha durante anos antes de passarem a ter esses surtos episódicos de náuseas e vômitos. E o mais notável era que nove dos dez pacientes diziam que os banhos quentes melhoravam seus sintomas quando nada mais parecia adiantar. Todos os sintomas melhoravam quando eles paravam de fumar maconha. E então reapareceram em três dos dez que voltaram a fumar. Logo surgiram outros relatos de casos no mundo todo.[17]

Essa poderia ser a doença que atormentava a paciente de Amy Hsia? E por acaso Maria Rogers fumava maconha? Amy voltou apressada ao quarto da paciente. Encontrou-a sentada na cama com uma toalha enrolada no cabelo ainda molhado. Sim, ela fumava maconha com frequência. Talvez não todos os dias, mas quase todos. Isso fechava o caso – ao menos na cabeça de Amy. A jovem

médica teve vontade de comemorar. Ela havia desvendado a doença, quando nem os especialistas sabiam o que pensar! Esse é realmente um dos grandes prazeres da medicina: ordenar a história do paciente de tal modo que revela o diagnóstico.

Empolgada, explicou à paciente o que havia encontrado na internet, dizendo-lhe que havia uma grande probabilidade de que a maconha fosse a razão das náuseas. Maria melhorava no hospital porque Maria não fumava enquanto estava lá. Mas quando voltava para casa e reiniciava sua exposição à droga, o enjoo era desencadeado novamente. Tudo o que ela precisava fazer era parar de fumar maconha, concluiu Amy triunfante, e seus sintomas sumiriam para sempre.

Essa história, que parecia tão lógica e razoável na perspectiva da dra. Hsia, não fazia o mesmo sentido para a mulher que a vivia diariamente. A resposta de Maria Rogers foi imediata, enfática e – para Amy – chocante. “Isso não tem nada a ver. Não vou cair nessa”, explodiu a paciente, furiosa. Ela conhecia muita gente que fumava muito mais maconha que ela e não ficava enjoada dessa maneira. Como Amy podia explicar aquilo? Hein? Além disso, a maconha não ajudava as pessoas que tinham náuseas produzidas pela quimioterapia? Por que iria reduzir o enjoo nesses casos e provocá-lo no caso dela? inquiriu. Onde estava a prova? Onde estava a demonstração?

Amy foi pega de surpresa pela raiva da paciente. Tinha achado que a jovem ficaria incrivelmente feliz ao saber que bastava parar de fumar maconha para se curar daquela doença devastadora. Por que estava tão irritada?

Mais tarde, na mesma manhã, Amy contou ao médico-chefe e ao residente o que havia descoberto e lhes falou da raiva da paciente ao ser informada do diagnóstico. A explicação fazia sentido para os outros médicos que cuidavam de Maria. O uso de maconha, a natureza cíclica dos sintomas e os poderes restauradores do banho quente davam a impressão de que ela havia acertado em cheio. Mas como iriam convencer a paciente?

Nem tiveram a chance de tentar. Maria Rogers deixou o hospital no dia seguinte. Quando falaram com ela, várias semanas depois, anunciou que o enjoo havia voltado. Sim, retomara a prática habitual de fumar maconha quase todos os dias, porque ainda não acreditava que isso estivesse ligado à doença. Ela tinha marcado uma avaliação com um gastroenterologista da Universidade de Yale. Quando falei posteriormente com a paciente, ela contou que os médicos de lá haviam solicitado muitos dos mesmos exames pedidos pelos médicos anteriores. Não é de surpreender que os resultados tenham sido os mesmos. Da perspectiva de Maria, sua doença ainda era um mistério.

NA MEDICINA, o paciente conta a história de sua doença ao médico, que

reestrutura os elementos de modo que assumam um formato médico, na linguagem da medicina. O médico em geral acrescenta novos elementos à história – incorporando informações recolhidas por meio de perguntas, do exame do corpo, de exames complementares que tenham sido realizados –, e o resultado é uma história que faça sentido, na qual todas as peças acabem por se somar, gerando um diagnóstico unificador.

Mas a história da doença não para por aí. Feito o diagnóstico, o médico deve reestruturar mais uma vez a história criada – a história que o ajudou a fechar o diagnóstico –, chegando a uma outra que possa ser devolvida ao paciente. Ele deve traduzir a história de volta para a linguagem e o contexto da vida do paciente, de modo que este possa entender o que lhe aconteceu, e então incluí-la na história mais ampla de sua vida. Quando um paciente compreende a doença, suas causas, o tratamento e seu significado, podemos ter a esperança de que fará o que é preciso para melhorar.

Foi demonstrado repetidamente que, quanto maior a compreensão do paciente sobre sua doença e o tratamento, maior é a probabilidade de que consiga fazer sua parte.[18] Boa parcela dessas pesquisas foi realizada com pacientes que receberam diagnóstico de diabetes. As pessoas que entendem a doença têm uma tendência muito maior a seguir os conselhos do médico sobre como modificar sua dieta e como tomar seus remédios.[19]

É compreensível. Não é fácil tomar remédios com regularidade. Isso requer dedicação do paciente. Motivação. Um desejo de incorporar esse acréscimo desagradável numa vida que já está complicada. Demonstrou-se que a maior compreensão por parte do paciente melhora de forma drástica sua adesão ao tratamento. É aí que a obtenção de uma boa história – que mostre ao médico algo sobre o paciente e seus sentimentos com relação à doença, à vida, ao tratamento – pode dar bons frutos.

Voltando ao caso de Maria Rogers, Amy Hsia me contou do quanto ficou surpresa quando a paciente não aceitou sua explicação sobre a doença. A ligação entre a maconha e a náusea e os vômitos parecia óbvia para a dra. Hsia. Mas não era óbvia para Maria Rogers. Para esta, talvez não houvesse explicação aceitável. O que Amy lhe contou foi a versão médica da história – as observações e a pesquisa que lhe permitiram fechar o diagnóstico. O que ela não fez foi criar a versão da paciente – uma história que fizesse sentido no contexto maior da vida de Maria.

Então a paciente deixou o hospital, e com ela se foi a chance de buscarem um modo de ajudá-la a entender sua doença. A dra. Hsia tentou ficar em contato com Maria, mas depois de alguns meses o número de celular que ela havia deixado foi desconectado e uma carta foi devolvida. Assim, tendo rejeitado o diagnóstico

e a opção terapêutica sugerida, Maria Rogers ainda sofre de um transtorno que, para ela, não tem nome nem cura.

Histórias que curam

Uma das ferramentas mais importantes e poderosas que o médico possui é sua capacidade de devolver ao paciente sua história numa forma que lhe permita entender o que é a doença e o que ela significa. Quando utilizado de modo correto, este dom ajuda o paciente a incorporar os conhecimentos na história mais ampla de sua vida. Compreendendo, o paciente pode retomar algum controle sobre o mal que o aflige. Ainda que ele não seja capaz de controlar a doença, pode ao menos ter algum controle sobre sua resposta a ela. Uma história que consiga ajudar o paciente a entender sua doença, por mais devastadora que seja, é uma história capaz de curar.

O trabalho fundamental de um médico é tratar a dor e aliviar o sofrimento. Muitas vezes falamos dessas duas entidades como se fossem uma coisa só. Eric Cassell, médico que escreve bastante sobre as dimensões morais da medicina, defende, num artigo que se tornou clássico, a ideia de que dor e sofrimento são muito diferentes. A dor, segundo Cassell, é uma afecção do corpo. O sofrimento é uma afecção do *self*. O sofrimento, para ele, é um estado específico de aflição que ocorre quando a integridade ou invulnerabilidade de uma pessoa é ameaçada ou afetada. Assim, existem eventos na vida que podem causar imensa dor, mas não causam nenhum sofrimento. O parto talvez seja o caso mais óbvio. As mulheres muitas vezes sentem dor durante o parto, mas raramente dizemos que estão sofrendo.

E quem sofre pode não sentir nenhuma dor. Um diagnóstico de câncer terminal, mesmo na ausência de dor, pode causar um sofrimento terrível.[20] O medo da morte e da perda incontrolável da autonomia e do *self*, combinado ao medo de uma dor extrema, pode produzir sofrimento muito antes de iniciados os sintomas. Não existem drogas para tratar o sofrimento. No entanto, diz Cassell, uma das maneiras pelas quais um médico pode aliviá-lo é dar sentido a uma doença ao criar uma história.

No caso de Maria Rogers, a dra. Hsia conseguiu reunir os dados necessários para fazer o diagnóstico. Ela sabia que doença a paciente tinha. Mas não sabia o suficiente sobre a pessoa que tinha a doença. A história que Amy devolveu à paciente era razoável e racional, mas não era uma história que a moça pudesse aceitar. Ao ser confrontada com a rejeição veemente dessa história e com as emoções cruas apresentadas pela paciente, Amy se retraiu. Antes que conseguisse se reestruturar e tentar outra vez, a paciente abandonou seus

cuidados. Maria Rogers rejeitou a história da dra. Hsia, rejeitou seu diagnóstico e, na última vez em que falei com ela, ainda estava buscando ela própria uma forma de acabar com sua dor e sofrimento.

Por outro lado, a história certa tem um poder de cura quase milagroso. Alguns anos atrás, recebi o e-mail de um paciente cuja recuperação incrível demonstrava a diferença entre dor e sofrimento e o poder curativo da história. Randy Whittier é um programador de computadores de 27 anos que estava perfeitamente saudável e tinha planos para se casar, quando de repente começou a se esquecer de tudo. O problema teve início num fim de semana em que Randy e sua noiva viajaram para a cidade natal da moça, onde iriam fazer os últimos preparativos para o casamento na primavera seguinte. O rapaz estava com dificuldade para se concentrar e por várias vezes se mostrou confuso sobre o lugar aonde estavam indo ou com quem estavam falando. Ele atribuiu os sintomas ao cansaço – não vinha dormindo bem havia algum tempo – e não disse nada à noiva. Mas, na manhã de segunda-feira, quando voltou ao trabalho, viu que estava com problemas e mandou pelo computador uma mensagem à sua noiva, Leslie.

Leslie viu o ícone no computador piscar, anunciando a chegada de uma mensagem. Clicou nela em seguida.

“Tem alguma coisa errada”, dizia a mensagem.

“Como assim?”, mandou Leslie de volta.

“Minha memória está toda ferrada. Não consigo lembrar de nada”, escreveu Randy. E acrescentou: “Tipo, não sei dizer o que fizemos este fim de semana.”

Leslie sentiu o coração bater mais rápido. Nos últimos tempos, o noivo parecia distraído. Ela pensou que Randy talvez só estivesse cansado. Mas o rapaz ficara estranhamente calado durante a viagem que fizeram a Nova York no fim de semana. Randy se empolgara quando organizaram a viagem, e por isso ela começou a achar que o noivo estava dando para trás.

“Qual é a data do nosso casamento?”, testou Leslie. Se ele conseguia se lembrar de alguma coisa, conseguiria se lembrar disso. Os preparativos do casamento haviam dominado a vida do casal nos últimos meses. “Você sabe me dizer isso?”

“Não.”

“Ligue para o médico. Agora mesmo. Diga que é uma emergência.”

Durante a meia hora seguinte, Randy deu três telefonemas para o consultório do médico, mas nas três vezes, quando quis mandar a mensagem para Leslie, já tinha esquecido o que lhe haviam dito. Como estavam separados por quilômetros de rodovias e vários bairros nas redondezas da cidade, Leslie ficou desesperada. Por fim, por insistência dela, Randy, que àquela altura estava aterrorizado, pediu a um amigo que o levasse ao hospital mais próximo.

Poucas horas depois, o telefone de Leslie tocou. Finalmente. Ele estava sendo liberado do hospital, contou-lhe Randy. O médico do pronto-socorro achou que seus problemas de memória se relacionavam ao Ambien, o remédio para dormir que estava tomando. Segundo o médico, os sintomas deveriam melhorar quando ele parasse de tomar o medicamento.

Leslie não acreditou nisso nem por um segundo. “Não saia daí”, instruiu-o. “Vou aí apanhar você. Vamos ao seu médico.” Meia hora depois, encontrou Randy vagando pela rua em frente ao hospital, sem saber ao certo por que estava ali; não se lembrava nem do nome de Leslie. Ela o colocou dentro do carro e o levou ao consultório do médico. Dali foram mandados ao Brigham and Women’s Hospital, em Boston.

Naquela mesma noite, mais tarde, a residente de plantão ligou para a casa do dr. William Abend para discutir a última internação. Abend, um neurologista de 61 anos, foi rolando na tela as páginas do prontuário eletrônico do paciente enquanto a residente descrevia o caso. O paciente, que não tinha histórico de doenças prévias, fora internado queixando-se de insônia e perda grave da memória. Já fora avaliado pelo psiquiatra – não estava louco. O exame físico era normal, a não ser pelo fato de Randy não saber a data em que estavam e não conseguir se lembrar dos eventos ocorridos durante a semana, ou naquele dia. O médico plantonista tinha pedido uma ressonância magnética do cérebro, mas ainda não havia sido feita.

O paciente precisava de uma punção lombar, instruiu Abend, para terem certeza de que não era uma infecção, e um EEG, um eletroencefalograma, para checarem se estava tendo convulsões. Ambas podiam afetar a memória. Ele veria o paciente logo no início da manhã.

Randy estava alerta e ansioso quando Abend foi vê-lo. Alto e delgado, de olhos azuis muito sinceros, o jovem paciente parecia envergonhado por não conseguir se lembrar de tudo aquilo. Sua noiva havia saído para descansar um pouco, por isso a mãe de Randy passou ao médico os detalhes que faltavam. A primeira vez em que ele se queixara de problemas de memória fora alguns meses antes. No fim de semana anterior, tudo tinha piorado muito, muito mesmo. Randy não conseguia se lembrar de nada do que ocorrera nos últimos dias. Não se lembrava sequer que estava no hospital. Ao longo da noite, retirou várias vezes o cateter intravenoso.

Ao examiná-lo, Abend não encontrou nada fora do comum, a não ser pelo impressionante grau de perda da memória de curto prazo. Quando pediu a Randy que se lembrasse de três palavras – automóvel, tanque e ciumento –, o paciente conseguiu repeti-las, mas trinta segundos depois não se lembrava de nenhuma delas. “Não era como se ele não se lembrasse de onde tinha deixado as chaves do

carro”, contou-me Abend. “Ele realmente não conseguia lembrar nada.” O neurologista sabia que teria de determinar rapidamente o que estava acontecendo, antes que houvesse danos maiores.

Abend checou o resultado da punção lombar – não havia sinais de infecção. Foi então ao setor de radiologia para verificar a ressonância magnética. Não havia sinais de tumor, AVC ou sangramento. O que a ressonância magnética revelou foram áreas bilaterais de um tom branco vívido no lobo temporal, área que normalmente tem uma cor cinza uniforme.

Poucas doenças poderiam levar a esse tipo de lesão. Encefalite viral – uma infecção do cérebro frequentemente causada pelo vírus herpes simplex – sem dúvida era a mais comum. Doenças autoimunes como o lúpus também podem provocar anormalidades desse tipo; no lúpus, as defesas naturais do organismo atacam indevidamente as células do próprio corpo como se fossem invasores estranhos. Por fim, certos cânceres podem produzir lesões semelhantes – em geral câncer de pulmão, na maior parte das vezes em fumantes mais velhos.

Os sintomas de Randy tinham surgido aos poucos, no decorrer dos dois meses anteriores. Abend pensou que isso diminuía a probabilidade de uma infecção como o herpes. O paciente já havia começado a tomar aciclovir – a droga geralmente usada para tratar a encefalite herpética –, pois a doença pode ser fatal quando infecta o cérebro. Apesar de achar esse diagnóstico improvável, Abend decidiu que precisariam fazer outros exames do líquor (o líquido que banha o cérebro e a medula) para terem certeza de que não havia sinais dessa perigosa infecção viral.

Lúpus parecia uma possibilidade ainda mais distante para Abend. Essa é uma doença crônica que pode atacar praticamente qualquer órgão do corpo, caracterizando-se em geral por dores articulares e erupções na pele. O paciente não tinha nenhum desses sintomas. Ainda assim, aquele talvez fosse o primeiro sinal dessa doença complexa. Seria incomum, mas a grande perda de memória daquele jovem também era.

Embora o câncer fosse uma causa incomum desse tipo de lesão, para Abend talvez fosse a explicação mais plausível no caso do paciente. Mesmo não fumantes desenvolvem câncer de pulmão. E outros cânceres podem causar o mesmo tipo de lesão cerebral. Além disso, se aqueles sintomas estivessem sendo provocados por um câncer, havia uma boa chance de que melhorassem quando ele fosse tratado. Abend pediu uma TC de tórax, abdome e pelve. Quando um médico pede tantos exames, transmite uma incerteza sobre o que está buscando e onde poderá encontrar, mas Abend tinha a forte sensação de que eles não tinham tempo para errar.

Os resultados dos exames foram chegando nos dias seguintes. Randy não

estava tendo convulsões. Não era um vírus. Ele não tinha lúpus. Mas quando os resultados chegaram, já tinham encontrado uma resposta. A TC de tórax mostrava uma grande massa – não nos pulmões, mas no espaço entre eles, na área chamada mediastino. Uma biópsia revelou o diagnóstico final: linfoma de Hodgkin, um câncer que ataca o sistema imune. Ele tinha o que chamamos de síndrome paraneoplásica, uma complicação rara na qual os anticorpos contra o câncer atacam as células saudáveis do cérebro.

Randy passou por uma operação para reduzir o tamanho da massa e iniciou um tratamento quimioterápico. E aos poucos, incrivelmente, sua memória começou a melhorar. Mas a viagem a Nova York continua a ser uma lembrança vaga, e a única recordação que tem da semana que passou no hospital é da enfermeira dizendo-lhe que poderia voltar para casa.

Leslie se lembra do dia em que notou melhora em Randy. Foi várias semanas depois de deixarem o hospital. Ela lembrou-lhe de que ele queria cortar o cabelo. Randy respondeu que tinha ido no dia anterior, mas a fila do barbeiro estava muito longa.

Leslie quase chorou. “Naquele momento”, contou-me, “eu finalmente soube que o homem que eu amava ainda estava ali dentro, e que estava começando a voltar.”

Quando telefonei para Randy depois de receber um e-mail seu, ele ainda não se lembrava muito bem do suplício por que passara, mas entendia a doença e o prognóstico. Um médico se destacou na multidão de doutores que cuidaram dele. Marc Wein era estudante de medicina no Hospital Brigham e ficou fascinado por Randy e sua doença. Leu vorazmente sobre ela, pesquisou relatos de casos de outros pacientes com manifestações semelhantes daquele tipo de câncer e voltou muitas vezes para explicar tudo a Randy e Leslie. Juntos, Marc e Randy criaram a história daquele diagnóstico notável que fazia sentido para os dois. E isso fez toda a diferença.

Randy me contou que não sentiu dor em nenhum momento, mas detestava aquilo de se tornar uma página em branco a cada cinco minutos. Detestava as expressões preocupadas que via nas pessoas que amava. Detestava perder até mesmo a noção de quem ele era.

Randy acolheu a história que Marc montou para ele. Leslie tinha de recordar-lhe frequentemente as particularidades da história, mas ele lembrava que tinha um câncer e que a cura desse câncer o faria voltar ao normal. O rapaz aceitou a cirurgia de bom grado e não se importou com a dor da incisão no peito. Parecia até ansioso por fazer a quimioterapia. Ao ver a agulha perfurar sua veia, recordou que, com aquilo, estaria um passo mais perto da recuperação. Conversei com Randy muitas vezes depois de terminada sua provação. O

otimismo do jovem não vacilou em nenhum instante. Ele hoje está livre da doença, e sua vida seguiu em frente. Voltou a trabalhar cinco meses depois daquele estranho fim de semana e se casou no ano seguinte.

A quimioterapia pode ter curado o corpo de Randy, mas sua mente foi sanada por uma história.

2. As histórias que eles contam

NUMA RECENTE CONFERÊNCIA no Colégio Americano de Medicina da Filadélfia, um amigo que sabia do meu interesse pelo diagnóstico médico me incentivou a assistir a uma palestra em particular. O título sobressaía em meio a tantas "Atualizações em cardiologia" e "Inovações em nefrologia, hematologia ou urologia". A palestra chamava-se simplesmente "Derrube a professora".

Quando cheguei ao salão indicado, fiquei surpresa – o lugar estava lotado por centenas de médicos. Ao passar por entre pés e joelhos para me sentar numa das poucas cadeiras vazias, observei a plateia, formada sobretudo por pessoas de meia-idade vestindo roupas informais. Havia um ar de expectativa eufórica que fazia lembrar as viagens, na época da faculdade, para algum show num estádio distante.

Finalmente, uma mulher alta e esguia, com uma grande bola de cachos grisalhos na cabeça e um sorriso amplo, entrou no palco a passos largos, acenando com a cabeça e sorrindo para seus admiradores. A plateia explodiu em aplausos.

Era a dra. Faith Fitzgerald, uma versão em carne e osso do dr. House, do programa de TV. Ela é uma das maiores especialistas em dilemas diagnósticos. As centenas de médicos daquele auditório haviam comparecido para vê-la abordar uma série de casos complicados – pacientes cujas histórias haviam sido enviadas por estudantes de medicina de todo o país e escolhidas a dedo para aquela apresentação, por sua dificuldade e complexidade. A história do paciente e a evolução clínica seriam apresentadas a Fitzgerald, uma parte de cada vez, e ela teria de desvendar o diagnóstico. No decorrer da apresentação, a dra. Fitzgerald guiaria a plateia pelo caminho de seu raciocínio, fazendo o papel de um Sherlock Holmes moderno ante um auditório de Watsons. Era mais uma marca do nosso tempo: o diagnóstico se tornara uma nova forma de entretenimento.

Depois de ser apresentada – o que pareceu ser completamente desnecessário para aquela plateia –, Faith Fitzgerald apoiou os óculos na metade de seu longo nariz aquilino e cumprimentou os fãs exaltados. Como todo bom orador, ela

começou com uma brincadeira – uma brincadeira de médicos: “Antes de começarmos, e só para constar”, rosnou Faith, com a voz rouca pelo tabaco, “eu gostaria de mencionar: endocardite, tuberculose, granulomatose de Wegener, aortite de Kawasaki, demência de Jakob-Creutzfeldt e gastrite eosinofílica. ” Citou apressadamente essa lista de doenças obscuras e terminou com uma risada. “Eu não conheço nenhum dos casos que estou prestes a escutar, mas é muito provável que eu tenha mencionado o diagnóstico de ao menos um deles nessa lista. Só para vocês saberem por que citei essas doenças.”

O público gostou da piada e riu. Num fórum como aquele, mesmo que a pessoa não desvende o caso, terá algum mérito se o diagnóstico final for uma das doenças consideradas durante o processo. Faith estava ciente de que os casos que teria de confrontar não seriam doenças rotineiras que os médicos veem em sua prática diária. Não, ela lidaria com os “fascinomas”, os casos intrigantes que os médicos contam uns aos outros diante do bebedouro, no posto de enfermagem ou nas escadarias do hospital.

Javed Nasir, estudante de medicina de vinte e poucos anos prestes a se formar pela Faculdade de Medicina da Uniformed Services University, subiu ao palco. Ele iria apresentar o primeiro caso – uma paciente da qual havia cuidado no terceiro ano. “Bom dia, dra. Fitzgerald.” A voz do rapaz vacilou um pouco. Ele começou com o que chamamos (tradicionalmente) de queixa principal. “‘Minha mulher não está se comportando direito.’” O jovem olhou para a grande plateia com certa insegurança e então continuou. “Trata-se de uma mulher de 73 anos, com história de confusão progressiva ao longo de três meses, trazida ao hospital pelo marido.” O jovem detalhou então os sintomas da paciente no formato médico convencional.

Nos 90 minutos seguintes, aqueles médicos observaram e por vezes auxiliaram o trabalho de Faith Fitzgerald para desvendar o caso da paciente de Nasir e de outros dois estudantes, revelando em cada um deles o percurso mental da formulação do diagnóstico. Ela nunca havia encontrado nenhum daqueles pacientes, jamais os examinara. A dra. Fitzgerald fez o diagnóstico usando apenas uma versão modificada da história clínica que continha apenas os traços mais fundamentais da história original do paciente, despojada de tudo o que é único, pessoal e específico, reestruturada pelo médico e acompanhada pelos achados do exame físico e pelos resultados de exames complementares realizados durante a investigação. Tudo isso foi apresentado num formato bastante estruturado e familiar.

Embora aquilo servisse como uma forma de entretenimento, uma espécie de quebra-cabeça mental para a plateia repleta de médicos, tratava-se de um simulacro do que os médicos fazem à beira do leito. Esse tipo de história

simplificada e bastante estruturada na qual se baseia o exercício é uma das ferramentas mais importantes que os médicos possuem para traduzir os conhecimentos abstratos sobre o corpo – reunidos a partir de cadáveres, tubos de ensaio e livros – num diagnóstico do paciente que temos à frente. Estamos familiarizados com exercícios assim, pois somos os autores dessas histórias para nossos pacientes e somos a plateia para outros médicos que nos pedem ajuda com os seus casos.

Nasir prosseguiu com a história da paciente, explicando que ela estava em seu estado normal de saúde até poucos meses antes, quando passou a ficar cada vez mais esquecida. Primeiro começou a ter dificuldade em encontrar as palavras certas para falar. Seu marido ficou realmente preocupado quando ela começou a se perder ao dirigir pelo próprio bairro onde moravam. No momento da internação, ela tinha dificuldade de realizar as atividades diárias mais básicas; não conseguia mais cozinhar, nem se vestir sem a ajuda do marido. Recusava-se até a sair de casa sem ele.

Faith Fitzgerald é clínica geral e decana de medicina e ciências humanas na Universidade da Califórnia em Davis. Enquanto o estudante contava a história da paciente, descrevendo seu quadro de confusão em rápida progressão, ela caminhava para um lado e para o outro do palco. Seu longo blazer preto sacudia atrás dela, revelando uma calça preta justa e uma suéter de gola rulê preta – seu traje habitual.

Com bastante experiência em eventos nesse formato, ela claramente gostava do desafio e da plateia – uma mistura de médicos bastante experimentados e estudantes calouros. A dra. Fitzgerald tem sido uma presença regular em conferências como essa há mais de uma década.

“Ao exame físico, a paciente é uma mulher magra e frágil, de aparência tímida e receosa”, continuou Nasir.

“Tímida e receosa?”, perguntou Faith. (Na versão em filme, ela talvez desse uma pitada em seu cachimbo neste momento.) “Hmmm. Isso pode ser parte da confusão da paciente, ou talvez apenas da personalidade dela. Você chegou a se informar sobre como ela era antes de tudo isso?” O estudante fez que não. “Bom, certamente deve ser difícil sentir confiança num mundo que de repente não conhecemos.”

O resto do exame nada tinha de extraordinário, relatou Nasir.

A dra. Fitzgerald parou de caminhar pelo palco. “Com isso, suponho que você queira dizer que o exame foi normal?”, perguntou ela.

Nasir fez que sim. “Inclusive o exame neurológico – completamente normal?” O estudante fez que sim novamente. Faith ficou em silêncio enquanto pensava na história até este ponto.

“Quer pedir algum exame?”, ofereceu o estudante. Nesse tipo de performance estruturada, o médico pode pedir qualquer exame, e, se o estudante tiver o resultado, os dados serão apresentados.

“Claro.” Faith citou rapidamente os exames que gostaria de pedir, e os resultados lhe foram dados. A punção lombar estava normal, não havia elevação no número de leucócitos, o fígado e os rins funcionavam bem.

“Então, basicamente você está me dizendo que temos aqui uma mulher com demência progressiva, mas com exame físico normal e nenhum sinal de infecção ou anormalidades laboratoriais?”, perguntou a dra. Fitzgerald. Ela se virou então para a plateia. “Não vou me ofender nem um pouco se alguém quiser cantar a resposta”, disse ao auditório. “Alguém? Bom, pelo menos o caso não é muito óbvio para ninguém por aqui.”

Certamente não era óbvio para mim. Enquanto considerava os dados disponíveis sobre a paciente, Faith descreveu seus pensamentos sobre o que tinha ouvido até então. “Neste ponto, eu gosto de criar algum tipo de estrutura na qual possa firmar minhas ideias. Para conseguir montar um diagnóstico diferencial completo, muitas vezes começo simplesmente com as diferentes áreas da medicina. Então, será que isso poderia ser alguma doença congênita que cause demência – como um Alzheimer inicial? Quem sabe? Ou talvez seja infeccioso? A paciente por acaso passou uma vida de aventuras que pudesse colocá-la em risco de contrair alguma doença sexualmente transmissível, como sífilis ou HIV?”

Enquanto revia seu processo de pensamento, a dra. Fitzgerald foi criando uma lista de causas possíveis para aqueles sintomas. Da plateia apareceram vozes sugerindo doenças a serem acrescentadas ao diagnóstico diferencial. “Demência parkinsoniana”, gritou um homem no final da minha fila. “Creutzfeldt-Jakob” (doença da vaca louca), sugeriu uma mulher mais à frente.

“Peça uma TC de crânio”, gritou mais uma voz.

“Hmm… – uma TC de crânio.” Faith considerou a sugestão. “Esta senhora não tem nenhum sinal neurológico, certo?” Ela se virou para Nasir, que confirmou novamente com a cabeça. “Nenhuma fraqueza, convulsões, tremor – nada além da confusão. Com isso, não acho que a TC possa me mostrar muito. No meu hospital, é quase impossível que um paciente com alteração do estado mental saia do pronto-socorro sem ter realizado uma TC de crânio. E, ainda assim, é provável que a dela esteja normal, portanto…”, fez uma pausa, pensativa. “Eu diria que podemos passar sem ela.”

Depois de concluída a apresentação do caso, era a vez de Faith formular seu diagnóstico. Ela percorreu o diferencial. “Bom, se as coisas comuns realmente são comuns, a causa mais provável seria demência por múltiplos infartos, ou

talvez Alzheimer. Mas estamos brincando de ‘Derrube a professora’, portanto, nunca é a doença mais comum. Hmmm…” Ela se virou para a plateia. “Posso conversar com um médico bem velho?” As risadinhas da plateia foram seguidas de mais algumas sugestões.

“Alguma outra ideia?”, ofereceu a dra. Fitzgerald. “Tudo bem, eu desisto. Vamos ouvir a resposta.”

“A senhora talvez devesse ter pedido a TC de crânio afinal”, brincou o estudante, feliz em ter realmente conseguido derrubar a professora. Nasir projetou a imagem final nas grandes telas que havia sobre o palco. Uma imagem da TC de crânio revelava um círculo enorme, branco, de contornos irregulares, invadindo e distorcendo as conhecidas sinuosidades do cérebro. Era um tumor cerebral.

“Droga. E é grande”, admitiu Faith, fazendo que não com a cabeça. “É realmente incrível que o tumor não tenha se anunciado mais claramente. Mas, bem, não podemos ganhar sempre, não é?”, falou, encarando a plateia com um sorriso maroto. O público aplaudiu entusiasmado.

Eu me virei para a jovem sentada ao meu lado, que ainda batia palmas. “Você não ficou decepcionada por ela ter errado?”, perguntei. Ela fez que não. “Que nada. O que importa aqui é o processo – ouvir a história e juntar todos os dados. Eu comecei querendo ser cirurgiã, mas percebi que a clínica médica era o que iria me manter alerta intelectualmente.”

O homem sentado ao lado dela se inclinou e acrescentou: “Eu não vim aqui pela resposta. Eu vim ver o raciocínio. ”

Acertar o diagnóstico, naturalmente, é o que todos queremos – e o que em geral ocorre nas séries de TV e nos filmes. Mas os médicos são ávidos por saber como os outros pensam sobre um caso. Traduzir a história ampla, variada, complexa e contraditória de um ser humano doente para a linguagem minimalista, simplificada e essencial do paciente no leito, e então fazer com que essa narrativa leve a uma conclusão – essa é a essência do diagnóstico. Como num grande filme de Hitchcock, a revelação ao final é muito menos interessante que o caminho que nos levou até lá. Por isso, apesar da resposta errada, foi interessante ver Faith avançar sobre esse caso complicado. Nos outros dois casos apresentados naquela tarde, ela acertou. Fui falar com a dra. Fitzgerald mais tarde, no mesmo dia. “Ah, eu erro muitas vezes, mas a plateia parece me perdoar.” Ela riu, e então acrescentou: “É uma forma de entretenimento. Boa parte da atração da clínica médica é sherlockiana – resolver o caso a partir das pistas. Nós somos os detetives; sentimos prazer com o processo de desvendar o caso. É o que os médicos mais gostam de fazer.”

HISTÓRIAS COMO A QUE JAVED NASIR CONTOU A DRA. FITZGERALD estão no âmago desse processo sherlockiano. São uma das ferramentas fundamentais para o diagnóstico. Para fechar um diagnóstico, os médicos constroem uma história sobre o paciente, baseada na história que o paciente contou, mas despojada de quase todos os detalhes particulares da pessoa e estruturada de modo a expor o padrão identificável da doença. No capítulo anterior, examinei o processo de obtenção da história clínica com o paciente e a tarefa final de devolvê-la ao paciente. Agora quero examinar exatamente o que os médicos fazem com essa história para que ela lhes informe o diagnóstico.

Quando bem montada, a versão médica da história do paciente frequentemente traz a chave para identificarmos as feições características de uma doença, levando-nos ao diagnóstico. Boa parte da educação que os médicos recebem durante os vários anos da faculdade de medicina, e depois nos anos de especialização, consiste em adquirir a habilidade de identificar e moldar os aspectos da vida, sintomas e exames complementares do paciente, de modo a criar uma versão da história clínica que possibilite o diagnóstico. De fato, a capacidade de criar essa versão simplificada e impessoal da história do paciente é *a* habilidade essencial no diagnóstico.

É também um dos aspectos da medicina que podem parecer mais desumanizantes. É o que faz com que a elegante professora aposentada que encantou três gerações de alunos com histórias sobre o Império Romano, inspirando-os a aprender as declinações de substantivos em latim, seja rapidamente reduzida, na linguagem diagnóstica, à mulher de 73 anos com demência progressiva veloz do quarto 703.

O MODO COMO OS MÉDICOS aplicam seus conhecimentos gerais ao paciente em particular tem sido uma área de grande interesse e de muitas pesquisas há décadas. O pensamento atual encara as histórias como o elemento fundamental.[1] As ciências básicas, como anatomia, fisiologia, biologia e química, são conectadas a um paciente no leito por meio de histórias muito específicas que os médicos primeiro aprendem e depois passam a criar. Essas histórias, que os pesquisadores da área hoje chamam de “scripts de doenças”,[2] contêm as características fundamentais de uma enfermidade, que permitem se criar uma versão icônica, um modelo idealizado dessa doença em particular. O script de qualquer doença será um agregado vagamente organizado de informações sobre o paciente típico, os sintomas habituais e os resultados de exames – com ênfase nos que são únicos ou incomuns –, além de informações sobre a patologia e a biologia da doença em si. É a história que cada médico monta para si mesmo com o conhecimento que obtém a partir de livros e pacientes. Quanto maior for a

experiência de um médico com alguma doença, mais rico e detalhado se tornará o script que faz dela.

A criação de uma grande biblioteca de scripts de doenças tem sido o objetivo da formação médica desde muito antes do surgimento dessa nomenclatura. Quando eu era estudante de medicina e depois residente, durante a década de 1990, ouvíamos de médicos mais velhos que o único leito que nada poderia nos ensinar era o nosso próprio. É por isso que existem os programas de residência. Quando vemos mais pacientes aprendemos mais medicina e nos tornamos médicos melhores.

Uma das maneiras pelas quais os médicos aprendem a pensar nas doenças, uma das formas como esses scripts são estruturados, é pelo uso do que alguns chamam de "pérolas clínicas" – observações e aforismos que contêm informações breves sobre os pacientes e diagnósticos prováveis.[3] Essa técnica pedagógica remonta aos tempos de Hipócrates, que publicou vários volumes intitulados simplesmente *Aforismos*. Os estudantes de medicina modernos aprendem que Mona – morfina, oxigênio, nitroglicerina e aspirina – é o tratamento inicial do infarto do miocárdio. Fazem exercícios para memorizar a tríade de Charcot – febre, icterícia e dor no quadrante superior direito (a trinca diagnóstica de uma infecção da vesícula biliar que se dissemina para o fígado).

As pérolas clínicas muitas vezes possuem jogos de palavras inteligentes que facilitam sua memorização pelos estudantes. Ao atender um paciente internado com um braço paralisado e um desvio na face, disseram-me: "Um AVC só é um AVC depois de 50 de glicose a 50" – um lembrete de que o baixo teor de açúcar no sangue (que pode ser tratado com 50ml uma solução de glicose a 50%) às vezes causa sintomas que imitam os de um AVC. Quando atendi um paciente, trazido ao pronto-socorro depois de ser achado jogado na neve, cujos batimentos cardíacos e pressão arterial eram impossíveis de detectar, ensinaram-me: "Um homem não está morto até estar aquecido e morto." Ou seja, em condições de extrema hipotermia (baixa temperatura corporal), os sinais vitais podem ser indetectáveis até que se eleve a temperatura do corpo a uma faixa próxima do normal. De fato, esse paciente se recuperou inteiramente. Essas pérolas são pequenos fragmentos do script da doença, partes que ajudam os médicos a ligar um paciente a um diagnóstico.

Os médicos criam histórias sobre os pacientes organizadas sob a forma de scripts como esses. Usando um relato que reduza as características do paciente, seus sintomas, exame físico e resultados de exames ao mais essencial e generalizado, o médico tenta associar essa história a um script para fechar o diagnóstico, ou ao menos para montar um diagnóstico diferencial. Uma história bem-construída pode até ajudar um médico que nunca tenha visto o paciente a

encontrar o diagnóstico correto.

TAMARA REARDON ESTÁ VIVA HOJE porque um médico – não o *seu* médico – conseguiu fechar um diagnóstico com base numa descrição de sua doença que cabia em uma linha. Tamara tinha 44 anos, era mãe de quatro filhos e saudável, até que um dia, no início da primavera, acordou com a garganta inflamada e febre. Tomou um Advil, levou as crianças à escola e voltou para a cama. Ainda estava deitada quando as crianças chegaram, de tarde. Tamara tentou despertar o suficiente para colocar os filhos para fazer os deveres escolares, e depois voltou para a cama. Seu corpo todo doía; ela alternava entre calafrios que a enchiam de tremores e a obrigavam a ficar debaixo de seis cobertores e ondas de calor que a deixavam encharcada de suor. Seu marido fez o jantar naquela noite, mas ela não conseguiu comer. No dia seguinte, mal pôde se arrastar para sair da cama e ir ao seu médico. Tamara ainda tinha febre, a garganta em brasa e agora um novo sintoma: sua mandíbula doía, principalmente à direita, a tal ponto que falar e comer eram atividades aflitivas. Quando o médico lhe pediu que abrisse a boca para examinar a garganta, a dor foi tanta que Tamara chorou.

O diagnóstico do médico foi amigdalite. Provavelmente bacteriana, por estreptococos. Um surto da doença havia rondado a vizinhança poucas semanas antes, por isso o médico nem pediu uma cultura da garganta – exame para detectar o crescimento de bactérias. Ele simplesmente mandou Tamara para casa com a prescrição de um antibiótico chamado Klaricid. Depois de alguns dias de antibiótico, ela começou a se sentir melhor. A febre baixou e a garganta doía menos, mas ela notou então um calombo no pescoço que a deixou preocupada. Tamara voltou ao médico, que examinou sua garganta. Desta vez foi bem mais fácil – a mandíbula não doía mais. As amígdalas pareciam bem – não estavam mais inchadas, e o vermelho intenso desaparecera. Porém, no fundo da garganta, o médico viu placas brancas que não estavam ali antes. E o pescoço de Tamara estava inchado e dolorido do lado direito. O médico achou que a tumefação devia ser um linfonodo (gânglio linfático) ainda inflamado pela infecção recente, mas ficou um pouco intrigado com as placas brancas. Receitou prednisona – um corticoide – por uma semana a fim de reduzir a inflamação, que ainda causava desconforto. E encaminhou Tamara a um otorrinolaringologista para examinar aquelas placas brancas.

Os corticoides diminuíram o inchaço no pescoço quase imediatamente. E a fadiga e a sensação dolorida que Tamara sentia desde o início da doença começaram a abrandar. O que quer que fosse, já tinha passado.

Um dia depois da última dose de prednisona, Tamara acordou com febre. O inchaço no pescoço voltara – estava ainda pior que antes de tomar o corticoide.

Ela mal conseguia abrir a boca. Não podia mexer o pescoço. Tinha uma consulta com o otorrino no dia seguinte, mas estava mal demais para esperar. Seu marido a levou ao pronto-socorro e, depois de esperar algumas horas, Tamara recebeu Algifene (um analgésico) e foi aconselhada a se consultar com o otorrino no dia seguinte.

Tamara compareceu à consulta, mas o médico também não tinha certeza do que estava acontecendo. Ela tinha febre, e seu pescoço estava inchado e avermelhado, do lado direito. Parecia grande demais para ser apenas um linfonodo aumentado. O médico temeu que Tamara tivesse um abscesso oculto nas amígdalas. As placas brancas com as quais o outro médico se preocupara haviam desaparecido. O otorrino examinou a garganta de Tamara usando uma câmara diminuta embutida na ponta de um tubo fino. Não conseguiu encontrar nenhum sinal de abscesso, por isso lhe receitou mais alguns dias do corticoide e outro antibiótico. E pediu uma TC do pescoço.

Naquela noite, o otorrino foi a uma reunião de sua sociedade médica local. Encontrou um velho amigo, o dr. Michael Simms, especialista em doenças infecciosas. Enquanto caminhavam em direção a seus lugares, o otorrino pensava naquele caso intrigante. “Ei, Mike, quero ouvir sua opinião. Estou com uma mulher de 44 anos com história de amigdalite, que agora está com febre, dor na mandíbula e inchaço no lado direito do pescoço. Pedi uma TC e não tem abscesso, só um trombo na veia jugular. Você sabe o que é isto?” Simms olhou para o amigo. Checou os fatos que o otorrino acabava de relatar: “Ela teve um caso recente de amigdalite, e agora tem febre, dor no lado direito do pescoço e um trombo na veia jugular?”. O otorrino fez que sim. “Acho que ela tem doença de Lemierre”, respondeu Simms de imediato.

O dr. André Lemierre, um médico parisiense, descreveu pela primeira vez essa doença em 1936.[4] Ela é rara, encontrada principalmente em adolescentes e adultos jovens. Lemierre descreveu vários casos da doença, que começa com febre e amigdalite e progride para dor e inchaço no pescoço à medida que a infecção migra para a veia jugular. Uma vez ali, as bactérias induzem a formação de coágulos (trombos), que inundam então o resto do corpo com pedacinhos mínimos de tecido infectado.

Antes da descoberta da penicilina, a doença quase sempre era fatal. O uso generalizado de penicilina para tratar todos os casos mais graves de inflamação na garganta durante as décadas de 1960 e 1970 fez com que praticamente desaparecesse. Nos últimos 20 anos, porém, a doença de Lemierre tem ensaiado um retorno – consequência indesejada do uso mais cuidadoso de antibióticos e do surgimento de novas drogas (como o Klaricid prescrito a Tamara), que são mais fáceis de tomar, mas muito menos eficazes que a penicilina contra essa

infecção potencialmente letal.

Simms examinou Tamara no dia seguinte. Depois que começou a tomar os medicamentos, ela se sentira muito melhor – praticamente curada –, por isso se surpreendeu quando o médico lhe recomendou que voltasse ao hospital naquele mesmo dia. Ela voltou, e bem a tempo. A infecção já havia chegado aos pulmões. A doença teve um desenrolar complicado, e Tamara acabou passando quase dois meses no hospital – mas sobreviveu.

Com apenas duas frases e um punhado de informações sobre o caso, Michael Simms conseguiu diagnosticar a doença de uma mulher que ele nunca vira, uma paciente cujo diagnóstico já havia passado em branco por dois clínicos gerais e um especialista em doenças da cabeça e do pescoço. Tal é o poder dessas pequenas histórias.

O conhecimento anterior teve um papel importante nesse caso. Simms conseguiu fechar o diagnóstico porque conhecia a enfermidade. É uma doença rara, portanto era provável que o médico de Tamara e o plantonista do pronto-socorro jamais tivessem ouvido falar dela. Mas o otorrino a conhecia. Quando Simms mencionou a síndrome de Lemierre, ele a reconheceu. Porém, de alguma forma, não conseguira ligar o conhecimento sobre a doença com sua apresentação clínica clássica. Por algum motivo não criara uma história ou um script para essa entidade. É possível que jamais a houvesse visto antes. Duvido que esse diagnóstico lhe escape outra vez.

Os médicos fazem acréscimos constantes ao número e à variedade dos scripts de doenças que trazem na cabeça. Cada paciente contribui nesse processo. Aulas podem fazer o mesmo. A maior parte dos palestrantes começa com uma história clínica clássica antes de apresentar sua pesquisa sobre uma doença ou tema. As revistas médicas muitas vezes apresentam casos difíceis. Como os desafios apresentados a Faith, eles permitem que os médicos conheçam uma doença em particular e aprendam a construir uma história que lhes ajude a ligar o paciente ao diagnóstico.[5]

ESSAS HISTÓRIAS SIMPLIFICADAS, apesar de úteis para o processo diagnóstico, têm pouca semelhança com os relatos que um paciente faz para o médico. Os médicos despojam a história de seus traços pessoais e específicos para criar sua versão própria, e, nisso, nem sempre se lembram de que o fazem com o intuito de auxiliar a pessoa deitada ali no leito. Essa pessoa é mais que sua doença, embora isso às vezes pareça estar esquecido. Quando os médicos confundem a história que criaram sobre a doença do paciente com o paciente em si, isso contribui para a sensação de que a medicina é fria, insensível e indiferente ao sofrimento das pessoas – o oposto do que deveria ser.

A dra. Nancy Angoff é diretora da graduação da Faculdade de Medicina de Yale. Ela zela pelos 100 alunos de cada turma ao longo do caminho que os leva de estudantes a médicos. Para Nancy, a educação médica faz com que o estudante passe tempo demais preocupado com a doença e tempo de menos com o paciente. Isso a preocupa. Ela estremece quando ouve um aluno se referir a um paciente por sua doença e número do leito, ou quando a discussão sobre um diagnóstico interessante passa ao largo das consequências potencialmente trágicas para a pessoa que recebeu o diagnóstico. Nancy teme que esses futuros médicos, ao se formarem, não saibam mais falar com o paciente, escutá-lo, ter sentimentos por ele. Há muitos anos ela teme que, no entusiasmo por dominar a linguagem e a cultura da medicina, os estudantes percam a empatia que, em última análise, os levou àquela faculdade.

Quando Nancy se tornou diretora, decidiu descobrir se poderia fazer algo para impedir essa transformação. E queria fazê-lo desde o início, no primeiríssimo dia de aula. “Os alunos chegam aqui e ficam muito empolgados com a medicina. Querem ajudar o paciente enfermo, e a medicina é a ferramenta que possibilita isso. É por esse motivo que estão aqui. Mas as faculdades de medicina não ensinam sobre o paciente, ensinam sobre a doença. Eu queria enfatizar o paciente de imediato, desde o primeiro dia.”

Como parte desse trabalho, Nancy organizou o primeiro dia na Faculdade de Medicina de Yale de modo a tentar “vacinar” os estudantes contra o foco na doença e a despersonalização do paciente, que são aspectos já bem estabelecidos da educação médica atual. Para isso, ela se concentra na diferença entre a história do paciente e a história que os médicos criam a partir dela.

Assim, numa agradável manhã de setembro, voltei para a sala de aula onde havia passado boa parte dos meus dois primeiros anos como estudante de medicina para ver o que uma nova geração de alunos aprende sobre as histórias que ouvimos e contamos como médicos.

Quando Nancy Angoff, uma mulher pequena e delgada de cinquenta e poucos anos, subiu ao palco, o falatório nervoso dos alunos recém-chegados morreu rapidamente. Ela disse algumas palavras de boas-vindas e então descreveu a programação da manhã. Iríamos ouvir duas versões da história do paciente, primeiro a versão contada pelo paciente, depois como poderia ter sido escrita por um médico que cuidasse do doente no hospital.

As histórias seriam representadas pela dra. Alita Anderson. Alita é uma jovem negra de pouco mais de 30 anos. Depois de se formar na Faculdade de Medicina de Yale (na turma de 2000), Passou um ano entrevistando pacientes sobre suas experiências nos serviços de saúde.[6] Todos os entrevistados eram afro-americanos, a maioria pobre; muitos também tinham um baixo grau de instrução.

Todos já haviam tido diversos contatos com um sistema médico que só às vezes respondia às suas necessidades. Hoje ela viaja pelo país encenando as histórias que reuniu com essa população tantas vezes negligenciada.

Alita abraçou Nancy e caminhou lentamente pelo palco. Começou cantando uma música lenta e triste com sua voz de contralto rouca. Não consegui entender muito bem a letra e não reconheci a música, mas soava como um *spiritual*.

Acomodou-se numa cadeira solitária no palco e terminou a canção. Sentou-se quieta por um momento e então falou com uma voz profunda, com sotaque sulista, "Em junho de 1967, fui ao Vietnã. Eu era da Iª Divisão de Infantaria. Na minha primeira noite ali, me mandaram para uma emboscada." Alita não tinha nenhum material de apoio, nem figurino, mas sua voz e expressões a transformaram num homem negro de meia-idade que nunca se recuperara dos campos de batalha e dos bares em que vivera por um ano durante a Guerra do Vietnã. Ela retratou um homem claramente destruído por doses quase letais de estresse pós-traumático, drogas e bebida. Foi uma performance cativante.

Ainda falando como esse senhor triste, Alita descreveu um episódio particularmente difícil de sua vida. "Eu andara bebendo. Aquela noite eu estava fazendo muito barulho, estava muito agressivo, e a minha irmã, que deve ser a pessoa mais próxima de mim, foi embora falando que não queria mais saber de andar comigo. Depois disso, eu saí para o latão de lixo, joguei a garrafa naquele latão e falei que nunca mais ia beber. Eu tentei parar sozinho, mas, na manhã seguinte, quando o mercado abriu, eu estava lá, comprando outra garrafa. Muitas vezes, as pessoas… elas querem sair dessa, mas não têm controle. É isso o que as correntes do demônio fazem com a gente, usando o álcool e as drogas."

Ao terminar esse monólogo, Alita cantou uma reprise da música triste com que havia começado. Enquanto cantava, uma imagem aparecia na tela atrás dela. A dra. Anderson adotou então, com perfeita naturalidade, uma voz profissional, com dicção clara e desprovida de qualquer sotaque; pôs-se a ler a recriação de um registro de internação que poderia corresponder a qualquer uma das muitas internações daquele homem.

"Queixa principal – paciente masculino, afro-americano, de 34 anos, trazido pela polícia; overdose. História da doença atual: o paciente foi encontrado desacordado e trazido ao PS. Foi entubado antes da chegada ao hospital para proteger as vias aéreas, pois o encontraram com convulsões que cursaram com depressão respiratória. No PS, o paciente respondia minimamente à dor. Segundo a polícia, tinha três gramas de cocaína no bolso. Foi identificado pela carteira de motorista como o sr. R. Johnson, cujo prontuário indica múltiplas internações prévias por overdose de entorpecentes."

Os estudantes ficaram sentados num silêncio absorto durante toda a

apresentação, que durou uma hora. O contraste entre a vida rica e minuciosa retratada pela jovem médica e a linguagem concisa e fria com a qual ela apresentava o registro de internação imaginário, porém realista, não poderia ter sido mais forte. Depois, os alunos se sentaram em grupos pequenos para discutir o evento da manhã. Ficaram tocados com a história do paciente e horrorizados com sua tradução para a linguagem indiferente e impessoal da medicina.

Nancy Angoff enxerga essa situação como uma oportunidade de demonstrar o que os pacientes veem o tempo todo: a linguagem e o processo frio e despersonalizante da medicina. “Quero lembrar os nossos alunos de que existe uma pessoa real ali.” Os estudantes se apaixonam pelo que um relato médico é capaz de fazer, pelo que a medicina é capaz de fazer, conta-me Nancy. A apresentação daquela manhã está ali para lembrar os estudantes daquilo que a história do paciente pode nos trazer e para que entendam como o paciente pode ver essa paixão que eles sentem pela medicina.

No final da manhã, Nancy dirigiu mais algumas palavras aos alunos, resumindo o que ela esperava que houvessem aprendido. “Vocês estão começando uma jornada por essa ponte, essa educação, e, nesse momento, estão no mesmo lado que seus pacientes. Quando se virem a meio caminho por sobre a ponte, vão perceber que estão mudando, e que a linguagem que o paciente tinha e vocês também está sendo substituída por outra, a linguagem da medicina. A história pessoal do paciente vai sendo substituída pela história clínica. E então vocês se verão do outro lado da ponte – farão parte da cultura médica. Quando chegarem ali, quero que se atenham a cada mínima porção das pessoas que foram anteriormente, das pessoas que são agora. Quero que se lembrem desses pacientes.”

PARTE II

Toque

3. Uma arte em extinção

EIS UMA HISTÓRIA QUE LI HÁ NÃO MUITO TEMPO NO *New England Journal of Medicine*: um homem de cinquenta e poucos anos entra no pronto-socorro com uma dor lancinante no peito. Um estudante de medicina é orientado a verificar a pressão arterial nos dois braços do homem. Ele checa o braço mais próximo e comunica a pressão em voz alta. Passa ao outro lado do paciente, mas não consegue detectar a pressão. Temendo que isso se deva à inexperiência, e não seja, portanto, um verdadeiro achado físico, o estudante nada diz. Ninguém nota. Durante a noite, o paciente é levado às pressas para o centro cirúrgico a fim de operar uma ruptura na aorta, o vaso sanguíneo que transporta o sangue do coração para o resto do corpo. O paciente morre na mesa de cirurgia.[1]

Uma diferença de pressão arterial entre os dois braços ou a perda de pressão em um deles, é um forte indício desse tipo de ruptura, conhecido como aneurisma dissecante da aorta. Como o estudante não falou da impossibilidade de verificar a pressão arterial num dos lados do corpo do paciente, o sinal não pôde ser descoberto.

EIS OUTRA HISTÓRIA – esta me foi contada por uma colega.

Uma mulher de meia-idade é internada com febre e falta de ar. Uma semana antes começara a ser tratada de pneumonia. No hospital, passa a receber antibióticos intravenosos potentes. No dia seguinte, queixa-se de dor nas costas e fraqueza nas pernas. A mulher tem um histórico de dor lombar crônica, e os médicos lhe receitam analgésicos. Não a examinam. Quando a febre sobe de repente e a contagem de leucócitos vai às alturas, a equipe pede uma TC de tórax, em busca de algo nos pulmões que possa explicar a piora da infecção. Em vez disso, descobrem que ela tem um abscesso na medula espinhal. A mulher é levada às pressas para a cirurgia.

Se os médicos da equipe a houvessem examinado, teriam descoberto uma perda de sensibilidade e reflexos que os alertaria sobre a lesão na medula.

A HISTÓRIA A SEGUIR foi contada há pouco tempo na Grand Rounds, uma

conhecida palestra para médicos realizada semanalmente em Yale.

Um homem sofre um infarto e é levado às pressas para o hospital, onde a artéria coronária bloqueada é reaberta. Na UTI, sua pressão arterial começa a cair; ele se queixa de frio e enjoo. Os médicos indicam a aplicação de soro intravenoso para elevar a pressão, que está perigosamente baixa. Não o examinam. Várias horas depois, como a pressão continua a cair, a cardiologista é chamada e volta correndo ao hospital. Quando o examina, vê que o coração do homem bate depressa, mas é quase inaudível. As veias do pescoço estão distendidas e pulsam. Ela imediatamente reconhece esses sinais como indicações de que o homem sofreu um sangramento no saco que recobre o coração – uma condição chamada tamponamento cardíaco. É uma complicação bem conhecida, decorrente do que ela fizera poucas horas antes. A médica o encaminha em seguida para o centro cirúrgico e inicia a drenagem de sangue, que, àquela altura já preenche todo o saco, impedindo o coração de bater. Apesar de seus esforços, o homem morre na mesa de operação. Se os médicos da UTI houvessem examinado o paciente em vez de darem atenção somente aos monitores que checavam seus sinais vitais, teriam diagnosticado essa complicação potencialmente reversível.

ESSE É OUTRO TIPO DE HISTÓRIA que os médicos contam uns aos outros nos corredores e escadarias de hospitais – são casos que servem como alertas, retirados das páginas das melhores revistas científicas, apresentados na Grand Rounds semanal ou nas Conferências sobre Morbidade e Mortalidade, em que tradicionalmente se discutem erros médicos. São histórias trágicas de pacientes que pioram e às vezes morrem porque os médicos negligenciaram ou ignoraram pistas que poderiam – e deveriam – ter sido notadas num simples exame físico. Repetimos esses casos uns para os outros como lições aprendidas – funcionam como preces ou talismãs. Em geral os contamos com solidariedade, pois tememos que qualquer um de nós pudesse ser aquele médico, aquele residente, aquele estudante de medicina.

Esses casos revelam uma verdade que a maioria dos médicos já aceitou: o exame físico – que um dia foi nossa ferramenta mais valiosa para entendermos e diagnosticarmos um paciente enfermo – está morto.

Não foi uma morte súbita nem imprevista. A morte do exame físico vem sendo discutida regular e detalhadamente, tem sido documentada nos corredores e auditórios de hospitais e nas páginas de revistas médicas há mais de 20 anos. Editoriais e ensaios lançaram perguntas anteriormente impensáveis, por exemplo: “Diagnóstico físico na década de 1990: arte ou artefato?”, ou “A medicina superou o diagnóstico físico?” e “Os médicos devem examinar os

pacientes?”. Finalmente, em 2006, o anúncio dessa morte há muito prevista foi feito nas páginas do *New England Journal of Medicine*. Em “O ocaso do exame físico”, Sandeep Jauhar conta a história daquele estudante de medicina inexperiente – ele mesmo – que não conseguiu encontrar a pressão arterial no braço de um homem com dor torácica e dissecção aórtica, que acabou morrendo por causa disso. Esta é a cativante história de abertura de um obituário – não o do paciente, mas dessa parte do trabalho médico tão valorizada no passado.

O exame físico já foi um dia a peça central do diagnóstico. A história do paciente e uma avaliação física cuidadosa de hábito sugeriam um diagnóstico, e então os exames complementares, quando disponíveis, poderiam ser usados para confirmar o laudo. Hoje, quando confrontados com um paciente enfermo, os médicos muitas vezes pulam de todo o exame físico; preferem mandar logo o paciente para o diagnóstico por imagem ou para o laboratório, onde poderão pedir uma batelada de exames em busca de algo que poderiam ter encontrado com maior rapidez se ao menos houvessem procurado. Às vezes tentam fazer um exame físico superficial, mas sem grandes expectativas, pois na verdade aguardam ansiosos os resultados de um exame que, com sorte, lhes mostrará o diagnóstico.

Muitos médicos e pesquisadores se preocupam com essa mudança. Eles se queixam do uso excessivo de exames de alta tecnologia e condenam o declínio da aptidão necessária à realização de um exame físico eficaz. Mas, apesar dessa inquietude, médicos e até pacientes preferem cada vez mais aquilo que enxergam como a segurança da alta tecnologia, em detrimento do exame mais simplório e manual realizado pelo médico.

Medindo a perda de aptidão

No início da década de 1990, Salvatore Mangione, médico e pesquisador do Centro Médico da Universidade Thomas Jefferson, na Filadélfia, decidiu estudar a aptidão dos médicos para reconhecer e interpretar achados comuns de um componente fundamental do exame físico: o exame do coração. Ele testou 250 estudantes de medicina, residentes e pós-graduandos em cardiologia de nove programas diferentes de formação. A pesquisa era bastante direta: estudantes e médicos tinham uma hora para escutar 12 sons cardíacos comuns e importantes e responder a perguntas sobre o que estavam ouvindo.

Os resultados foram chocantes e controversos. A maioria dos estudantes só conseguiu identificar corretamente dois entre os 12 sons. Apenas meia dúzia reconheceu os outros dez. De modo surpreendente, os residentes não se saíram melhor. Apesar dos anos adicionais de experiência e treinamento, só

conseguiram acertar os mesmos dois exemplos. O mais perturbador de tudo, porém, talvez tenha sido que a maior parte dos médicos que estavam realizando um programa de especialização pós-residência em cardiologia foi incapaz de identificar seis dos 12 sons.[2]

Num teste semelhante com sons pulmonares, Mangione descobriu outra vez que os estudantes e residentes não conseguiam identificar muitos dos sons corporais mais comuns e importantes. Se fosse uma prova, todos os participantes, a não ser alguns poucos, teriam sido sumariamente reprovados.[3]

Nos anos que se passaram desde que Mangione publicou seus primeiros resultados, editoriais e palestras têm lamentado essa perda de aptidão e alertado que, caso não se tomem medidas para remediar o problema, vamos acabar com professores que sabem tanto quanto seus alunos – seria como um cego guiando outro. Um estudo recente sugere que esse dia já chegou. Jasminka Vukanovic-Criley, médica da Universidade de Stanford, comparou a habilidade de médicos atuantes com a de estudantes de medicina e residentes na realização do exame cardíaco. Os estudantes do primeiro ano responderam corretamente a mais da metade das perguntas. Os alunos que estavam prestes a se formar foram um pouco melhor – responderam acertadamente quase 60% das perguntas. No entanto, depois da formatura, não houve qualquer mudança. Os residentes, os médicos que os instruíam e os médicos do resto da comunidade não se saíram melhor que os estudantes de medicina no final do curso.[4]

Como chegamos a essa situação? Como é possível que gerações de médicos consigam passar pela residência, e às vezes por uma formação ainda mais especializada, sem aprimorar sua habilidade na realização do exame físico? Mangione investigou os currículos dos programas de formação médica e verificou que somente um quarto deles ensinava as técnicas básicas do exame físico de maneira estruturada. Eram poucos os casos nos quais o exame físico executado pelos estudantes era observado e comentado de forma rotineira. Os médicos talvez não estejam adquirindo essas habilidades, sugere Mangione, porque os programas não as incluem.[5]

Historicamente, poucos programas de residência e pós-graduação ensinaram essas técnicas de maneira explícita, como um curso específico, porque esse tipo de aprendizado ocorre de maneira informal, no decorrer do dia, durante o atendimento aos pacientes. Havia uma época em que o “residente” de fato, morava no hospital, era literalmente um residente, e assim podia adquirir habilidades por meio da imersão total, como um método Berlitz de aprendizado do idioma do corpo. Parte da imersão total consistia em adquirir as técnicas de exame físico com os médicos mais velhos, observando os profissionais no trabalho, de uma enfermaria à outra.

Depois de cada plantão, os médicos-professores examinavam os novos pacientes ao lado de residente, internos e estudantes. Juntos, eles reviam a apresentação inicial dos sintomas do paciente e então o examinavam, repassando os achados físicos importantes que a equipe houvesse (ou não) notado. Além disso, três vezes por semana, o médico responsável se reunia com os residentes e estudantes para uma sessão de aprendizado de 90 minutos. Durante essas aulas, esperava-se que os presentes incorporassem ensinamentos sobre as nuances do exame físico – à beira do leito, com o paciente.

Essas sessões de ensino desestruturadas e informais, baseadas na patologia dos pacientes, eram o principal método de aprendizado do exame físico e de outros aspectos do atendimento clínico.

Várias tendências, sem nenhuma relação com a educação, minaram essas tradições. Em primeiro lugar, o custo crescente das internações tem gerado iniciativas em prol da redução do tempo que os pacientes passam no hospital. Os pacientes com sopros cardíacos, cujos casos são bons para o aprendizado, entram e saem do hospital em poucos dias. Em 1980, a duração média de uma internação nos hospitais dos Estados Unidos era de mais de uma semana.[6] Em 2004, esse tempo tinha caído para apenas três dias. Portanto, existem menos possibilidades de aprendizado à beira do leito – um triunfo da economia médica cujos efeitos nocivos sobre a educação só foram reconhecidos tardiamente. Os pacientes passam voando pelo hospital, depressa demais para que os residentes possam aprender examinando-os.

Hoje, os residentes que cuidam dos pacientes também entram e saem voando do hospital. A carga de trabalho máxima de 80 horas semanais estabelecida em 2004 pelo Conselho de Credenciamento da Educação Médica de Pós-graduação (ACGME, na sigla em inglês), a entidade que supervisiona a educação médica nos Estados Unidos, faz com que os médicos em formação só passem um tempo limitado no hospital. Uma semana de 80 horas pode parecer longa, mas são muitas as atividades a preenchê-la; a quantidade de trabalho não diminuiu, somente o tempo disponível para executá-lo. Isso em geral obriga os residentes a passar menos tempo com seus pacientes. Num estudo recente, realizado na Universidade de Yale, descobriu-se que os residentes de primeiro ano passavam menos de dez minutos por dia ao lado de cada um de seus pacientes.[7]

No primeiro ano de residência, eu costumava reservar duas horas para ver meus pacientes logo no início da manhã, antes das sessões em que apresentava os casos ao residente mais velho e ao médico chefe de equipe, ao percorrermos as enfermarias. Isso me dava bastante tempo para conversar com o doente, examiná-lo, checar os exames laboratoriais. Com a carga horária de 80 horas semanais, os residentes do nosso programa não têm permissão para entrar no

hospital até uma hora antes dessas sessões. Tendo em vista a exigência dupla de atender o paciente e aprender – que são, afinal, o propósito da residência –, um dos dois lados teria de pagar a conta. Infelizmente, o problema recaiu sobre o tempo que os médicos passam com o paciente.

Nossas conquistas na medicina também cobraram seu preço. Muitas doenças são identificadas precocemente, antes que as consequências mais graves se manifestem. Na década de 1990, quando fiz minha formação, fui exposta a muito menos sopros e outros sons cardíacos que as gerações anteriores de médicos. Antes, a doença cardíaca reumática era algo trivial. Nesse mal, uma infecção da garganta ou da pele por estreptococos pode fazer com que o sistema imune ataque o coração, destruindo suas válvulas. A ligação inesperada entre essa infecção dolorosa, mas sem risco de vida, e a destruição potencialmente letal das válvulas do coração foi descoberta no início do século XX. Hoje, os médicos verificam rotineiramente a presença de estreptococos quando os pacientes se apresentam com febre e dor de garganta. Os que apresentam exames positivos são tratados com um antibiótico. O remédio não faz muito para encurtar a doença nem reduzir a dor da infecção, mas previne a manifestação da doença cardíaca reumática.

Esta tem sido uma estratégia muito bem-sucedida. A febre reumática era uma das doenças mais comuns nos Estados Unidos na década de 1940. Em 1950, cerca de 15 mil pessoas morreram por doença cardíaca reumática; em 2004, esse número havia caído para pouco mais de 3.200.[8] É uma redução drástica, mas não eliminamos a doença, por isso os médicos devem reconhecê-la quando a virem. Ocorre que agora temos muito menos pacientes com os quais aprender os sintomas – consequência inesperada da boa medicina.

Hoje, muitas outras doenças são tratadas precocemente, muito antes que as pessoas sequer precisem ir ao hospital. Trata-se de um grande êxito da medicina e uma bênção para os pacientes, mas é um problema para a educação fundamentada em encontros fortuitos com o paciente no hospital. O velho sistema de educação informal, baseado no aprendizado à beira do leito, não funciona mais. E a educação médica tem demorado para encontrar maneiras alternativas de ensinar as habilidades críticas de que o médico precisa para realizar um exame físico completo.

Essa ausência de aptidão resultou numa perda de fé quanto às possibilidades do exame físico. Na medicina, diz-se oficialmente que o exame físico é importante. Mas logo se aprende no “currículo oculto” – os valores e crenças da medicina na prática – que o exame físico é, em suma, uma perda de tempo. Quando fazemos o percurso das enfermarias no hospital, como estudantes ou residentes, talvez possamos descrever, orgulhosos, um sopro que descobrimos ao

exame, mas não levaremos muito para perceber que as pessoas só dão importância mesmo ao laudo do “eco” (abreviatura do ecocardiograma, uma ultrassonografia do coração). E, como o exame físico não é valorizado, logo aprendemos a não lhe dar atenção, o que faz com que todo o aprendizado seja interrompido – substituído pelo tipo de conhecimento que, como sabemos, as pessoas no comando *efetivamente* irão valorizar. Qual o resultado do último exame de alta tecnologia? Qual a linha de pesquisa mais atual sobre uma terapia em particular? Essas são as perguntas que os médicos estão aprendendo a fazer – e não perguntas mais tradicionais como: “O que você viu quando olhou para o paciente? O que palpou? O que escutou?”

Tais alterações estruturais na medicina moderna – em que os médicos e seus pacientes entram e saem voando do hospital com um conjunto sempre variável de doenças – se expressam, na prática, nesse currículo oculto. Mas desconfio que exista mais uma razão para que o exame físico tenha perdido sua posição central na avaliação do paciente. Ao contrário dos resultados modernos e instigantes supridos pela tecnologia, ele parece primitivo, íntimo – invasivo, até. Mesmo quando o paciente se mostra disponível e receptivo, a realização do exame é psicologicamente intimidante para o médico. Essa é uma lição que aprendi bastante cedo na minha educação médica.

Palpável

“Você quer sentir o meu câncer enquanto ele ainda está aqui?”, perguntou-me Joan numa tarde fria, enquanto tomávamos café na cozinha. “Você vai ser médica. Não deveria saber como é a consistência de um câncer de mama?”

Meu marido e eu visitávamos a irmã mais velha dele, num fim de semana de fevereiro, em 1993. Estávamos nas férias de primavera na Faculdade de Medicina de Yale, onde eu cursava o primeiro ano. Na semana anterior, Joan havia feito uma mamografia de rotina. Enquanto ela se vestia, depois do exame, a radiologista, uma velha amiga, irrompeu no quarto. “Ela olhou para mim, e eu soube que tinha alguma coisa errada”, contou-me Joan.

A radiologista conseguiu-lhe uma consulta com um oncologista, que, por sua vez, mandou-a a um cirurgião para fazer uma biópsia. Nossa visita a pegou antes que ela soubesse os resultados desse exame, mas, àquela altura, Joan já havia aceitado o provável diagnóstico.

Ela suspirou e prendeu um cacho loiro rebelde atrás da orelha. “Não vai ser útil para você saber o que tem de procurar? Não vai?”, insistiu. Depois da biópsia por punção, ela havia localizado o nódulo pequenino que mudaria sua vida e pegou-se tocando nele várias vezes por dia, como quando não

conseguimos parar de cutucar um machucado dolorido ou de rever mentalmente uma conversa difícil – obedecendo a uma necessidade de recordar de onde vem a dor.

Eu não soube o que dizer. Não fazia ideia de como seria palpar um câncer de mama, e ela estava certa – para mim, seria útil aprender. Eu estava extremamente curiosa.

Mas soube de cara que não ia poder fazer aquilo. Tocar o seio de minha cunhada era algo inconcebível. Joanie conseguiu me imaginar como médica – um grupo que tem permissão para ignorar as zonas tradicionais de privacidade, quando necessário. Mas esse era um papel que eu ainda não estava disposta a assumir. Naquele momento da minha educação, eu ainda não havia examinado ninguém. Até aquela hora, eu não tinha realmente vislumbrado o quanto seria estranho e antinatural violar a zona de privacidade que cada pessoa possui. Não consegui tocar minha cunhada. Na verdade, não soube ao certo se algum dia seria capaz de tocar qualquer outra pessoa.

O ato de pôr a mão sobre o corpo de outra pessoa é, em muitos sentidos, a marca registrada do médico. E, ainda assim, apesar de simples, trata-se de um ato repleto de complicações. Quem são as pessoas que tocamos durante a vida? Nossos amantes, sem dúvida; nossos filhos, claro. Ou, eventualmente, nossos pais. Mais ninguém. Não estou contando o abraço e o beijo de cumprimento, a mão no ombro, o tapa nas costas. Estes toques são uma forma de comunicação – transmitem camaradagem, afeição, apoio e preocupação. É um contato físico que pertence às nossas expectativas de interação social. Por convenção, trata-se de um contato rápido e, na prática, discreto. Um abraço ou toque que dure um pouco além da conta ou seja um pouco próximo demais faz soar alarmes, porque compreendemos as regras da conduta social.

Na medicina, à beira do leito, na mesa de exame, tocamos as pessoas com o intuito de cuidar delas – mas é uma forma diferente de toque e um tipo diferente de cuidado. A medicina requer intimidade, mas é uma intimidade caracterizada pela distância intelectual e emocional. Não esperamos que nossos amigos e pessoas amadas nos avaliem com um olhar conhecedor e imparcial. Permitimos que eles ocupem um espaço íntimo, tanto física quanto emocionalmente, porque sabemos que eles nos enxergam através de um filtro de amor.

A intimidade do exame físico está muito distante da que ocorre entre amigos e familiares. No exame físico, esse filtro desaparece. Médico e paciente muitas vezes são estranhos. A situação pode ser desconfortável – para o paciente e muitas vezes também para o médico. Além disso, no âmago dessa intimidade por vezes desconfortável, existe uma relação de confiança, uma barganha implícita: o paciente deixa que o médico o veja e toque, e, em troca, o médico oferece seu

conhecimento em benefício do paciente. Quando Joan teve câncer, eu sabia que ainda não estava pronta para honrar a minha parte do acordo. Eu nada tinha a oferecer: sabia bastante anatomia, um pouco de biologia celular, um bocado de genética, mas nada de medicina. Não naquele momento.

Além disso, eu não sabia como executar o exame. Não fora ensinada. Aquilo era algo que iria aprender no segundo ano de faculdade. O mais importante, contudo, era que eu talvez ainda não tivesse aprendido a ocupar esse espaço permitido entre a intimidade física e a distância intelectual, elemento básico para podermos tocar alguém como médicos. Esse aprendizado não consta do currículo ofical; nem tínhamos aulas sobre isso (ao menos na minha faculdade), e ainda assim, não podemos ser médicos se não soubermos lidar com esse território profundamente pessoal. A medicina – até o ponto em que pode ser chamada de ciência – é uma ciência sensual, na qual coletamos dados sobre um paciente por meio do toque e dos demais sentidos, seguindo um método sistemático que nos permite fazer o diagnóstico. A maioria dos pacientes está disposta a ser tocada pelo médico. Eles esperam que isso ocorra. Eu sem dúvida esperava tocar pacientes. Mas, como percebi naquela tarde, na cozinha de minha cunhada, primeiro teria de aprender a fazer isso.

NA FACULDADE DE MEDICINA, desde as aulas de anatomia, os médicos são ensinados a compreender o corpo desmembrando-o, uma parte de cada vez. O que ganhamos com isso é, no mínimo, a capacidade obscura de objetificar compulsivamente até as porções mais íntimas do corpo. Para qualquer outra pessoa isso pode parecer desrespeitoso, mas, para os médicos, uma visão clínica e objetiva, digamos, do seio de uma mulher nos dá a chance de vê-lo isolado de seus outros contextos – na maior parte das vezes sexuais. Aprendemos a lidar com o seio como um objeto separado.

E, assim, quando examinamos um seio, notamos que a pele suave e a camada macia de gordura por baixo dela cede sob nossos dedos, revelando camadas densas e extremamente organizadas de tecido glandular. Por baixo da pele, preso sob as mãos do investigador, o seio é extremamente ordenado, não se resumindo ao apêndice bastante móvel que parece ser. Aprendi a fazer um exame de mama no meio do segundo ano da faculdade. Uma paciente-instrutora – uma pessoa leiga treinada nas técnicas desse exame – me mostrou, e a outros três alunos que formavam o meu grupo de exame físico, a metodologia usando os próprios seios como modelo para aprendermos.

Quando a aula começou, senti o mesmo desconforto que experimentara na cozinha de Joan. Éramos quatro estudantes de medicina vestidos em jalecos brancos ainda engomados, com crachás brilhantes presos à lapela e estetoscópios

novinhos em folha dobrados nos bolsos, fazendo um grande esforço para parecer à vontade, sentados ali num semicírculo ao redor de uma mulher de meia-idade seminua. A instrutora se sentou confortavelmente na mesa de exame. O avental que usava quando entramos na sala estava abaixado ao redor de sua cintura, revelando o tema daquela aula, as mamas. Tentei relaxar minha expressão – ao menos para parecer à vontade. Eu não sabia muito bem para onde olhar. Puxei um caderno para fazer anotações enquanto ela falava do exame. Pude sentir a tensão que emanava dos alunos ao meu lado. Nenhum de nós disse uma só palavra. Greg, nosso colega nova-iorquino de ideias progressistas, sincero e bem-intencionado, parecia examinar seus sapatos. Lilian, a mais animada da turma, exuberante e efusiva, remexia o cabelo em silêncio. Ninguém fez contato visual com a instrutora, nem uns com os outros. Os quatro lutávamos silenciosamente para encontrar uma forma de lidar com o desconforto. Nessa época, eu já sabia que aquela era uma das habilidades que deveríamos aprender durante a aula.

"Primeiro, a inspeção", disse a instrutora. "As mamas devem ser simétricas." Ela ergueu as mãos sobre a cabeça, e seus peitos também se esticaram para cima. Apoiou então as mãos nos quadris, abrindo bem os cotovelos para distender os músculos do tórax e os seios. "Isso permite que vejamos qualquer anormalidade que afete a forma da mama ou a textura da pele."

Enquanto ela discorria aquela apresentação ordenada, a tensão na sala foi se dissipando. A demonstração feita pela instrutora, desprovida de qualquer emoção, transmitia tranquilidade ante seu papel como paciente e suas expectativas quanto a nós, como médicos. Percebi mais tarde que ela não ensinava apenas os conhecimentos básicos sobre o exame da mama – também demonstrava uma técnica que poderíamos usar em nossas consultas, de modo a tornar mais natural a desconfortável intimidade física entre o médico e o paciente.

"Vou demonstrar como examinar minhas mamas, e depois cada um de vocês vai fazer o mesmo."

Nós quatro nos amontoamos ao redor da mesa, vendo-a deitada com uma mão sobre a cabeça enquanto a outra realizava o exame.

"Comecem pela linha média. Usem as pontas dos dedos. Pressionem os dedos suavemente sobre a mama e façam um círculo. Eu gosto de ancorar os dedos em cada ponto e mover a pele com eles. Assim, eu sei que estou examinando o mesmo ponto. Fazemos isso três vezes em cada região, a cada vez aplicando um pouco mais de pressão, para poder sentir as diferentes estruturas por baixo da pele."

Observamos com interesse enquanto ela repetia o movimento para cima e para

baixo ao longo do seio, em faixas sobrepostas que iam do esterno até a região lateral, e então subiam pela axila.

"Agora tentem vocês."

Quando me aproximei da mesa de exame, senti o desconforto ressurgir. Esfreguei as mãos, subitamente frias, tentando trazer sangue aos meus dedos gelados, e então os apoiei sobre o seio. A pele da instrutora estava quente, e pude sentir a fragrância do sabonete ou desodorante que ela havia usado aquela manhã. O tom ao mesmo tempo profissional e espontâneo dela me manteve concentrada na medicina que estava em jogo ali, e não na zona íntima em que acabávamos de entrar.

"Siga a clavícula até o ponto onde ela encontra o esterno", instruiu. Sua voz era paciente, agradável, completamente relaxada. Movi os dedos, constrangida, num círculo desajeitado, sobre a pele, o osso e a cartilagem. Perto do esterno, uma fina camada de gordura recobre músculos e costelas lisos e firmes. Descendo pelo tórax, a camada de gordura vai ficando mais espessa na região da proeminência externa que reconhecemos como um seio. Somente quando comecei a segunda faixa encontrei as densidades irregulares das glândulas; pareciam dedos apontando para dentro, em direção ao mamilo, como os raios de uma roda. Enquanto eu percorria a mama, minha cabeça era inundada por imagens do meu livro de anatomia ilustrando essas estruturas que eu só conseguia sentir pelo tato, como fotografias aéreas trazendo referências e explicações sobre o terreno que havia sob meus dedos. A área logo abaixo do mamilo afunda como um poço suave em meio ao tecido denso; pude vislumbrar os ductos, pequenos demais para serem sentidos. Abaixo deles, percebi algo como um disco de glândulas espessas e consolidadas, agregadas demais para serem distinguidas individualmente.

Enquanto eu percorria os seios da instrutora com o tato, ela me dava conselhos e estimulava.

"Você pode usar mais pressão, se precisar. Não machuca. Use a outra mão para estabilizar a mama."

Cobri o peito da instrutora de linhas circulares, assegurando-me de que sentira cada estrutura abaixo da pele, com a maior variedade de ângulos possível. Agradeci-lhe e me afastei da mesa de exame com um sentimento de gratidão, enquanto o próximo aluno se aproximava. Observei-a encorajar meus três colegas, falando com delicadeza durante o exame, e revi mentalmente o processo já sentada em minha cadeira.

ALGUNS ANOS ATRÁS, MUDEI DE CONSULTÓRIO. Enquanto revia os prontuários dos pacientes realocados, transferindo informações dos registros velhos para os

novos, notei que, apesar de ter sido bastante rigorosa ao solicitar os exames de rotina recomendados para cada paciente, o componente manual deixava bastante a desejar. Ensinaram-me que devemos realizar um exame anual das mamas e da pelve em toda paciente mulher. Os homens com mais de 50 anos devem fazer um exame retal por ano para investigar a possibilidade de câncer da próstata. Percebi que minha adesão a essas recomendações tinha muitas falhas. Fiquei surpresa ao notar esse deslize, mas a tendência era acentuada demais para se negar.

Fiquei intrigada. Como aquilo podia ter acontecido? Em parte, o problema estava no sistema utilizado. No meu consultório antigo, eu não tinha uma forma simples de manter um registro dos exames de rotina. Para encontrar o último exame realizado, eu devia folhear todas as consultas do ano anterior para ver onde havia anotado os resultados. Ainda assim, os exames de colesterol estavam ali. Eu pedira colonoscopias aos pacientes de mais de 50 anos, ou ao menos discutira o assunto com eles. Não, o que faltava eram os exames de mama, pélvicos e de próstata. Percebi que, apesar dos anos de prática e do domínio da técnica, eu ainda me sentia desconfortável ao realizar esses procedimentos. Num certo nível, eu ainda era aquela estudante de medicina relutante em tocar as partes íntimas de outra pessoa.

Não sou a única. Não temos muitos dados sobre esse assunto, mas aqueles de que dispomos sugerem que cada vez mais os médicos enviam os pacientes diretamente para os exames complementares, dispensando o componente manual. Num estudo publicado em 2002, das 1.100 mulheres que foram realizar sua mamografia anual numa clínica, no decorrer de um ano, somente a metade afirmou que seu médico já havia examinado suas mamas – em toda a vida.[9] Enquanto a taxa de mamografias aumentou nos últimos 20 anos, o exame físico das mamas realizado pelo médico é cada vez menos frequente.

Será que tudo isso se deve à intimidade desconfortável do exame? Provavelmente não, embora certas pesquisas tenham demonstrado que este é um dos fatores. Além disso, o avanço da tecnologia – o surgimento de mamografia, ultrassonografia e, mais recentemente, ressonância magnética – fez com que os médicos passassem a duvidar do valor daquilo que suas mãos poderiam lhes informar. Por que enfrentar o desconforto próprio, a possibilidade de desconforto da paciente e a dificuldade de interpretar as “imagens incertas” geradas pelo toque quando um exame pode mostrar as estruturas internas do corpo com maior precisão e certeza?

Por quê, realmente? No próximo capítulo vou examinar algumas das respostas a essa pergunta cada vez mais premente.

4. O que só o exame físico pode mostrar

O QUE PERDEMOS quando as aptidões necessárias à realização de um exame físico profissional vão se tornando mais escassas tanto entre estudantes de medicina quanto entre médicos atuantes? Entre os médicos, esse assunto gera debates apaixonados.

De um lado estão os que dizem que o ocaso do exame físico é consequência natural do progresso. Para eles, esse exame é apenas um resquício fascinante de uma era passada – como o uso de ventosas quentes na pele até se formarem bolhas, ou sangrias, ou emplastos de mostarda para os resfriados –, hoje substituído por um menu de avanços tecnológicos que nos dão informações melhores, com maior eficácia e precisão. O apego a essa prática desacreditada é visto como inútil e sentimental.

Do outro lado estão os românticos: médicos que veem o exame físico como parte de uma longa tradição de cuidado médico e que têm apreço pela profunda conexão estabelecida entre o médico e o paciente quando se unem por um toque e um gesto caloroso. Estes veem os que pensam de outra forma como técnicos desalmados.

No meio do caminho estamos nós, os que apenas queremos entender o que se perdeu. No passado, qual era a real dimensão da importância do exame físico na realização do diagnóstico? O que estamos perdendo com a medicina moderna, que de alguma forma tenta funcionar sem ele?

* * *

STEVEN MCGEE, homem de modos suaves e expressão séria, voz de rádio FM e uma paixão erudita pelo exame físico, tem realizado um trabalho bastante razoável e aprofundado sobre esse meio-termo. Clínico geral e professor de medicina na Universidade de Washington, ele adota a tecnologia mas também acredita que o exame físico tem possibilidades que as máquinas não podem substituir. A pesquisa que ele desenvolve surgiu a partir de suas próprias experiências na medicina, e seu livro, *Evidence Based Physical Diagnosis,*

descreve as provas da utilidade do exame físico na era da alta tecnologia.

Quando falei com McGee sobre seu trabalho, ele estava ansioso por me contar exemplos de suas experiências na medicina que provavam, segundo disse, a importância fundamental de examinarmos o paciente. Ele relembrou um caso particularmente dramático ocorrido poucas semanas antes de nos encontrarmos.

McGee e sua equipe de residentes e estudantes foram chamados para ver um paciente no setor cirúrgico. O homem viera ao hospital para remover um câncer de pele na orelha. Naquela manhã, começara a sentir fortes dores abdominais, e os cirurgiões plásticos pediram a McGee que os ajudasse a descobrir o que ele tinha.

Michael Killian, um senhor idoso e magro, deitado em seu leito com os olhos bem abertos, movia-se inquieto, como se não conseguisse encontrar uma posição confortável. Resmungava incoerentemente enquanto se remexia na cama, desassossegado.

O residente se apresentou ao paciente atormentado e logo se pôs a fazer perguntas. “Não sei. Não sei. Não sei”, foi a única resposta do homem. Logo ficou claro que aquele senhor estava confuso demais para fornecer qualquer detalhe sobre sua dor. Ele conseguia dizer seu nome aos médicos, mas parecia não saber que estava no hospital, nem por quê. Tudo o que conseguia falar era que sentia dor. Quando o residente lhe perguntou se sua barriga doía o homem recomeçou seus lamentos: não sei, não sei, não sei.

O paciente tinha a pele pálida, mas com manchas vermelhas descascadas, sinal de que havia passado muitas horas ao sol. A orelha, que motivara sua presença no hospital, estava inchada e distorcida por uma lesão vermelha, alta e descamada. As bochechas malbarbeadas eram encovadas, os ossos do rosto muito definidos, os olhos pareciam focalizar algo no quarto que ninguém mais via. A pequena faixa de cabelo branco estava bem aparada, mas despenteada. Ele tinha a pele fria e molhada de suor. Era difícil examiná-lo por causa do movimento inquieto constante. Seu coração batia rápido, mas regular. O mesmo ocorria com a respiração. Quando o residente se aproximou para examinar o abdome do homem, ele se afastou com um movimento súbito. “Não. Não. Não. Não me toque.” Os olhos distantes estavam de volta àquele quarto e encaravam o jovem médico. O paciente sacudiu os braços, indicando que seu “não” era enfático. O médico se afastou em seguida.

“Não. Não. Não.”

O residente se curvou e pôs-se a falar com o homem aflito numa voz suave. “Eu sei que o senhor está sentindo dor e quero lhe ajudar. Mas para isso vou precisar tocar na sua barriga. Não vai machucar.” O tom reconfortante acabou por aquietar o pobre homem, mas ele continuou a mudar de posição na cama,

como se o colchão macio tivesse sido trocado por uma cama de pregos.

Enquanto o residente tranquilizava o homem confuso e assustado, McGee apoiou de leve a mão no alto de seu abdome, à esquerda. Sentiu uma resistência inesperada nessa região da barriga, normalmente macia, e pulsações fracas e regulares. Colocou a outra mão sobre o umbigo do paciente. Uma massa macia pulsou sob seus dedos, empurrando-os para a direita. E isso lhe informou tudo o que precisava saber.

"Chame os cirurgiões", disse McGee ao residente. "Este homem precisa ir para o centro cirúrgico. Ele tem uma ruptura de aneurisma de aorta."

A aorta é o vaso que carrega sangue do coração para o resto do corpo. Pacientes com artérias enrijecidas e pressão alta – como aquele homem – podem apresentar áreas de fragilidade nesse tubo normalmente revestido por uma camada de tecido muscular espesso. Depois, a alta pressão do sistema pode fazer com que uma dessas áreas mais frágeis inche como um balão, formando uma protuberância pulsátil no abdome. Quando esse globo cresce bastante, a parede muscular se torna perigosamente fina e corre o risco de estourar. A dor lancinante e o movimento inquieto do paciente eram sinais clássicos de ruptura da parede muscular fragilizada. A grande massa pulsátil fechou o diagnóstico. Três quartos dos pacientes que sofrem essa condição terrível morrem na mesa de operação ou a caminho dela.

Entrou-se em contato com os cirurgiões vasculares, e o paciente foi levado ao centro cirúrgico, parando apenas por um instante na máquina de TC para confirmar o diagnóstico. Contra todas as expectativas, o sr. Michael Killian sobreviveu à cirurgia, tendo sua vida salva por um simples toque.

Na medicina, por mais convincentes que possam ser os casos isolados, se quisermos provas, precisamos de estudos. E McGee passou a carreira pesquisando e tabulando a confiabilidade de componentes específicos dessa arte ameaçada de extinção, o exame físico. Os resultados que obteve conseguiram irritar as pessoas das duas correntes em debate. Algumas partes bem conhecidas e ensinadas do exame físico demonstraram-se praticamente inúteis – auscultar o pulmão é algo que dificilmente ajudará um médico a decidir se um paciente tem pneumonia ou não. Outras, quando realizadas corretamente, mostraram-se tão sólidas e confiáveis quanto os exames que usamos para confirmar nossos diagnósticos. Nas mãos de um especialista, um exame cardíaco pode identificar problemas nas válvulas do coração quase tão bem quanto o ecocardiograma. É fundamental conhecermos a eficácia de cada uma dessas técnicas.

Mas essa pesquisa ainda deixa de responder à grande pergunta: existem evidências de que essa prática antiquada faz *diferença* para o paciente? De modo surpreendente, existem pouquíssimos estudos sobre isso. Diversos trabalhos

realizados nas décadas de 1960 e 1970, hoje tornados clássicos, tentaram avaliar quais eram as ferramentas mais úteis na realização do diagnóstico. Nesses estudos, o instrumento mais importante foi o mais simples: na maioria dos casos, o médico conseguiu diagnosticar a doença apenas conversando com o paciente. A história que este contava dava a dica para o diagnóstico em 70% dos casos.[1] Na faculdade, os estudantes são instruídos a escutar seus pacientes, pois eles lhes dirão o que têm. Esses estudos provam a sabedoria contida no conselho.

Mas, e quanto ao exame físico? Segundo as mesmas pesquisas, quando considerados apenas os pacientes cujas histórias não revelaram a resposta, o exame físico levou ao diagnóstico certo em cerca de metade das vezes. Os exames de alta tecnologia mostraram a solução nos demais casos.

Naturalmente, os exames mudaram muito desde a época em que as análises foram feitas. Pesquisa mais recente, realizada por Brendan Reilly, chefe do Departamento de Clínica Médica do Centro Médico Weill Cornell, examinou a questão por um ângulo distinto. Um dos residentes orientados por Reilly lhe perguntou qual era a importância do exame físico para o diagnóstico. Reilly procurou a informação na literatura médica. Como não conseguiu encontrar uma boa resposta, montou sua própria enquete.[2]

Num serviço de ensino como o dele, os pacientes são vistos primeiro pelos residentes em clínica médica e depois examinados separadamente pelo médico que chefia a equipe. Os residentes e o chefe da equipe trocam as informações colhidas de modo independente para tentar decifrar o diagnóstico e montar um plano terapêutico. Reilly examinou os prontuários de todos os pacientes internados no hospital por sua equipe num período de seis semanas, procurando algum caso no qual um sinal encontrado no exame físico houvesse alterado o diagnóstico e o tratamento.

Os resultados foram bem impressionantes. O exame físico cuidadoso havia alterado o diagnóstico e o tratamento em 26 dos 100 casos avaliados – um em cada quatro pacientes. Praticamente na metade desses casos, se Reilly não houvesse descoberto o diagnóstico correto no exame físico, também não teria sido possível decifrá-lo por meio de “exames complementares razoáveis” – isto é, aqueles que seriam pedidos se esses achados físicos não fossem encontrados. Nesses casos, o diagnóstico correto só seria possível à medida que a doença progredisse e o paciente piorasse.

As descobertas de Reilly foram importantes. Num caso marcante, acreditou-se que um paciente internado com falta de ar tivesse um tumor no tórax visualizado na radiografia feita na hora da internação. A biópsia da massa já estava marcada. Quando Reilly examinou o paciente, descobriu um sopro cardíaco. Com base na localização e no momento de ocorrência desse som anormal, ele percebeu que o

ruído era causado por uma obstrução numa das válvulas do coração. O bloqueio fazia com que os vasos que levam à válvula se dilatassem em virtude do sangue em excesso – como num engarrafamento, quando o tráfego fica congestionado por uma construção ou acidente que estreita uma rodovia movimentada. A "massa" vista na radiografia de tórax era formada, na verdade, por vasos sanguíneos ingurgitados de sangue. A biópsia foi cancelada, e encaminhou-se o paciente à cirurgia para reparar a válvula.

Outro paciente tinha febre, mas não se encontrou qualquer foco de infecção. Estava sendo tratado com antibióticos intravenosos. Reilly notou que um dos dedos do pé do paciente apresentava uma cor indicativa de que fora isolado do suprimento sanguíneo do corpo, estava portanto infectado. A equipe de cirurgia foi consultada, e o dedo, amputado. A febre desapareceu com o dedo.

Esse pequeno conjunto de estudos sugere que o exame físico completo pode ter um papel crucial na determinação do diagnóstico em tempo hábil – o que não pode ser reproduzido nem pelos exames sofisticados de que dispomos atualmente.

Uma das ironias da era em que vivemos, impregnada de tecnologia, é que muitos dos aparelhos que invadiram nossa vida diária para economizar nosso tempo e trabalho acabam por não poupar nenhum dos dois. Quase todos os computadores têm um bloco de notas virtual. Qual a vantagem disso sobre a caderneta de anotação real que levamos no bolso? Uma calculadora pode ser essencial para realizarmos funções complexas, mas ela realmente nos poupa tempo quando precisamos apenas somar, subtrair ou multiplicar poucos números?

Da mesma forma, os exames complementares são uma das maneiras de chegarmos ao diagnóstico, mas às vezes – se Brendan Reilly estiver certo, até 25% das vezes – podemos chegar à resposta certa apenas examinando o paciente.

Isso não quer dizer que o exame físico deva substituir os procedimentos complementares. Com a tecnologia que temos hoje à nossa disposição, somos capazes de diagnosticar doenças que, não muito tempo atrás, só poderiam ser identificadas pela autópsia. No entanto, o exame físico orienta o raciocínio do médico, reduzindo o espectro de exames a serem pedidos, de modo a manter somente os que têm maior probabilidade de apresentar respostas úteis – isso poupa tempo, dinheiro e às vezes significa salvar vidas.

A linguagem do corpo

A experiência de ficar doente é semelhante à de acordarmos num país

estrangeiro. A vida, tal como a conhecíamos antes, é posta em suspenso, e passamos a viajar por um mundo desconhecido e imprevisto. No hospital ou no meu consultório, quando vejo os pacientes surpreendidos por uma doença súbita, o que de fato eles querem saber é “O que há de errado comigo?”. Eles desejam um mapa que os guie no novo ambiente. Quando damos um nome a esse lugar estranho e intimidador, quando o conhecemos – em algum nível –, recobramos alguma sensação de controle, e não importando se o diagnóstico vem ou não associado à cura. Isso porque, mesmo hoje, um diagnóstico é quase sempre tudo o que um bom médico tem a oferecer.

Isso foi o que aconteceu com Gayle Delacroix, técnica de futebol e instrutora de ginástica aposentada, de 58 anos, que foi ao pequeno hospital em que trabalho, em Connecticut, com uma doença enigmática.

Estávamos no final do verão de 2003. Gayle e sua companheira de longa data, Kathy James, voltavam para casa depois de uma temporada de dois meses acampando pelo país – dirigiram, andaram de bicicleta e caminharam do norte de Connecticut para o Oeste, chegando até as montanhas do Colorado. Elas pretendiam terminar a viagem em suas próprias camas naquele fim de semana. Fora um verão fantástico, até que, uma noite, Gayle foi acordada por uma dor lancinante na região lombar. A dor era aguda, penetrante, insuportável.

Gayle acordou a companheira: “Estou com algum problema”, falou. Na luz vacilante da lanterna, Kathy viu que o rosto de Gayle estava coberto de suor e contorcido de dor. Embora a noite do verão fosse fresca nas montanhas, a pele de Gayle queimava, e Kathy não precisou de um termômetro para saber que a companheira estava com febre.

Gayle disse a Kathy que tinha dor de cabeça, e sentia calor e frio ao mesmo tempo. Mas o pior de tudo era aquela dor intensa na parte de baixo das costas, de caráter bem preciso, mas difícil de descrever, como a dor de cabeça que às vezes sentimos quando tomamos sorvete. Pontadas agudas, como pequenos choques elétricos, corriam de tempos em tempos pela parte de trás de suas pernas, mas a dor nas costas era persistente, torturante. Os dentes de Gayle tremiam quando ela falava. Seu corpo sacudia em calafrios angustiantes.

Kathy percebeu que Gayle precisava de um médico. Vestiu-se e guardou rapidamente o saco de dormir numa sacola. Enquanto ajudava Gayle a sair da barraca e se sentar num toco de árvore que haviam usado como mesa naquela noite, Kathy guardou as coisas e as levou correndo até o carro. Depois voltou para ajudar a companheira a descer pela trilha acidentada.

Dirigiram durante uma hora pelas estradas secundárias de West Virginia até chegarem ao estado de Maryland. Passou-se mais uma hora até encontrarem uma saída cuja placa exibia um H branco, com a promessa de um hospital logo

adiante. O médico do pronto-socorro era praticamente um garoto. Alto, magro, com óculos estilosos e um jaleco amarrotado sobre a calça jeans, parecia ter acabado de sair da cama. Ajudou Gayle a sentar e examinou rapidamente suas costas.

Ofereceu-lhes um diagnóstico e tentou tranquilizá-las.

"Não acho que a febre e a dor nas costas estejam relacionadas", falou. "A dor nas costas e nas pernas parece ser ciática. E a febre – quem sabe? Provavelmente algum vírus." Prescreveu ibuprofeno e um relaxante muscular para as costas. Quando Kathy – irritada com o exame apressado e nada convencida com o diagnóstico – aventou a possibilidade de doença de Lyme, transmitida por carrapatos ("A gente andou acampando, poxa"), o médico preencheu, obediente, uma prescrição de doxiciclina, o antibiótico indicado nesse caso.

Kathy ficou preocupada – ela era fisioterapeuta. Já tinha visto muitas dores ciáticas, mas nenhuma tão forte. E aquela febre? Era difícil acreditar que as duas coisas não estivessem ligadas. Gayle, por outro lado, ficou aliviada com o diagnóstico reconfortante. Nunca ficara doente e não estava pronta para começar agora. Depois de deixar o hospital, dirigiram até de madrugada e então pararam num hotel de beira de estrada, onde recuperaram o sono perdido. Dormiram profundamente – Gayle com a ajuda do ibuprofeno, do relaxante muscular e, graças à insistência de Kathy, da doxiciclina. Só acordaram no final da tarde.

Gayle sentou na cama. Sentia-se um pouco melhor, embora as pernas estivessem estranhamente pesadas quando as apoiou no chão. Assim que tentou ficar em pé, as pernas cederam e Gayle caiu para trás, indefesa, sobre cama.

"Minhas pernas não estão funcionando, Kathy. Não consigo andar." A voz de Gayle era aguda e aterrorizada. "Não consigo andar", repetiu.

Kathy sentiu o coração bater mais rápido. Ela sabia. Realmente havia algo errado. Não estavam muito longe de Baltimore – talvez ali? Não, insistiu Gayle. Ela queria voltar para casa.

Estavam pelo menos a cinco ou seis horas da pequena cidade em que viviam em Connecticut. Kathy dirigiu o mais rápido que pôde até o hospital local. "Foram as cinco horas mais longas da minha vida", contou-me Kathy depois.

"Fique aqui", instruiu à companheira, desaparecendo no pronto-socorro. Voltou alguns minutos depois com dois socorristas e uma cadeira de rodas. Os três ajudaram aquela mulher, agora inválida, a sair do carro e levaram-na às pressas para o pronto-socorro.

A dra. Parvin Zawahir, que estava no segundo ano da residência, era a médica de plantão naquela noite. Releu rapidamente o prontuário que documentava o tempo passado pela paciente no pronto-socorro. Febre de 38,3°. Fraqueza. Os exames de sangue já feitos não mostravam muito – a contagem de leucócitos não

estava elevada. Os exames bioquímicos estavam normais. O fígado, também normal.

A médica encontrou o box da paciente, fechado por cortinas, se apresentou e iniciou o conhecido processo de colher a história clínica. O problema havia começado cinco dias antes, contou-lhe Gayle. Ela tivera dor de barriga e um pouco de diarreia. Achou que fosse uma leve intoxicação alimentar e não pensou muito no assunto. Dois dias depois, surgiu uma erupção na pele do pescoço. Não coçava nem doía, e ela sequer a havia notado até que Kathy lhe mostrasse. Gayle pensou inicialmente que talvez a alça do capacete da bicicleta houvesse esfolado sua pele, mas no dia seguinte a erupção se espalhou para as pernas e a barriga. Na véspera, tinha ficado cansada depois de jogar um pouco de basquete – ela tinha mais resistência que isso. Mas não se sentira realmente doente até acordar com aquela dor, quase 20 horas antes.

"Alguma picada?", perguntou a dra. Zawahir. Gayle fez que sim. Muitas. Tinha levado várias picadas de mosquito. Não se lembrava de nenhuma mordida de carrapato. Não estivera perto de ninguém doente. Nenhum animal de estimação. Gayle não fumava – nunca tinha fumado. Não bebia nem usava drogas.

A jovem médica examinou a erupção cutânea mais de perto. Não era muito intensa, mas cobria boa parte do corpo de Gayle. Era formada por dezenas de pequenas elevações ligeiramente avermelhadas.

As costas pareciam bastante normais e não doeram quando Parvin as examinou. O resto do exame não mostrou nada de extraordinário, até que a médica chegou às pernas da paciente. Gayle conseguia mover os pés para a frente e para trás e mexer os dedos. Mas não conseguia erguer as pernas – pelo menos não a esquerda. Parvin se sentou e começou a escrever o registro de internação. Como iria agrupar todas aquelas informações? Seria um problema nos músculos? Essa era a única parte anormal do exame. Ou seriam os nervos que moviam os músculos? O tipo de dor descrito – descargas elétricas que desciam pelas pernas – certamente lembravam muito a ciática que, segundo o médico do pronto-socorro de Maryland, afetava a paciente. Mas Parvin não conseguia acreditar que a febre e a dor fossem problemas separados. Aquilo não fazia sentido. Ambas haviam começado no mesmo instante. Não, as duas coisas tinham de estar ligadas.

O mais provável era uma infecção. Como Gayle estava em contato direto com a natureza naquele momento, era uma candidata perfeita à doença de Lyme. Por outro lado, a paciente estivera no Colorado, em West Virginia e em mais uma dúzia de locais no caminho – havia doença de Lyme nesses lugares? E quanto à febre maculosa das Montanhas Rochosas? Essa doença também é transmitida

por carrapatos e se caracteriza por febre e eczema cutâneo. E pode ser fatal.

Seria uma doença transmitida por mosquitos? Em Connecticut, a cada verão havia um grande temor com relação à doença chamada encefalite equina do leste. Apesar de não saber quantos casos dessa doença ocorriam por ano, Parvin havia lido que a enfermidade muitas vezes era fatal. Que outros vírus poderiam causar aqueles sintomas? Poderia ser o vírus do oeste do Nilo? Encefalite herpética? Parvin não tinha certeza. Nunca vira nenhuma dessas doenças.

Ela teria de fazer uma punção na coluna para que o laboratório tentasse detectar alguma bactéria ou sinal de infecção no líquor. E também iria pedir alguns outros exames de sangue. Uma ressonância magnética revelaria a presença de alguma infecção na medula vertebral ou perto dela. Parvin também receitaria uma dose alta de antibiótico – alguma droga que cobrisse ao mesmo tempo doença de Lyme e febre maculosa das Montanhas Rochosas – e gostaria de pedir a opinião de um especialista em doenças infecciosas, que talvez a ajudasse a desvendar o caso.

Apesar de já haver tratado pacientes mais graves, a residente ficou preocupada com as pernas de Gayle, quase paralisadas. Quando uma lesão neurológica é detectada precocemente, às vezes podemos reverter os danos. Caso contrário, aquela mulher ativa e cheia de vitalidade ficaria aleijada pelo resto da vida.

Na manhã seguinte, depois de percorrer a enfermaria com a equipe, Parvin procurou o dr. Majid Sadigh, o especialista em doenças infecciosas do hospital e um dos médicos mais inteligentes que ela conhecia. Todo médico conhece alguém assim – o cara que devemos procurar quando estamos em dúvida, ou preocupados, ou temerosos. Em todo hospital ou comunidade de médicos, sempre existe aquele cuja perspicácia clínica e conhecimento parecem muito maiores que os de todos os demais. Esses médicos não estão em nenhuma lista e não recebem prêmio algum. Sua fama é apenas algo que corre de boca em boca entre os profissionais. No centro de Connecticut, o dr. Sadigh era um deles.

Majid Sadigh havia estudado doenças infecciosas em seu país natal, o Irã. Em 1979, não muito depois de terminar sua formação, Mohammed Reza Pahlavi, o monarca apoiado pelos Estados Unidos (mais conhecido como o xá do Irã), foi deposto numa revolução religiosa, e Majid e sua família se viram forçados a fugir. Ele acabou em Waterbury, no estado de Connecticut. Para praticar a medicina no país, todos os médicos que estudaram no exterior devem completar uma residência nos Estados Unidos independentemente de sua experiência prévia. O programa em que Majid foi aceito era pequeno, mas muito respeitado pela alta qualidade de ensino. O talento de Majid era tão impressionante que, no final do primeiro ano – de um programa que normalmente dura três –, ele foi nomeado residente-chefe. No ano seguinte, entrou para o corpo docente da

Faculdade de Medicina de Yale, e tem lecionado ali desde então.

Logo nos primeiros dias de residência, Majid percebeu que possuía uma habilidade quase desconhecida nos Estados Unidos, ele compreendia as técnicas e a importância do exame físico. No Irã, até os exames mais simples podem não estar disponíveis. Nesse contexto, o médico deve se basear na história do paciente e no exame físico para fechar o diagnóstico. “O corpo está ali, cheio de tantas, tantas coisas a nos contar. Mas, se não falarmos aquela língua, seremos incapazes de ouvir seus segredos. Minha função”, contou-me Majid, “é ensinar essa importante linguagem aos nossos residentes.”

Parvin Zawahir apresentou rapidamente o caso ao dr. Sadigh e então o levou para ver a paciente. A jovem médica observou atenta a conversa de Majid com Gayle e Kathy. Ele se sentou ao lado da cama e perguntou às duas mulheres o que havia acontecido. Depois examinou Gayle cuidadosamente, com atenção especial para a perna afetada. Ergueu os dois tornozelos, envolvendo-os com as palmas das mãos poucos centímetros acima do colchão.

“Levante a perna direita”, instruiu. Quando Gayle se esforçou para erguer a perna direita, que estava enfraquecida, a perna esquerda paralisada afundou um pouco, mas não o suficiente para tocar a cama.

“Agora a esquerda.” Gayle mordeu o lábio, lutando para elevar a perna esquerda parcialmente paralisada. Ao fazer força com os quadris para levantar a perna, o tornozelo direito afundou na cama. A perna esquerda nem se mexeu. Recolocando as pernas de Gayle na cama, o dr. Sadigh testou a força das panturrilhas.

“Empurre minha mão com o pé, como se estivesse pisando no acelerador.” O pé direito flexionou para frente; o esquerdo mal se mexeu. O médico tocou suavemente as duas pernas da paciente.

“Consegue sentir isto?” Ela fez que sim. “É igual nas duas pernas?” Gayle fez que sim outra vez. Majid foi subindo pelas pernas de Gayle. A reação ao tato estava normal. Levantou a perna esquerda com uma mão e bateu nela com um martelo com cabeça de borracha. Nada. Repetiu o movimento na perna direita. A perna de Gayle deu um chute. Majid testou mais uma vez a perna esquerda, e de novo não houve resposta.

Majid ficou observando a perna esquerda de Gayle e depois chamou a dra. Zawahir. “Veja isto”, falou, apontando para a perna da paciente. Pequenas regiões da pele pareciam se mover, estremecer, se contorcer. Não havia movimento na perna em si – apenas na pele e nos músculos da coxa. Pequenos grupos de músculos se contraíam espontaneamente, de maneira independente. Era como se houvesse minhoquinhas caminhando por baixo da pele.

“Fasciculações”, disse o dr. Sadigh em sua voz suave e sotaque acentuado;

pequenos surtos não coordenados de atividade num grupo de fibras musculares ativadas por um único nervo. Ele sabia que havia encontrado uma pista importante.

Depois de sair do quarto, Majid reexaminou o que, para ele, eram as características mais importantes da paciente e da doença; em primeiro lugar, Gayle fora muito saudável até aquele momento e passara muito tempo em contato com a natureza. Ela tinha uma fraqueza profunda que afetava as duas pernas, mas muito mais a esquerda que a direita. A doença só afetara os músculos da coxa e dos quadris – os músculos da panturrilha e acima da cintura tinham sido poupados. Apenas os nervos que ativavam os músculos estavam afetados. O tato, que é transportado por fibras nervosas diferentes e se conecta a outra parte da medula espinhal, estava normal. E ela tinha fasciculações. Aquelas pequenas contrações musculares fechavam o caso. As fasciculações e a sensibilidade normal ao tato sugeriam que um único tipo de célula da medula espinhal estava lesado: as que controlam os músculos do corpo, conhecidas como células do corno anterior – uma descrição baseada em sua localização na medula.

"Já vi isto antes – mas não muitas vezes neste país. Esta é a apresentação da poliomielite", disse Sadigh, e então acrescentou: "Mas não acho que seja pólio." Existe outra doença, explicou, uma doença nova nos Estados Unidos, que pode se apresentar exatamente como a pólio, talvez causando a mesma paralisia devastadora. Ele fez uma pausa. "Acho que ela tem uma infecção pelo vírus do oeste do Nilo."

A doença causada pelo vírus do oeste do Nilo havia estourado nos noticiários quatro anos antes, no verão de 1999, ao assolar uma pequena comunidade no Queens, em Nova York. Era uma doença bem conhecida na África, onde se originara, e epidemias localizadas haviam sido registradas na Europa e em partes da Rússia, mas, até aquele verão, jamais havia sido vista nos Estados Unidos. A apresentação característica da doença – com uma paralisia semelhante à pólio e uma preferência por pessoas com mais de 50 anos – tinha ajudado os médicos do Departamento de Saúde de Nova York a reconhecê-la como uma entidade nova e a adotarem medidas rápidas e agressivas para controlar a epidemia. Ainda assim, 62 pessoas tinham sido internadas com o vírus naquele verão; sete delas – todas com mais de 50 anos – haviam morrido. Apesar das medidas agressivas para eliminar os mosquitos que disseminavam a doença, em 2003 já haviam sido registrados casos em todos os estados continentais do país.

Majid se lembrava claramente do que acontecera no verão de 1999. As características da doença, semelhantes à pólio, haviam sido muito discutidas na época. Ao examinar Gayle, Majid teve certeza de que era aquela doença que a

acometia. Uma amostra do líquor da paciente deveria ser enviada ao laboratório do estado em Hartford, para confirmar o diagnóstico. Ainda se passariam dias – talvez semanas – antes que os resultados estivessem disponíveis. Enquanto isso, eles deveriam se assegurar de que Gayle não tinha qualquer outro mal que precisasse ser tratado.

Depois de discutir com o dr. Sadigh a possibilidade de a doença ser causada pelo vírus do oeste do Nilo, Parvin Zawahir voltou ao leito da paciente para lhes contar. Gayle e Kathy já tinham ouvido falar daquele vírus. Quem não havia, em Connecticut? Mas não sabiam muito a respeito. A dra. Zawahir traçou o paralelo com a pólio, como Sadigh também fizera. Ao ouvir aquilo, os olhos da paciente se encheram de lágrimas. A mera palavra trazia imagens de crianças com pulmões de aço ou caminhando com próteses de metal e muletas. Seria esse seu futuro? Parvin tentou reconfortar a paciente, mas não tinha como lhe responder. Aquele era um dos primeiros casos ocorridos no estado. Elas simplesmente teriam de esperar para ver o que aconteceria.

“O mais difícil foi não saber o que estava havendo comigo, nem aonde aquilo me levaria”, contou-me Gayle. O diagnóstico de vírus do oeste do Nilo não era reconfortante, mas uma pessoa relativamente jovem e bastante saudável como ela podia sobreviver à doença. Gayle e sua companheira se viram jogadas em outro mundo. Elas não queriam estar naquele lugar, mas era ali que estavam, e, assim, entregaram-se ao trabalho de aprender uma nova linguagem, a dominar um novo terreno.

Kathy leu tudo o que pôde sobre o vírus do oeste do Nilo e a pólio, ávida por aprender estratégias que pudessem ajudar sua companheira a lutar contra a doença. No terceiro dia de hospital, apesar de ainda febril e fraca, Gayle insistiu em tentar sair da cama e ficar de pé. Conseguiu, ainda que ajudada. No final da semana ela já tinha dado alguns poucos passos instáveis, apoiada num andador e monitorada pelo fisioterapeuta. Enquanto isso, os resultados de exames foram chegando. Não era doença de Lyme; não era febre maculosa das Montanhas Rochosas. Não era tuberculose, sarcoidose, sífilis nem HIV. Os antibióticos administrados na esperança de que se tratasse de uma infecção tratável foram interrompidos. Finalmente, receberam a confirmação do que já sabiam. Ela havia sido infectada pelo vírus do oeste do Nilo.

“A gente tinha a esperança de que não fosse, mas os médicos pareciam ter bastante certeza desde o início”, contou-me Gayle. Apesar de saber o que enfrentava – por mais amedrontador que fosse –, Gayle se sentiu inesperadamente reconfortada e teve uma direção em que focalizar sua grande energia para se recuperar.

Sem tempo para um exame físico

No caso de Gayle Delacroix e do vírus do oeste do Nilo, o exame físico levou diretamente a um diagnóstico extraordinário. O mais comum, porém, é que o exame físico forneça não um diagnóstico, e sim uma pista essencial para direcionar os exames complementares – um atalho para a resposta certa. Quando pedimos uma batelada de exames para avaliar um paciente, talvez acabemos por chegar à resposta, mas, inúmeras vezes, quando o paciente está muito doente, não temos tanto tempo assim para esperar. Em diversos casos, um exame físico cuidadoso pode orientar a busca e ajudar o médico a encontrar o problema mais depressa. As situações em que isso pode ser mais vantajoso, claro, são as de doentes graves. Mesmo nesses casos – talvez em especial neles –, contudo, o exame físico está se tornando tão obsoleto quanto a maletinha preta do médico.

Quanto mais doente está a pessoa, maior é a tentação de esquecermos as regras fundamentais – como o exame físico – e confiarmos na tecnologia para encontrar as respostas. É uma tentação que às vezes pode ser fatal – como quase ocorreu com Charlie Jackson.

Durante a maior parte de sua vida adulta, Charlie Jackson não frequentou médicos. Isso mudou quando ele teve um grave AVC, aos 62 anos. O AVC paralisou quase inteiramente a perna e braço direitos de Charlie, seu rosto ficou torto e sua fala se tornou arrastada. Ainda assim, seu belo sorriso torto e seu modo galante – muitas vezes comparecia às consultas carregando um cesto de pêssegos ou uma sacola de nozes de sua terra natal, a Carolina do Norte – faziam com que fosse um dos pacientes mais queridos em nosso serviço. Ele estava passando bem, por isso fiquei chocada quando recebi um telefonema de um membro da equipe me informando que Charlie estava à morte.

Ele chegara ao nosso serviço para uma consulta de acompanhamento regular com Sue, a enfermeira. Assim que o viu naquela manhã, Sue soube que havia algo de muito errado com Charlie. Seu modo de caminhar, sempre um pouco desajeitado após o AVC, estava diferente – ele mal levantava os pés do chão. O corpo delgado se curvava sobre o andador, e ele mal conseguia se manter de pé.

“Qual é o problema, Charlie?”, perguntou Sue, apressando-se para chegar até ele. “Eu… não consigo… andar.” Charlie engasgou com as palavras. Sua voz também estava estranha e diferente – como se falasse em câmera lenta. Sue se esticou para sentir o pulso de Charlie. Estava lento – muito lento. Lento demais para manter um homem vivo, quanto mais Charlie, que estava um fiapo de gente. Sue nem precisou examiná-lo mais detalhadamente. Logo viu que Charlie precisava ser internado.

A equipe de socorristas irrompeu pela porta do pronto-socorro empurrando

Charlie em meio à multidão que ocupava o lugar. A enfermeira da triagem os encaminhou diretamente para um box vazio enquanto os socorristas transmitiam as informações sobre o paciente em voz exaltada. “Homem de 64 anos… história de AVC… queixas de fraqueza e dor de barriga.” O coração do paciente estava lento, informaram; a pressão arterial, baixa demais para ser medida. O monitor mostrava uma frequência cardíaca ao redor de 20 batimentos por minuto – o normal é acima de 60. O dr. Ralph Warner entrou apressado e logo avaliou a situação. “Traga uma ampola de atropina”, falou imediatamente, pedindo o remédio usado para acelerar o coração.

Depois de injetar a droga, o médico observou o monitor, que continuava a exibir uma linha amarela e plana, interrompida muito raramente pelo pico que indicava outro batimento cardíaco. Devagar, porém, a frequência cardíaca e a pressão arterial do paciente começaram a subir.

Com o caos habitual do pronto-socorro fervilhando a seu redor, o dr. Warner se sentou e procurou se concentrar enquanto Charlie descrevia os sintomas. Tudo havia começado na noite anterior, contou Charlie ao médico, com sua nova voz, estranhamente arrastada. Ele se sentiu fraco, mal conseguia se mexer. Naquela manhã, a barriga tinha começado a doer. “Alguma dor no peito?”, interrompeu Warner. Falta de ar? Febre ou calafrios? Vômitos? O paciente balançou a cabeça negativamente. Ele estava tomando remédios para reduzir a pressão arterial e o colesterol. Não havia fumado nem ingerido álcool desde o AVC. Um breve exame físico mostrou ao médico as consequências do AVC, nada além disso.

Por que o coração do paciente batia tão devagar? – perguntou-se o médico. Ele teria tomado algum dos remédios em excesso? Teria sofrido um ataque cardíaco que afetara o marcapasso natural do coração? O eletrocardiograma, apesar de anormal, não sugeria a ocorrência de infarto. Warner chamou o cardiologista, que veio às pressas para instalar um marcapasso temporário. A equipe estava preparando Charlie para esse procedimento, que poderia salvar sua vida, quando recebeu uma ligação do laboratório trazendo parte da resposta.

Os exames de sangue realizados no pronto-socorro mostravam que os rins do paciente não funcionavam. E sua taxa de potássio – elemento essencial na bioquímica do corpo, regulado pelos rins – estava perigosamente alta. O potássio controla a facilidade com que uma célula responde aos comandos do corpo. Se houver pouco potássio, as células irão reagir excessivamente a qualquer estímulo; com potássio em excesso, o corpo desacelera. Se o potássio elevado tornava o coração de Charlie mais lento, a eliminação desse mineral permitiria que ele voltasse a funcionar na velocidade normal. O paciente recebeu um medicamento para eliminar o potássio do organismo e foi então transferido para a UTI, onde seria monitorado.

Se o potássio estava elevado por causa da insuficiência renal, o que causara a falência dos rins? O dr. Peter Sands, residente de primeiro ano que estava de plantão na UTI, remoeu essa pergunta enquanto examinava o prontuário e os resultados de todos os exames realizados. Não era um erro na dose do medicamento. A caixinha de remédios do paciente mostrava que ele havia tomado o número correto de comprimidos. E não fora um ataque cardíaco; um exame de sangue comprovava isso. Peter procurou os resultados do exame de urina para buscar alguma indicação, mas não havia exame de urina. Por algum motivo, ninguém mandara o material ao laboratório. Os rins do paciente estariam doentes demais para produzir urina? Essa informação era fundamental.

Peter pediu à enfermeira que obtivesse um pouco de urina de Charlie. Ela voltou com as mãos vazias. Charlie não conseguia urinar. Ele contou à enfermeira que não urinava desde a noite anterior. A enfermeira não conseguiu passar um cateter de Foley – tubo de borracha inserido pela uretra até a bexiga para coletar urina. Algo estaria bloqueando a uretra? Um residente em urologia finalmente conseguiu inserir o cateter na bexiga, e a urina jorrou pelo tubo – quase dois litros. Uma bexiga cheia retém confortavelmente pouco mais de uma xícara de urina. A bexiga de Charlie acabava de eliminar quase oito vezes esse volume. O residente em urologia olhou para o plantonista: “Acho que agora sabemos por que os rins deste homem não estavam funcionando.”

A uretra *estava* bloqueada… pela próstata. A próstata circunda a uretra. Quando fica aumentada, como costuma ocorrer com a idade, pode perturbar essa passagem estreita, obstruindo-a e finalmente bloqueando-a até que a urina não passa mais. O líquido aprisionado enche a bexiga, dilatando-a muito além de sua capacidade normal, e então a pressão faz com que os rins parem de funcionar. Poucas horas depois de corrigida a obstrução, quando os rins de Charlie voltaram a funcionar, sua taxa de potássio começou a cair. Quatro horas depois, sua frequência cardíaca já estava acima de 60. Na manhã seguinte, a dor abdominal, sem dúvida causada pela bexiga enormemente distendida, havia diminuído. Quando Charlie deixou o hospital, três dias depois, seu nível de potássio e frequência cardíaca estavam normais, e os rins, quase recuperados. O tubo teria de ser mantido na bexiga até que o canal obstruído se abrisse.

Nas horas que precederam o diagnóstico, Charlie foi examinado pelo menos por duas enfermeiras e três médicos. Ele se queixara de dor abdominal. Como nenhum desses médicos ou enfermeiras notaram que sua bexiga, normalmente um pouco menor que uma bola de tênis, estava quase do tamanho de uma bola de futebol? Charlie é um homem esguio, mede mais de 1,80m de altura e pesa apenas 63kg. Sua barriga normalmente é chata. Eu não o examinei naquele dia, mas suponho que seu abdome estivesse distendido e doesse. Ninguém notou,

desconfio, porque ninguém olhou.

Ninguém examinou Charlie Jackson – até que quase fosse tarde demais.

A doutora delirante

Como médica atuante, entendo a tentação de pularmos o exame físico. Um paciente entra no hospital, e de tal modo nos concentramos naquilo que certamente poderá matá-lo que não pensamos em investigar mais nada. Quando encaramos um paciente que pode morrer diante dos nossos olhos, somos tomados por uma espécie de ansiedade, um pânico controlado, alimentado pela adrenalina. Acabamos por nos debruçar sobre os resultados laboratoriais e outros exames complementares. Pedimos a opinião de um especialista. Enviamos o paciente à UTI. Mas não o examinamos. Isso é algo que os médicos já não fazem, em parte porque não sabem mais como fazê-lo.

Essa lição foi absorvida de maneira tão completa que os médicos – os que ainda estão em formação e os que já a terminaram – muitas vezes sequer se dão conta das situações em que a perda dessa velharia decrépita nos impede de fechar um diagnóstico clássico. Eu costumo frequentar muitas conferências médicas na esperança de encontrar casos que possa incluir na minha coluna no jornal. Deparei-me com um exemplo perfeito dessa situação numa conferência recente na Sociedade de Clínica Médica Geral, uma reunião de médicos ligados à universidade.

Judy Reemsma, médica no terceiro ano de residência, estava em pé diante de seu cartaz, no labirinto de divisórias da sala de exposições onde os residentes e estudantes de medicina apresentavam seus trabalhos de pesquisa e relatos de casos. Judy se mostrou muito confiante ao falar do caso apresentado no cartaz. Era natural que fosse assim – naquela história, ela fora ao mesmo tempo a médica que fizera o diagnóstico e a paciente.

Durante o segundo ano da faculdade de medicina, Judy ficou doente e foi levada ao pronto-socorro por seu noivo, David DiSilva. O médico responsável pelo caso era o dr. Jack McFarland, residente da emergência e amigo próximo de Judy.

O dr. McFarland, jovem alto e magro, de ombros ligeiramente encurvados, surgiu na porta e cumprimentou a amiga naquela noite de primavera em 2004. “O que vocês estão fazendo por aqui?”, perguntou. Era estranho vê-la ali. Para Judy, foi chocante se ver fora das roupas tradicionais de hospital e sem o jaleco branco, vestida com o aventalzinho leve que a identificava como paciente.

Enquanto trocava breves formalidades com David, Jack tentou avaliar a condição de Judy. Ela parecia bem, pensou. O coração batia rápido; as linhas do

monitor cardíaco estavam aceleradas, chegando a 150 batimentos por minuto. A pressão arterial da moça estava alta, e, embora se mostrasse ansiosa, não dava a impressão de estar doente.

Então ela se pôs a falar. Uma torrente selvagem de palavras brotou da boca de Judy. Frases aleatórias, orações sem sentido, parágrafos rápidos e incoerentes. Havia fragmentos de significado espalhados ao longo do discurso, mas estavam quase submersos na torrente acelerada de palavras. O dr. McFarland ficou perplexo. Olhou para David, que acenou com a cabeça. Esse era o motivo que os levara ali.

Judy estivera bem o dia todo, contou David. Ele estava de folga no trabalho, por isso passaram quase a tarde inteira juntos. Judy teve aula de manhã. Voltou para casa e estudou um pouco. Foram à academia de ginástica e depois prepararam o jantar juntos. Em seguida, Judy subiu para estudar. Talvez uma hora mais tarde, a moça se queixou de dor de barriga. A tela do computador parecia borrada, disse ela a David. Judy decidiu voltar para o quarto e se deitar.

Uma hora depois, David a ouviu cair – subiu correndo a escada e a encontrou no chão, chorando descontroladamente. Quando falou, suas palavras não faziam sentido, e ficou claro para David que ela estava confusa. Nesse momento ele começou a ficar preocupado. Quando saíram para o hospital, Judy estava tão instável que David praticamente teve de carregá-la até o carro.

A paciente tinha 27 anos, um corpo atlético e não apresentava problemas médicos importantes. Estava tomando um antidepressivo, Paxil, e posteriormente o médico lhe receitara outro remédio, Tryptanol, para ajudá-la a dormir. Porém, acrescentou David, Judy não gostava da sensação que o Tryptanol lhe causava, por isso parou de tomá-lo. A moça não fumava, só bebia de vez em quando, jamais tinha usado drogas ilícitas. Enquanto o dr. McFarland e o noivo de Judy percorriam a história clínica, a paciente se mexia inquieta na maca. Às vezes tentava responder às perguntas, mas tinha a fala embolada – uma salada de palavras que trazia poucas informações úteis. Ela não parecia ciente de que suas palavras não faziam sentido algum.

“Preciso examinar você. Tudo bem?”, perguntou Jack à paciente, hesitante. Judy fez que sim. As luzes da sala estavam desligadas, e quando o médico as acendeu, Judy gritou e cobriu os olhos. “Ah, sim, ela tem ficado incomodada com a luz desde que chegamos aqui. Por isso escurecemos a sala”, disse o noivo. Jack apagou a luz, a contragosto. A moça não tinha febre. A boca estava seca e a pele um pouco quente, mas sem suor. O resto do exame parecia normal. O médico tentou realizar um exame neurológico completo, mas a paciente estava confusa demais para cooperar com ele. O ECG não mostrou anormalidades além da frequência cardíaca aumentada.

Jack McFarland pensou cuidadosamente no caso de sua colega, agora paciente. Para quase qualquer pessoa que apresentasse alteração do estado mental, o uso de drogas ilícitas tinha de figurar no topo da lista de causas possíveis, por mais improvável que parecesse naquele caso. Além disso, ela havia tomado um remédio – Tryptanol – que podia causar muitos daqueles sintomas quando usado em altas doses. A moça tinha história de depressão, e o noivo passara muito tempo fora da cidade nos últimos meses. Ela teria tendências suicidas? Poderia ter tomado uma overdose do remédio? Isso explicaria o aumento da frequência cardíaca e a confusão. O dr. McFarland sabia que uma dose alta de Tryptanol causava elevação inicial da pressão arterial, mas o verdadeiro perigo vinha depois, quando ela caía de repente. A pressão de Judy estava alta, perigosamente alta. Ela talvez estivesse na etapa inicial da reação ao remédio. Por outro lado, Jack tinha dificuldade em acreditar que sua amiga pudesse estar tão deprimida. Ela parecia bem na última vez em que se encontraram.

Judy talvez não tivesse depressão simples – talvez fosse bipolar, e o antidepressivo a houvesse feito passar da depressão à mania. Isso explicaria a fala apressada, mas poderia causar um aumento tão pronunciado da pressão arterial? E Jack a conhecia bem; ele não saberia se Judy fosse bipolar?

Ou seria um excesso de hormônio tireoidiano? A tireoide é a versão viva de um carburador – trabalha para regular a intensidade com que a maquinaria corporal deve funcionar. Se houver escassez desse hormônio, o ritmo do organismo se reduz. Um excesso o acelera – podendo causar taquicardia, hipertensão e, às vezes, fala acelerada e confusão.

Jack McFarland interrogou o noivo da paciente. Por acaso ela já havia mostrado sinais de mania? Judy tinha história de insônia, e a falta de sono é tanto sinal de mania quanto de hipertireoidismo – ela ficava acordada a noite toda? Não, até aquela noite Judy estava bem, insistiu David. A jovem ficara deprimida, mas tudo passou quando começou a tomar o Paxil – e isso meses antes. Seu sono não estava pior que o habitual.

David fez uma pausa. Havia mais uma coisa: depois do jantar ele se sentiu um pouco estranho. Não tão mal quanto Judy, mas seu coração acelerou e ele ficou um pouco nauseado – embora estivesse bem agora. Naquela noite eles haviam comido um pouco de alface da horta que plantavam no jardim. Os sintomas de Judy poderiam ter alguma relação com isso? Ao ouvir essa informação, o residente pensou num paciente que vira há não muito tempo, que comera vegetais de sua horta contaminados com pesticida. O paciente quase morreu. Mas ele estava muito mais doente que esta jovem. Além disso, seus sintomas eram opostos aos dela: frequência cardíaca diminuída e pressão arterial quase

indetectável. O paciente entrou em coma pouco depois de chegar ao pronto-socorro – foi preciso intubá-lo, pois tinha os pulmões cheios de água. O quadro clínico geral era muito diferente.

Ainda inseguro, o médico pediu alguns exames de sangue de rotina para investigar a presença de uma infecção ou um desequilíbrio na bioquímica do sangue. Checou o funcionamento da tireoide. Também pediu um exame de urina, para pesquisar a presença de drogas ilegais e Tryptanol, o medicamento prescrito para a insônia.

Enquanto o médico esperava os resultados dos exames, a paciente foi ficando cada vez mais agitada. A todo momento descia da cama e caminhava em meio ao caos do pronto-socorro. Em certo momento calçou luvas e apanhou o prontuário de outro paciente, como se estivesse ali a trabalho. Por várias vezes as enfermeiras tiveram de guiá-la de volta ao leito. Deitada na maca, ela parecia conversar com pessoas que não estavam ali, apontando e tentando acertar criaturas que ninguém via. Às vezes se aquietava, murmurando palavras que o noivo não conseguia entender.

Os resultados dos exames foram chegando aos poucos, mas não trouxeram pistas adicionais. O hormônio tireoidiano estava normal. A pesquisa de drogas foi completamente negativa. Não havia qualquer traço do Tryptanol. O que estaria ocorrendo?

De madrugada, a pressão arterial da paciente já havia voltado à faixa normal, mas sua frequência cardíaca continuava alta. Judy estava menos confusa, mas ainda muito longe do normal. Aquilo seria parte de uma doença subjacente? Pediram que Judy fizesse uma ressonância magnética do cérebro, em busca de sinais de AVC, e também uma TC de tórax para pesquisar a presença de pequenos trombos. Os dois exames foram normais. Depois de quatro dias, a paciente se recuperou inteiramente e recebeu alta, com diagnóstico ainda desconhecido.

Em casa, Judy ficou perturbada com seu breve episódio de loucura. As perguntas sem resposta eram frustrantes.

Naquela tarde, vagueou pelo jardim para capinar algumas ervas daninhas, e logo sua atenção foi atraída por um hóspede não convidado que crescia em sua horta de alfaces. Entre as folhas verdes e arroxeadas que Judy e o noivo tinham plantado havia flores brancas incrivelmente bonitas, que não estavam ali antes e que ela sem dúvida não plantara. Seria possível que os primeiros rebentos dessa planta houvessem se confundido com alface e acabado em sua salada? Judy puxou as três plantas pela raiz, colocou-as numa bolsa plástica e foi até a florista do bairro.

Quando Judy tirou as plantas da bolsa para mostrá-las à florista, a mulher

exclamou: “Não toque nessas plantas! São altamente tóxicas. Isso é *datura*”. Também chamada erva-do-diabo ou trombeta, a planta é conhecida há séculos por causar uma espécie de loucura temporária em homens e animais, explicou a mulher. Os sintomas causados pelo ingrediente ativo encontrado nessa planta são muito conhecidos, e os estudantes de medicina costumam memorizá-los: loucura, cegueira, secura, vermelhidão, calor.

De fato, Judy apresentara todos os sintomas clássicos: a toxina da planta torna o paciente cego porque provoca a dilatação das pupilas (a substância ainda é usada por oftalmologistas justamente com esse propósito). E ela tinha o rosto bastante avermelhado, segundo seu noivo. O dr. McFarland deixou de notar esses dois sintomas no pronto-socorro porque apagou as luzes do quarto para aliviar o desconforto da amiga. Ele notou que a boca e pele de Judy estavam secas, além da evidente loucura, mas isso não foi suficiente para fechar o diagnóstico. Quando outros médicos do hospital a examinaram, a maioria dos sintomas característicos já tinha desaparecido.

Perguntei ao dr. Jack McFarland por que, em sua opinião, ele tinha deixado passar uma apresentação clássica desta síndrome tão bem-descrita. “Já pensei nisso. Um bocado, para falar a verdade. Acho que minha amizade com a paciente tornou mais difícil, para mim, assumir o papel médico. Eu não consegui enxergá-la realmente como uma paciente.” A relação médico-paciente requer certa distância que o residente não conseguiu impor à amiga. “É como se quiséssemos fechar os olhos, intelectualmente, quando estamos cuidando de alguém que conhecemos. Precisamos ir fundo, mas é desconfortável.”

Mas há também outra questão nesse caso. Jack McFarland não insistiu em acender a luz para fazer um exame completo na paciente. Ele teria ficado tão despreocupado se Judy não o autorizasse a colher seu sangue ou urina para realizar exames, ou se negasse a realizar a TC? Por que o médico não insistiu em acender a luz para fazer o exame físico adequadamente? Será que ele não acreditava que esse exame pudesse lhe trazer alguma informação útil que lhe permitisse fechar o diagnóstico? Afinal, essa perda de fé se torna uma profecia realizada. Se não esperamos encontrar nada, com que empenho iremos procurar?

Por não insistir em examiná-la no quarto iluminado, o médico não percebeu que a paciente tinha o rosto avermelhado nem que seus olhos estavam estranhamente dilatados sob a luz forte do lugar. Optando por deixá-la no escuro, sem querer ele se colocou no escuro também. Perdeu duas indicações essenciais que talvez lhe permitissem resolver o mistério da doença de Judy.

A ciência dos sentidos

Já se passaram mais de 15 anos desde que Salvatore Mangione publicou seus estudos pioneiros sobre a perda das aptidões médicas na realização do exame físico. Suas pesquisas logo despertaram debates vivos e apaixonados, mas chamaram pouca ação. E, apesar de presenciarmos o progressivo definhamento dessas habilidades nas gerações seguintes de médicos, ainda não sabemos ao certo que efeito essa mudança terá sobre nossa capacidade de tratar os pacientes. A tecnologia poderá substituir essas aptidões perdidas? Ou será que a decadência do exame físico prejudicará nossa capacidade de diagnosticar em tempo oportuno? Como existem poucos estudos sobre o tema, não temos respostas melhores que aquelas de que dispúnhamos em 1993. No entanto, certos relatos sugerem que estamos perdendo algo muito valioso.

Os médicos não são particularmente conhecidos por adotarem novidades com muita facilidade. A medicina continuou a usar o prontuário de papel muito depois de que quase todas as demais atividades ou profissões já haviam aberto espaço para a eficiência eletrônica. Os médicos relutam tanto em mudar o modo como praticam a medicina que são necessários, em média, 17 anos para que as técnicas bem-estabelecidas pela pesquisa – como dar uma aspirina a um paciente que está tendo um infarto – sejam adotadas ao menos pela metade dos profissionais atuantes. Em outras palavras, em geral é preciso que toda uma geração de médicos seja substituída por outra para que uma única prática nova se torne rotineira, entrando para a “tradição” médica.

A própria formação médica permaneceu praticamente inalterada desde o final do século XIX, quando sir William Osler estabeleceu o sistema de residência hospitalar como método para padronizar e institucionalizar o aprendizado na disciplina. Mudanças impostas aos médicos – por exemplo, a carga horária de 80 horas semanais nos programas de residência dos Estados Unidos – foram ridicularizadas e abominadas em todo o país.

E, ainda assim, os médicos e inclusive os pacientes parecem dispostos e até ansiosos por abandonar o exame físico arduamente desenvolvido durante os últimos dois séculos, permitindo que sua erosão avance sem obstáculos. Não há dúvida de que o conservadorismo característico da medicina contribuiu para essa perda. A relutância quase patológica em modificarmos a formação dos novos médicos, em contraste com um ambiente em rápida transformação, ajudou a provocar uma das mudanças mais radicais em toda a história da prática médica.

Ainda assim, nos últimos anos, também temos tido a sensação crescente de que o exame físico pode contribuir bastante para nossa compreensão do paciente e de sua doença. Uma vez aceito esse fato, surgiu todo um novo conjunto de perguntas que antes sequer podiam ser feitas: que partes do exame físico são importantes, valendo a pena preservá-las? Quais partes podem e devem ser

descartadas? E, uma vez que tenhamos uma noção mais clara do que merece ser mantido, como poderemos incluir esse conhecimento na educação de nossos novos médicos?

Nos próximos capítulos, vou examinar cada uma das diversas partes do exame físico, analisando de que maneira funcionam para nos dar pistas sobre o mistério do diagnóstico. Vamos observar cada qual na ordem em que somos ensinados a realizá-las: primeiro a observação, depois o toque, depois a ausculta. Cada um desses métodos usados para avaliar o paciente através dos sentidos nos fornece informações imediatas e essenciais. Todos eles têm suas limitações.

Uma vez desmembrado o exame físico nas partes que o compõem, como poderemos identificar quais delas são importantes e úteis, devendo ser preservadas, e quais não são assim tão valiosas? Se conseguirmos resguardar as partes úteis do exame físico e descartar as inúteis, teremos um exame físico mais enxuto e acurado. Caso contrário, se o exame físico se perder, acabaremos com um sistema de saúde mais lento, menos eficaz e mais caro – um sistema de alta tecnologia e pouco toque, que deixará muito a desejar para os pacientes e para os médicos que os atendem.

5. Ver para crer

O DR. STANLEY WAINAPEL caminha com leveza até a porta de seu consultório para cumprimentar o primeiro paciente do dia. É uma manhã de verão terrivelmente úmida, e, mesmo ali, num recanto profundo do Centro Médico Montefiore, no Bronx, o ar-condicionado não dá conta do calor pesado. O dr. Wainapel é um homem alto, de sessenta e poucos anos. Uma massa suntuosa de cabelos brancos emoldura seu rosto bonito, marcado por rugas que se acentuam quando ele sorri. Os olhos castanho-claros são ampliados pelos óculos pretos, de aro fino, que ele ajusta com frequência.

Stanley dirige o Departamento de Fisiatria do hospital. Ele se apresenta a Anna Delano, a corpulenta mulher de meia-idade que veio se consultar com ele por causa de uma dor nos joelhos. Enquanto ela se aproxima da cadeira em frente à mesa do médico e abaixa o corpo lentamente para se sentar, Stanley a elogia por ter encarado a umidade e pede desculpas pelo ar-condicionado ineficaz.

Anna ergue os olhos, fitando Stanley, ainda de pé sob a porta. “Está falando comigo?”, pergunta Anna, expressando sua confusão num sotaque nova-iorquino nasal. “Porque o senhor não está olhando para mim.”

Stanley gira a cabeça para o ponto onde a voz agora se origina. Sorri encabulado, revelando uma covinha profunda na bochecha. “Desculpe”, diz a ela, “eu tenho um problema de visão”.

Esta é a natureza do problema de visão de Stanley Wainapel: ele é cego. Stanley nasceu com uma forma de retinite pigmentosa, transtorno genético raro que o fez começar a vida com uma grave cegueira noturna e visão em túnel. Com o passar dos anos, as janelas estreitas pelas quais ele conseguia enxergar foram se tornando cada vez menores até se fecharem completamente, deixando-o incapaz de perceber qualquer cor ou forma, e muito pouca luz. Com o olho direito, seu olho “bom”, ele às vezes consegue detectar movimento. Com o olho esquerdo, nada.

Graças ao processo lento da doença, Stanley conseguiu enxergar o suficiente para cursar a faculdade de medicina e um programa de residência de quatro anos

em fisiatria, iniciando uma trajetória acadêmica extremamente produtiva. Ele diz ter certeza de que a deficiência visual não o impediu de ser um bom médico. Sua carreira de sucesso, que culminou no atual cargo de diretor do Departamento de Reabilitação, assim como sua agenda lotada, sugere que ele está certo. Minha pergunta é: como isso foi possível?

A visão é tida há muito como o mais importante dos cinco sentidos. Biologicamente, ela sem dúvida se destaca. Mais de 50% do cérebro humano é dedicado à visão. Descartes pode ter compreendido seu mundo pelo pensamento, mas o resto de nós precisa ver para crer. Confiamos no que os olhos nos dizem. Quando Chico Marx, fingindo ser Rufus T. Firefly (Groucho Marx), no filme *Diabo a quatro*, de 1933, é pego em flagrante com outra mulher, ele nega a evidente infidelidade e pergunta, indignado: "Em quem você vai acreditar? Em mim ou nos seus próprios olhos?" A piada é engraçada porque, para a maioria de nós, não há escolha a ser feita.

O mesmo vale na medicina. William Osler enfatizou a importância da observação nesta prática: "Erramos mais por não enxergar do que por não saber", ensinava a seus alunos. A própria linguagem que usamos no atendimento do paciente enfatiza o papel central da visão. Nós "vemos" os pacientes no consultório; dizemos que um paciente está em "observação" no hospital. Pedimos aos doentes que "fiquem de olho" em alguma coisa. "Supervisionamos" seu tratamento.

Muito antes de iniciar as manobras requintadas que constituem o que habitualmente consideramos como o exame físico, o médico começa a reunir informações sobre o paciente no momento em que deita os olhos nele. É jovem ou velho? Parece saudável ou doente? Como caminha? Está sentindo dor?

Na hora em que o paciente entra no consultório, boa parte do exame físico depende do que o médico consegue ver – observamos a pele e os olhos, inspecionamos o interior dos ouvidos e da boca. Checamos a cor da língua, as unhas, as fezes. Muitas das ferramentas que empregamos no exame físico nos permitem observar melhor os ouvidos, nariz, boca; os aparelhos que usamos para medir a pressão arterial, temperatura, saturação de oxigênio e glicose sanguínea nos informam os dados visualmente. Os exames que pedimos para obter informações adicionais sobre o paciente muitas vezes transmitem esses dados de forma visual: os exames de imagem são os mais evidentes, mas um ECG é uma representação visual da atividade elétrica do coração, e um eletroencefalograma (EEG) representa o funcionamento dos circuitos do cérebro. Claro que esses exames costumam ser interpretados por especialistas – os médicos nem sempre os leem por conta própria. Ainda assim, considerando-se a importância da visão na medicina, é difícil imaginar que um diagnóstico possa ser feito sem ela. De

que maneira um médico poderá “ver” os pacientes se não consegue enxergar o paciente?

Ninguém parece saber quantos médicos cegos exercem a profissão nos Estados Unidos. Uma pesquisa no Google (“médico cego”) gera uma dúzia de nomes. Ao ler as entradas que encontrei, descobri que a maioria deles trabalha em especialidades como a psiquiatria, nas quais o contato rotineiro com o paciente consiste sobretudo em escutar e falar. Poucos, como Stanley Wainapel, se dedicam à medicina de reabilitação. Eu quis conhecer Stanley para entender o valor da visão na prática médica e no diagnóstico. Quem poderia apreciar melhor o verdadeiro valor da visão do que uma pessoa que um dia teve a capacidade de ver e agora devia trabalhar sem ela?

Confrontado com a confusão da paciente naquela manhã, Stanley se esquiva com habilidade da pergunta da mulher fazendo humor. “Não olhei diretamente porque a senhora é tão bonita que me obrigou a desviar os olhos.” Os dois riem, e, a seguir, quando o desconforto do momento se esvai, Stanley retorna confiante à sua mesa e começa a interrogar a paciente quanto à dor no joelho.

Tudo começou quase um ano atrás, conta-lhe a Anna, e tem piorado progressivamente. Ela havia se consultado com seu médico, que a encaminhou a dois cirurgiões. De modo previsível, ambos indicaram uma cirurgia. Ela veio então se consultar com o dr. Wainapel, porque lhe agradava a perspectiva de se operar. “Perdi quase 15 quilos, e isso ajudou, mas não o bastante. Tenho dificuldade até para caminhar. Estou usando uma bengala.” Ela também se queixa de dor no punho, nas últimas duas semanas. Enquanto a paciente conta sua história, Stanley se curva um pouco para à frente, com a cabeça inclinada, os olhos fixos no rosto de Anna – numa postura de quem presta muita atenção. Ele faz algumas perguntas e anota as respostas num bloco de papel. Do lugar onde estou sentada, não consigo enxergar o que ele escreve, mas noto que usa o polegar esquerdo para não perder a orientação na página enquanto anota os detalhes da queixa de Anna.

Depois de rever a história clínica da paciente e os medicamentos tomados, Stanley lhe pede que se sente na mesa de exame, que ocupa a outra metade da sala. Vejo-o tocar os ombros, cotovelos, punhos e mãos da mulher, realizando manobras hábeis para identificar a fonte da dor no punho. “Dói bastante neste ponto aqui”, diz Anna, quando Stanley segura seu punho. “Aqui? Certo. Hum.” De os olhos fechados, Stanley toca suavemente o antebraço da paciente para identificar a origem da dor. “É entre o processo estiloide da ulna [a saliência óssea que temos no punho, no lado do mindinho] e o pisiforme [o osso mais externo do punho]. Hum. Não sente dormência? Fraqueza?” (Não e não.) “Parece ser uma lesão do ligamento colateral ulnar. Não houve trauma?” (Não.)

Stanley passa então aos joelhos. Avalia a amplitude do movimento – os lamentos de Anna revelam o quanto seus joelhos doem, mesmo com o movimento mais trivial. Stanley palpa os tornozelos e os pés da paciente; busca sinais de inchaço e de instabilidade articular. Pede ela que se deite de costas para avaliar a articulação do quadril. Às vezes, a dor sentida no joelho se origina no quadril. Mas não neste caso. Ela não tem qualquer restrição de movimento nem dor nos quadris.

Os dois voltam às suas cadeiras, e Stanley a conduz pelo seu raciocínio. A dor no punho provavelmente é causada por um entorse – talvez provocado pelo modo como ela se apoia na cadeira, fazendo força para se levantar. Ainda assim, é fundamental se assegurarem de que não há fratura. Um dos ossinhos do punho pode quebrar, e a dor seria a única indicação – por isso ela vai precisar de uma radiografia. Quanto aos joelhos, Stanley vai pedir o laudo da radiografia da paciente ao cirurgião ortopédico. Até lá, ele recomenda fisioterapia, Naprosyn (um anti-inflamatório como o ibuprofeno) e um teste terapêutico com uma combinação de glicosamina e condroitina, vendida sem prescrição médica em lojas de alimentos naturais. O médico transmite a Anna as evidências científicas existentes sobre este remédio: “Foi demonstrado que a combinação de glicosamina e condroitina não regenera as articulações, mas pode trazer algum alívio aos pacientes com muita dor nos joelhos. Se isso ajudar a senhora a se mexer, por que não tentar?”

Enquanto Stanley fala, corro os olhos pelo consultório. Não fiquei surpresa com o fato de Anna não ter se dado conta imediatamente de que o médico era cego. Nada em Stanley ou na sala sugere que ele tenha qualquer deficiência. Além dos tradicionais diplomas emoldurados, as paredes estão cobertas de belas pinturas a óleo, fotografias, pôsteres. Prateleiras repletas de livros de medicina e revistas científicas cobrem uma parede inteira. Stanley usa óculos – não óculos escuros, óculos normais. E seus olhos parecem se concentrar no rosto da pessoa com quem está falando – contanto que o interlocutor não saia do lugar. A única indicação de seu déficit de visão são duas bengalas brancas dobradas discretamente sobre a estante.

Antes de dispensar a paciente, Stanley dita uma carta para o médico habitual de Anna. Faz com facilidade um resumo preciso de tudo o que a paciente lhe contou. “Desta forma, eles podem ver que não guardo nenhum segredo e que me lembro de tudo. Percebem que somente meus olhos estão afetados – não meu cérebro. E, claro, se eu cometer um erro, o paciente tem a chance de me corrigir.” Olho de relance para as anotações que ele fez enquanto falava com a paciente. São ilegíveis – não se trata da famosa caligrafia dos médicos, com rabiscos e linhas que precisam ser cuidadosamente decifrados. Apesar de todo o

esforço de Stanley, em suas anotações posso ver dezenas de linhas escritas numa caligrafia arredondada, amontoadas umas sobre as outras – condensadas numa única linha de rabiscos grossos e indecifráveis. Fico surpresa. É fácil esquecer que ele não consegue enxergar. Felizmente, Stanley não depende dessas notas confusas. Ele dita rotineiramente num gravador suas observações sobre a consulta, que são então digitadas e incluídas no prontuário. Se, por algum motivo, o sistema de dicção não funcionar e seu relatório se perder, conta-me Stanley num tom sincero, sua secretária pode usar aquelas anotações para reconstruí-lo. Ao ouvir isso, não faço nenhum comentário. Ele não consegue ver a bagunça de suas notas, e não me parece necessário falar sobre isso.

Quando a consulta está perto de terminar, Stanley chama a secretária, que escreve então as prescrições e o encaminhamento para a fisioterapia. A secretária posiciona a mão de Stanley para que ele assine as páginas no local correto e então leva a paciente até a mesa dele, onde marcam uma consulta de revisão. Afinal, foi uma consulta perfeitamente corriqueira.

Depois que a paciente se foi, pergunto a Stanley por que ele não contou que era cego antes que ela chegasse ali – ainda que fosse para evitar aquele momento social embaraçoso. Ele parece surpreso com a pergunta. “Por que eu deveria?”, pergunta. “Eu contaria se fosse importante para o meu trabalho como médico, mas não é.” Com um sorriso astuto, acrescenta: “Se eu puder encontrar o paciente, é bem provável que eu consiga ajudá-lo. No meu caso, localizar o paciente é a parte mais difícil do trabalho.”

“A observação sem dúvida é o componente mais importante do exame físico, mas existem maneiras de observar sem os olhos”, conta-me Stanley. Ele tem boa audição, ressalta. Orgulha-se de sua capacidade de obter a história clínica completa, de permitir que o paciente conte o que está sentindo, e se considera um especialista no exame físico do sistema musculoesquelético.

“Eu sabia que estava ficando cego, por isso fiz minhas escolhas com base nisso”, acrescenta. “E, graças a essas escolhas – minha especialidade, por exemplo –, acho que posso ser um médico excelente que por acaso é cego. Não sei se poderia dizer o mesmo se tivesse escolhido outra especialidade.” O que torna essa especialidade melhor que as outras? “Muitas coisas. A mais óbvia é o fato de os pacientes virem me procurar com problemas em partes do corpo que posso examinar diretamente. Eu seria um péssimo cirurgião ou oftalmologista – eles precisam enxergar para realizar seu trabalho. Eu posso fazer o meu com as mãos, os ouvidos e, o mais importante, com o cérebro.”

Comparando a prática de Stanley com a minha, percebo por que sua especialidade lhe permite ser um médico talentoso, apesar das limitações. Os pacientes que vêm se consultar com Stanley estão sentindo dor, mas as causas

são crônicas, não agudas. O braço ou perna de que se queixam dificilmente estará quebrado, infectado ou sangrando. Ele não é esse tipo de médico. E, em virtude da natureza crônica dos problemas de seus pacientes, Stanley tem tempo para diagnosticar e tratar com precisão a maioria das pessoas que se consultam com ele.

Ainda assim, mesmo nessa especialidade, existem casos em que a perda da visão dificulta um diagnóstico. Stanley me fala de uma senhora idosa que veio procurá-lo para realizar a reabilitação após implantar cirurgicamente uma prótese no quadril. Antes da operação, ela era ativa e saudável, relatou a paciente – limitada apenas pela dor no quadril. Depois da cirurgia, continuou fraca e instável apesar de semanas de reabilitação. Ainda precisava de um andador para não cair e tinha dificuldade em executar os exercícios de fortalecimento. Stanley ficou desconcertado. Examinou-a várias vezes. A ferida cirúrgica estava bem-cicatrizada. A articulação tinha boa mobilidade. A força e os reflexos da paciente pareciam normais, e, ainda assim, ela não conseguia caminhar sem ajuda.

Uma assistente social forneceu a pista que solucionou o caso para ele. Ela ficou impressionada com a expressão fixa e triste no rosto da mulher. A paciente poderia ter doença de Parkinson?, perguntou a assistente social a Stanley. Era uma boa ideia – e algo que ele não poderia ter visto. “Fui até a paciente e, caramba, ela tinha o sinal da roda dentada e tudo.” O sinal da roda dentada é um movimento atravancado que ocorre quando a articulação é movida passivamente – sinal básico da doença de Parkinson. Esse mal torna mais lentos os movimentos voluntários e causa instabilidade. Não era de surpreender que a mulher não conseguisse melhorar. Depois de iniciado o tratamento contra o Parkinson recém-diagnosticado, a paciente não tardou a se sentir melhor.

Naturalmente, do ponto de vista de Stanley e da paciente, o caso não foi uma falha, porém um êxito. O resultado final foi que ele conseguiu ajudar aquela mulher a retomar seu vigor e sua atividade. E, ainda assim, o caso mostra que, mesmo entre a pequena gama de pacientes atendidos naquela especialidade, existem aqueles para os quais a visão tem um papel importante e insubstituível. Foi um êxito terapêutico, em última análise, porque, na população de pacientes tratados por Stanley, o médico tem certo tempo para desvendar o problema. Isso nem sempre ocorre nas outras especialidades.

O aspecto da doença

Na medicina, a visão se torna essencial sempre que precisamos de avaliações e ações rápidas. Não poderíamos imaginar, por exemplo, um médico emergencista cego. Na emergência, precisamos coletar informações sobre o paciente com

rapidez e eficiência. Nunca sabemos o que vai entrar pela porta, portanto, devemos estar prontos para tudo. Durante a faculdade de medicina e a residência, disseram-me repetidamente que eu precisava aprender qual o aspecto de um paciente "doente", porque isso me daria uma das indicações mais importantes sobre a gravidade de sua doença.

Essa não é uma ideia nova. Alguns dos primeiros textos médicos de que dispomos se dedicam a descrever esse aspecto. Hipócrates começa seu trabalho sobre prognóstico com esta dica: "Se a aparência normal de um paciente está preservada, este é o melhor dos casos; quanto mais anormal a aparência, pior está o paciente".[1] Ele prossegue descrevendo o rosto de uma pessoa que está prestes a morrer: o nariz fica afilado, conta-nos Hipócrates, os olhos afundados, as têmporas cavas, a pele esticada e seca, com uma cor escurecida. Hipócrates fala da dificuldade de tratarmos uma pessoa que está doente demais para sobreviver com o mesmo pragmatismo que caracteriza o juramento que ainda traz seu nome: "Percebendo e anunciando previamente quais pacientes vão morrer, [o médico] se absolve de qualquer culpa."[2] Essa sabedoria foi transmitida ao longo dos séculos de medicina, em suas mais diversas formas.

Ao terminarem sua formação, os médicos em geral têm ao menos uma história para contar sobre um paciente que lhes ensinou qual o aspecto da doença. É um desses ritos de passagem que não esquecemos jamais. Jennifer Henderson foi a paciente que me ensinou o aspecto da pessoa gravemente enferma. E foi cuidando dela que descobri as limitações inesperadas dessa avaliação. Tratando de Jennifer, aprendi que reconhecermos a gravidade do paciente é apenas um primeiro passo.

Eu conheci Jennifer na minha primeira noite de plantão, no primeiro ano da residência. Ainda me lembro da empolgação e do pânico que esse momento que eu já vivera tantas vezes antecipadamente me causava. Clark Atkins era o residente encarregado de supervisionar meu treinamento naquele primeiro mês. Clark também estivera na minha posição até três dias atrás, quando começara o novo ano letivo, e passara ao segundo ano de residência. Agora era a vez de ele me transmitir o que havia aprendido. Seguimos apressados para ver a nova paciente – Jennifer –, que já havia sido transferida do pronto-socorro para um quarto privado no terceiro andar.

Uma das decisões mais importantes a se tomar sobre um paciente, explicou Clark enquanto subíamos a escada, é de quanta supervisão e monitoramento ele irá precisar. Os médicos emergencistas em geral são muito bons nisso, contudo, por ser uma questão tão importante, é essencial vermos pessoalmente o paciente para termos certeza de que concordamos com a decisão. Parei para anotar essa informação no caderninho que eu usava para registrar os segredos do

atendimento, e depois me apressei para acompanhar o passo.

Jennifer estava sentada na cama, inclinada para a frente, com os braços apoiados ao lado dos joelhos. Uma máscara plástica de oxigênio, embaçada por sua respiração, lhe cobria o nariz e a boca, como a versão moderna do véu de uma odalisca. Quando entramos no quarto, ela ergueu os olhos com uma expressão embotada, distraída pelo esforço que fazia para respirar. O prontuário do pronto-socorro dizia que aquela mulher tinha 31 anos, mas, para mim, parecia muito mais velha.

Era uma mulher pequena – magra, com feições delicadas, mas desgastadas pelo que provavelmente fora uma vida muito difícil. Seu cabelo cacheado, tingido de loiro, estava enfeiado por uma grossa faixa preta na raiz. Os olhos tinham um tom azul claro que talvez tenha sido incrivelmente bonito um dia, mas que agora parecia desbotado, sem vida. A pele era bronzeada e ressecada pelo sol, e, quando ela se pôs a falar, um inesperado bloco escuro na linha dos dentes amarelados pelo cigarro revelou que ela já havia perdido um ou dois. Os braços eram magros e musculosos, as clavículas salientes, e a pele do rosto parecia estar um tamanho acima do dela. Os músculos do pescoço estavam proeminentes, contraindo-se a cada respiração, com o esforço que ela fazia para inspirar a quantidade suficiente de ar, apesar do oxigênio suprido pela máscara.

Clark acenou para mim com a cabeça, encorajando-me; dei então um passo em direção ao leito e me apresentei. Expliquei que seríamos os médicos dela enquanto estivesse internada e perguntei por que viera ao hospital. Estava sentindo dor no corpo todo, contou-me Jennifer. Ela era viciada em heroína. Estava numa boa. Até a semana anterior. Então começou a ter dor de cabeça. As frases de Jennifer vinham em surtos breves, poucas palavras de cada vez, entrecortadas por respirações profundas. Começou a ter suores noturnos. E febre. E agora estava com falta de ar. O tempo todo. E doía… quando ela respirava.

De súbito, ergueu os olhos, angustiada, e seu corpo foi tomado por um paroxismo de tosse. Jennifer apanhou um lenço e o manteve junto à boca, sob a máscara. Arfou em busca de ar enquanto o espasmo lhe sacudia o torso. Correram lágrimas por seu rosto. Ela finalmente se aquietou. Limpou a boca com o lenço e me mostrou o escarro escuro, sanguinolento. “Acho… que estou morrendo”, falou ofegante, secando o rosto com a borda do lenço. Tentei reconfortá-la, dizendo que ela ficaria bem, mas temi que ela pudesse estar certa.

Ao exame, Jennifer não tinha febre, mas o coração estava acelerado e ela respirava mais rápido que o normal. E, apesar da máscara que lhe supria 50% de oxigênio (o ar normal contém apenas 20% de oxigênio), ela ainda tinha falta de ar. A saturação de oxigênio em seu sangue era de 90% (o normal é 100%). Seu pescoço estava rígido. Ela não conseguia encostar o queixo no peito, sinal

sugestivo de meningite – uma infecção nas membranas que recobrem o cérebro. Quando auscultei seu peito, pude ouvir sons crepitantes – como o ruído de uma folha de papel que se amassa devagar.

Os exames de sangue pedidos pelos médicos do pronto-socorro mostravam uma contagem elevada de leucócitos. A radiografia de tórax estava salpicada de massas brancas, semelhantes a nuvens, de tamanho um pouco menor que bolas de pingue-pongue.

No posto de enfermagem, Clark e eu repassamos os dados e tentamos ordenar a história da paciente. Ela tinha infecções em mais de um sistema orgânico: provavelmente pneumonia, e meningite também parecia provável. Sendo usuária de drogas intravenosas, lembrou-me Clark, Jennifer tinha um grande risco de injetar acidentalmente bactérias da pele para dentro da corrente sanguínea. Dali, esses micróbios agressivos podem seguir para quase qualquer lugar, infectando todas as partes do corpo. Parecia provável que essas bactérias houvessem infectado os pulmões, e era possível que também infectassem o coração e o cérebro. Os médicos do pronto-socorro já tinham começado a administrar vários antibióticos de amplo espectro. Precisaríamos pedir uma TC de crânio e uma punção lombar para investigar uma infecção no cérebro, e um ecocardiograma para pesquisar infecções no coração.

Enquanto eu escrevia os pedidos, o *pager* de Clark tocou. Era o PS. Outro paciente internado esperava por nós no térreo. Clark olhou para a porta do quarto da paciente, claramente indeciso sobre se tínhamos terminado de equacionar aquele caso ou não. Quando seu *pager* tocou outra vez, ele ficou de pé, repassou o que ainda precisava ser feito e deixou que eu terminasse, correndo então para o pronto-socorro.

Quando concluí minhas anotações, guardei-as no prontuário e fui ver a paciente mais uma vez. Jennifer agora se deitara, mas tudo indicava que estava pior que antes. Tinha o cabelo encharcado de suor, e seu tórax se erguia a cada respiração. Eu precisava descer para o PS, mas não consegui deixá-la sozinha. Ela de fato tinha piorado, ou essa incerteza era apenas ansiedade de uma residente novata? Eu não sabia; a única coisa que eu sabia era que estava com medo de deixar aquele quarto, com medo de que ela estivesse realmente à morte.

O fisioterapeuta respiratório entrou no quarto e deu à paciente um tratamento inalatório com albuterol – um remédio para reduzir o chiado no peito. Desesperada e cheia de incerteza, eu o segui para fora do quarto e perguntei o que ele achava do aspecto da paciente. “Já vi piores”, respondeu o fisioterapeuta, correndo então para atender um chamado de seu bipe.

Fiquei parada sob a porta, imóvel. Eu não queria ir embora, pois a paciente parecia muito mal, contudo, ainda assim, não conseguia pensar em nada a fazer.

Por que eu estava mais preocupada que o residente de segundo ano ou que o fisioterapeuta respiratório? Eles certamente haviam visto mais pessoas doentes do que eu. Mesmo assim, eu não conseguia me livrar daquela preocupação. Puxei o cartão no qual tinha escrito o número do *pager* de Clark. Eu precisava falar com ele para entender o que fazer. Antes que pudesse discar o número, David Roer, o médico responsável pelo setor, surgiu no corredor caminhando em passos largos. Ele tinha quarenta e poucos anos, cabelo escuro e uma expressão franca e agradável. Cumprimentou-me com seu entusiasmo habitual e me perguntou sobre a paciente. Passei-lhe um relato breve e expressei minha preocupação, seguindo-o então até o quarto. Ele falou rapidamente com Jennifer, depois fez um exame físico ligeiro. Voltei atrás dele até o posto de enfermagem, ansiosa por ouvir sua avaliação. "A paciente está à beira de uma parada respiratória." O tom de David era amável, não denunciava qualquer traço de reprovação. "Ela precisa ficar na UTI. Provavelmente vai ter de ser intubada."

Ao ouvir essas palavras, senti vergonha. E alívio.

Óbvio que era disso que ela precisava. Por que eu não havia pensado antes? Senti minhas bochechas arderem ao me empenhar na tarefa de transferir a paciente para a Unidade de Terapia Intensiva. Depois que ela já estava instalada em seu novo lar, desci correndo até o PS para atender a internação seguinte. O resto do plantão se passou em meio à confusão de internar novos pacientes, acompanhar os resultados de exames solicitados e dar alta àqueles que voltavam para casa e haviam sido atendidos por outros profissionais.

Quando terminei todos os itens da minha lista de tarefas e me arrastei até o sexto andar, onde ficava a sala de descanso dos médicos, o céu da madrugada começava a clarear. Eu estava cansada, mas não conseguia dormir. Repassei cada etapa do que acontecera com Jennifer e tentei entender onde eu havia errado nos planos que preparara para ela com tanto cuidado – planos que não levavam em consideração a questão mais urgente e ameaçadora, sua respiração. Aquilo estava ali, bem na minha cara. E, quando sua condição piorou depressa – como acredito que tenha acontecido –, percebi também que ela estava doente, perigosamente doente, do modo como tanto me haviam falado. A verdadeira surpresa, para mim, foi notar que a percepção de que ela estava doente não me ajudou a saber o que fazer a respeito. Acho que não me dei conta disso aquela noite, mas o que aprendi no decorrer daquele mês – e reaprendi muitas vezes durante os anos da minha especialização – foi que, por mais importante que seja, o reconhecimento de que um paciente tem aspecto de "doente" é apenas o primeiro passo.

Na verdade, vários estudos demonstraram que o reconhecimento do que é uma pessoa "doente", algo muito louvado por residentes e médicos com experiência,

não serve como indicador preciso ou efetivo para guiar as decisões médicas. Num estudo realizado na Universidade de Yale, John Mellors, que na época cursava pós-graduação em doenças infecciosas, acompanhou 135 pacientes que foram ao pronto-socorro com febre, mas sem qualquer foco claro de infecção. A decisão a ser tomada naquele momento era se os pacientes tinham uma virose – e, nesse caso, seria seguro mandá-los para casa com uma indicação de repouso e canja de galinha – ou se existia a possibilidade de uma infecção bacteriana que precisasse ser tratada com antibióticos. Em todos os pacientes do estudo foi realizada uma hemocultura (exame para detectar a presença de bactérias no sangue) e um hemograma completo, além de radiografia de tórax e exame de urina. A decisão de internar o paciente ou mandá-lo para casa, com ou sem antibióticos, foi tomada depois de obtidos todos os resultados de exames, exceto a hemocultura.[3]

Todos os pacientes incluídos no estudo foram acompanhados durante o curso completo da enfermidade. A seguir, os pesquisadores compararam a gravidade efetiva da doença com aquela percebida pelos médicos que os haviam visto no pronto-socorro. Na maior parte das vezes, os médicos estavam errados. Muitos dos pacientes que, segundo eles, pareciam muito enfermos e foram internados receberam alta pouco depois sem qualquer intervenção médica. Quatro pacientes avaliados como “não infectados” e mandados para casa sem antibióticos tiveram posteriormente diagnósticos de infecções bacterianas severas, sendo chamados de volta ao pronto-socorro para a prescrição de antibióticos. Um deles morreu pouco depois de receber alta do pronto-socorro, muito antes que os médicos sequer tivessem a chance de reconvocá-lo para tratamento.

Outros estudos também demonstraram que nossos instintos, nossas respostas intuitivas diante de uma pessoa que parece “doente”, estão muitas vezes equivocados. Pelo que se vê, é importante reconhecermos que um paciente parece mal, porém isso não basta. Como ficou demonstrado na pesquisa de John Mellors, os pacientes podem ter aparência extremamente enferma mas não desenvolver uma doença perigosa. Outros, e isto é particularmente verdadeiro no caso dos idosos, podem parecer incrivelmente bem – ao menos por algum tempo –, embora tenham uma infecção com risco de vida. A aparência de gravidade de um paciente é apenas uma pista, um dos dados. De forma isolada, é quase um dado insignificante.

Então, o que nos ajudará a prever a doença? Medidas concretas. Sinais vitais anormais são importantíssimos – pressão arterial alta ou baixa demais, frequência cardíaca ou respiratória muito acelerada ou muito lenta, alteração na cor da pele ou no estado mental. Somos excelentes observadores da anormalidade. No entanto, quase sempre respondemos de maneira imediata e

visceral à condição de um paciente antes mesmo de identificarmos a anormalidade que causa a preocupação. O medo que senti no quarto de Jennifer foi uma dessas respostas. Eu reconheci a paciente doente, mas não tomei a atitude essencial de identificar a causa do meu medo, por isso não soube o que tratar.

Quando o médico viu Jennifer, logo reconheceu que ela estava perigosamente doente. Notou então a frequência respiratória anormal, o esforço que ela fazia para respirar. Jennifer usava os músculos do pescoço e dos ombros para realizar um ato normalmente simples, podendo ser executado sem esforço. Além disso, apesar do grande trabalho que ela tinha, ainda não conseguia oxigenar a corrente sanguínea. Estes são maus sinais. Quando ainda era estudante de medicina, eu havia lido que pacientes que deviam fazer tanto esforço para respirar podiam se cansar e morrer. Eu sabia disso, e, ainda assim, esse conhecimento não me ajudou. Eu vi os sinais – o que provavelmente me ajudou a saber que ela estava mal –, mas não reconheci o que vi, por isso fui incapaz de decidir o que deveria ser feito.

Acompanhei o caso de Jennifer durante toda a semana. Como fora previsto, ela não conseguiu manter o esforço necessário para respirar, sendo intubada na manhã seguinte. Suas hemoculturas mostraram o crescimento de *Staphylococcus aureus*, uma bactéria agressiva e destrutiva que vive na pele. Trata-se de uma desastrosa infecção comum entre usuários de drogas intravenosas. Apesar dos antibióticos potentes, a condição de Jennifer continuou a se deteriorar. Sua pressão arterial caiu tanto que ela precisou tomar drogas para que o sangue continuasse a circular. Em seguida, os rins falharam. O sangue parou de coagular. Depois de sete dias na UTI, o coração e os pulmões de Jennifer pararam de funcionar, e ela morreu.

Não acredito que o atraso em levar Jennifer para a UTI tenha causado um grande impacto em seu prognóstico. Eu cometi erros importantes durante minha formação – todos nós cometemos –, erros que aceleram ou até causam o óbito daqueles que se encontram na fronteira entre a vida e a morte. Mas não conto o caso de Jennifer como um desses erros. Ela tinha uma infecção grave e pouquíssimas reservas com as quais se defender. Mesmo assim, penso nela com frequência. Aqueles minutos de terror e confusão, em que me senti impotente, ali, em seu quarto, serviram como um lembrete visceral, no decorrer de minha formação (e ainda hoje, ocasionalmente), de que entender o quadro geral não basta na medicina; de que a impressão geral sobre um paciente é inútil se não fizermos um exame mais detalhado, com particular atenção para as medições específicas de saúde ou doença que se encontram por trás dessa impressão.

Pesquisas sobre a percepção humana revelam que desenvolvemos uma

capacidade notável de captar informações visuais rapidamente e chegar a uma conclusão sem sequer nos darmos conta dos passos dados para chegar ali. Esses estudos mostram que o uso rápido e automático dos olhos é, de longe, o modo mais eficaz de reunirmos informações visuais. E, na maioria das vezes, é suficiente. Mas não na medicina. Médicos inexperientes, como eu mesma no início da minha residência, devem se forçar a refazer seu raciocínio no sentido inverso, partindo da conclusão a que chegaram, prestando atenção aos detalhes que os levaram ali e traduzindo o que foi visto para a linguagem dos números da medicina. Só então podemos ao menos tentar ajudar o paciente.

Perceber o que vemos

Sherlock Holmes talvez tenha expressado a lição que aprendi de uma maneira mais sucinta. “Treinei-me”, diz o detetive a seu auxiliar, o dr. John Watson, “para prestar atenção ao que vejo.” Trata-se de uma distinção importante.

“Pelo visto, esteve no Afeganistão.” Com essas palavras, Sherlock iniciou sua relação peculiar com o homem que se tornaria seu melhor amigo e mais devoto seguidor. Watson, que está em Londres recuperando-se de ferimentos de guerra sofridos no Afeganistão, fica chocado com a declaração de Holmes. Como ele poderia saber aquilo? Alguém lhe teria contado? “Nada disso. Eu *sabia* que você vinha do Afeganistão.”[4] Holmes refaz seu raciocínio. A atitude militar de Watson sugeria que ele havia passado algum tempo nas Forças Armadas, diz-lhe Holmes. A pele bem bronzeada indicava um retorno recente; seu físico emagrecido, algum tipo de febre intestinal. E o braço ferido sugeria uma zona de guerra.

Claro que esse é um truque bastante fácil numa obra de ficção. Entretanto, Arthur Conan Doyle baseou seu personagem mais famoso num cirurgião escocês chamado Joseph Bell, com quem havia trabalhado durante seus estudos médicos. Assim como Holmes, o dr. Bell costumava usar boina, fumava cachimbo e muitas vezes foi visto empunhando uma lupa. Porém, a característica mais importante compartilhada pelos dois era o olho aguçado para os detalhes, associado a uma notável destreza dedutiva.[5]

As histórias sobre o dr. Bell parecem retiradas diretamente de um conto de Sherlock Holmes. No prefácio de um de seus livros, Doyle explica o quanto ele devia a Bell pela construção do personagem de Holmes e dá exemplos das habilidades detetivescas do médico. Ao observar um paciente, um jovem com roupas informais, o dr. Bell pergunta-lhe imediatamente se ele fora dispensado havia pouco do Exército. Sim. Fora suboficial na Divisão das Highlands? Sim. Baseado em Barbados? Sim, mas como ele sabia de tudo aquilo? Assim como

Holmes, Bell sentia um grande prazer em revelar suas observações ao paciente, aos estudantes e médicos que o observavam. Doyle cita a resposta de Bell: "'Vejam bem, cavalheiros', explicou, 'o paciente é um homem respeitoso, mas não retirou o chapéu. Esse é o costume no Exército, mas ele já teria aprendido os modos civis se estivesse sido dispensado há mais tempo. O homem tem um ar de autoridade e é obviamente escocês. Quanto a Barbados, sua queixa é elefantíase, doença típica das Índias Ocidentais, e não britânica.' Para sua plateia de Watsons, tudo aquilo parecia milagroso, até o momento da explicação, quando se revelava bastante simples. Não é de surpreender que, após estudar tal personagem, eu tenha usado e amplificado seu método quando, mais tarde, tentei construir um detetive que era também um cientista."

Doyle reconheceu abertamente que o poder de observação do dr. Bell era extraordinário. Ele chamava a si mesmo, e aos médicos que testemunhavam esses incríveis atos de adivinhação, de "Watsons". Ainda assim, Sherlock Holmes e seu modelo, o dr. Bell, acreditavam que a observação cuidadosa de detalhes importantes poderia ser ensinada, e tentavam instruir as pessoas a seu redor. "A partir da observação acurada e da dedução podemos diagnosticar corretamente todo e qualquer caso", escreveu Bell numa carta a seu aluno – agora famoso – Arthur Conan Doyle.[6] Com a prática, sugeriu Bell, o poder da observação pode ser aprimorado, aperfeiçoado. Ao que parece, Bell dava a entender que os médicos podem ensinar a si mesmos a "notar o que veem".

Aprendendo a ver

As faculdades de medicina dos Estados Unidos se aliaram recentemente ao histórico Joseph Bell, esforçando-se para ensinar os estudantes a se tornarem melhores observadores. Uma das primeiras iniciativas veio da Universidade de Yale. O dr. Irwin Braverman, professor de dermatologia há mais de 50 anos, há muito se via frustrado com a dificuldade que os estudantes demonstravam em descrever achados clínicos sobre a pele. Talvez fosse um déficit de conhecimento – remediável com livros, imagens e provas. Mas Irwin suspeitava que a principal carência de seus alunos fosse a incapacidade de realizar uma observação cuidadosa. Com muita frequência, os estudantes queriam passar logo à resposta sem prestar atenção aos detalhes que os haviam levado a ela.

"Nós ensinamos os estudantes a memorizar muitos fatos", disse-me Irwin. "Falamos: 'Observe este paciente. Veja sua postura. Veja seu aspecto facial. Aquele padrão específico representa uma doença, e este padrão representa outra.' Ensinamos esses padrões para que o médico, da próxima vez que se deparar com um deles, possa fechar um diagnóstico." O que falta, segundo o dr. Braverman, é

sabermos o que pensar diante de um caso incomum. Isso requer uma observação cuidadosa e detalhada. Depois de anos como professor, ele ainda não sabia ao certo se havia encontrado a melhor maneira de transmitir esse conjunto complexo de aptidões.

Em 1998, Irwin Braverman bolou uma forma de ensinar essas habilidades. Que tal se orientasse aqueles jovens estudantes de medicina no aprimoramento de seu poder de observação num contexto em que não precisassem de qualquer conhecimento especializado, podendo, portanto, se concentrar em habilidades que não poderiam ser aprendidas num livro; um contexto em que o aprendizado forçasse os estudantes a se concentrarem no processo, e não no conteúdo? Irwin percebeu que tinha uma sala de aula perfeita logo na esquina de casa, o Centro Yale de Arte Britânica. O curso, que agora faz parte do currículo, aprimora o poder de observação dos estudantes de medicina de primeiro ano fazendo-os olhar para quadros, e não para pacientes.

Quando entrei no átrio do museu, iluminado por uma luz suave e relaxante, uma dezena de alunos do primeiro ano espalhava-se pelo lugar em grupos pequenos, esperando para entrar na sala de conferências, onde descobririam o que teriam de fazer naquele ambiente incomum. O dr. Braverman, homem de cara redonda, sorriso brincalhão e um penteado que tentava esconder a calvície, sentou-se à cabeceira de uma longa mesa de madeira escura e lustrosa, lembrando o simpático presidente de alguma grande companhia. O trabalho deles naquela tarde, explicou Irwin, seria observar os quadros que lhes seriam indicados e simplesmente descrevê-los. Nada muito difícil, não é mesmo? Irwin correu os olhos pela sala, esperançoso. Alguns poucos alunos sentados perto dele sorriram e fizeram que sim, entusiasmados. O resto não parecia tão convencido. “É sempre assim”, contou-me depois, ao seguirmos os estudantes pela escadaria que levava ao terceiro andar, onde estavam expostos muitos quadros do século XIX de que ele gostava. “Poucos alunos captam a ideia na mesma hora, ou são apenas naturalmente entusiasmados. Os demais precisam ser convencidos. Mas você vai ver que no final da tarde já terei convertido alguns. Espere só para ver.”

Uma vez parados em frente aos quadros indicados, os alunos repassaram o restante das regras. Eles não deveriam ler as legendas dos quadros. Teriam dez minutos para observar as telas e então a turma discutiria as imagens em conjunto, uma a uma. Cada um dos quadros teria uma história a contar. A função do aluno seria entender qual era a história e relatá-la ao resto do grupo, usando apenas termos descritivos concretos. “Se vocês acharem que um personagem parece triste”, instruiu-lhes Irwin, “descubram o que viram no quadro e que os levou a essa opinião, e então descrevam isso. Se acharem que o quadro sugere certo lugar ou classe, descrevam os detalhes que os fizeram chegar a essa

conclusão.”

Um jovem alto, de expressão amável e um pomo de adão saliente, observava a imagem de um homem magro, cujo torso pendia frouxamente para fora da cama; sua mão direita tocava o chão. Ele tinha os olhos fechados. “O homem está dormindo?”, perguntou o professor Braverman.

“Não”, anunciou o jovem, resoluto, a seus colegas reunidos ao redor da cena. “Ele poderia estar bêbado – tem uma garrafa na mão –, mas não está dormindo. Acho que está morto.” “Como você sabe?”, perguntou Braverman. “A cor dele – não é a cor certa. Ele está verde”, respondeu o aluno, pensativo. “E tem morte por todo lado ao redor dele.” O estudante descreveu a cena triste. O jovem está caído num apartamento pequeno e sem adornos, num sótão. Pelas janelas pequenas e cobertas de poeira vê-se a silhueta de uma paisagem indiferente, de telhados escuros, na luz cambiante de um pôr do sol. Pétalas de uma rosa murcha decoram o parapeito da janela – elas têm uma cor acinzentada sob a luz fraca. Pelo chão, estão jogadas tiras de papel rasgado. “Acho que ele tirou a própria vida”, concluiu o aluno, triunfante.

“Excelente”, concordou Irwin. Linda Friedlaender, a diretora de educação do museu, falou brevemente sobre a pintura (*A morte de Chatterton*, a representação feita por Henry Wallis do suicídio de Thomas Chatterton, poeta de 17 anos, no século XVIII), e então o grupo passou ao quadro seguinte.

Depois da aula, fui tomar um café e conversar com Irwin Braverman sobre sua técnica de ensino inovadora. “Em geral só se adquire uma capacidade de observação aguçada depois de vários anos na prática médica”, explicou-me. “De repente, toda a experiência acumulada faz com que os médicos vejam coisas que ninguém lhes havia ensinado. Eles acabam por se tornar observadores excelentes. Com este curso, espero conseguir despertar essas habilidades diagnósticas especiais logo no início.” Ainda que os alunos estivessem examinando pinturas, e não pacientes, o que aprendiam ali podia ser aplicado à medicina, declarou Irwin.

Ele sabe que isso é verdade, pois já fez o teste. Durante dois anos, avaliou seus alunos pedindo que escrevessem uma descrição do que viam em uma dúzia de fotografias que mostravam pessoas com anormalidades perceptíveis. Depois de assistirem à aula, os estudantes recebiam um conjunto diferente de fotos com as mesmas instruções. Eles eram avaliados com base na descrição de aspectos específicos das anormalidades fotografadas. A identificação correta da doença ou do transtorno não afetava a nota; o que contava era identificar e descrever os dados visuais. As notas obtidas antes e depois da aula eram comparadas, e os estudantes melhoravam, em média, 56% após passarem aquela tarde no museu.

Para se assegurar de que aquilo não se devia apenas à maior facilidade dos

alunos ao realizarem a prova pela segunda vez, o mesmo teste foi feito com um grupo de alunos antes e depois de uma aula sobre exame físico. Desta vez os alunos também melhoraram – ninguém entra na faculdade de medicina se não aprender a fazer provas –, mas nem de longe tanto quanto os outros.[7]

Mesmo antes de conhecer esse estudo, eu já sabia, por experiência própria, que tais habilidades podiam ser ensinadas. Eu estava no terceiro ou quarto ano da faculdade de medicina quando comecei de súbito a ver pessoas com anormalidades por toda parte. Era como de repente se eu houvesse sido transportada para um mundo repleto de pessoas doentes, feridas, aberrantes. Claro que elas sempre tinham estado por aí – mas por que eu não as via? O conhecimento sem dúvida tem seu papel nessa questão. Quando aprendemos uma nova palavra ou nome, ela subitamente parece estar por toda parte.

Mas não é só isso. Somos treinados, desde muito cedo, a desviar os olhos das anomalias. As crianças ficam fascinadas com pessoas cuja aparência difere daquela que aprenderam a esperar. E nós as ensinamos a ignorar esse interesse. Minha filha Tarpley perguntou uma vez a uma caixa de supermercado se ela era homem ou mulher. Meu marido ficou vermelho de vergonha pelo desconforto que isso causou àquela mulher humilde, com pelos no rosto. Ele se desculpou, mas viu que o mal já estava feito. Depois disso, explicou à nossa filha que um comentário como aquele devia ter magoado bastante a mulher. Tarpley não faz mais esse tipo de pergunta. Ela aprendeu a não ficar encarando as pessoas.

A faculdade de medicina nos força a desfazer esse condicionamento. Não devemos desviar os olhos das anormalidades. Precisamos procurá-las. Precisamos desvendá-las. E esse modo de agir não desaparece no momento em que deixamos o consultório. Eu muitas vezes mostro (discretamente, espero) a meu marido patologias que vejo na rua – o modo de andar característico de uma pessoa com uma prótese acima do joelho, o estranho tom acinzentado na pele de um homem com uma síndrome de sobrecarga de ferro chamada hemocromatose, a inquietude nos lábios e boca de uma mulher esquizofrênica – efeito colateral de longo prazo de muitos antipsicóticos. Eu vivo agora num mundo cheio de anomalias. É fascinante.

SERÁ POSSÍVEL ENXERGARMOS ALGO SEM O NOTAR? O dr. Marvin Chun, professor do Laboratório de Neurociência Cognitiva Visual da Universidade de Yale, dedicou sua carreira a tentar responder essa pergunta. Quando o visitei numa cálida tarde de outono, Marvin me convidou a assistir a um vídeo já bastante famoso na área da visão e da atenção. No monitor, pude ver seis adultos parados no meio de um estranho jogo, com suas ações congeladas pela tecnologia. Parecia haver dois times – um com uniforme branco, o outro, preto. Cada time

tinha uma bola de basquete. Estranhamente, eles não estavam numa quadra, e sim no corredor de um prédio de escritórios não identificado. Nos fundos, viam-se claramente as portas de um elevador.[8]

Minha tarefa, quando o vídeo começasse a rodar, seria observar o time branco e contar quantas vezes a bola era passada entre os jogadores – mantendo contagens separadas para as vezes em que a bola era passada de pessoa a pessoa pelo alto ou quicando no chão. A imagem começou a se mover, e eu mantive os olhos grudados na bola do time branco, que era passada em silêncio dentre a massa de corpos brancos e pretos em movimento. Cheguei a contar seis passes pelo alto e um passe quicado, e então perdi a conta. Decidida a não desistir, continuei contando até que transcorressem os 30 segundos do vídeo.

Onze passes por cima e um passe quicado? – arrisquei. Falei a Marvin que havia ficado um pouco confusa no meio. Apesar disso, eu tinha me saído bastante bem, disse ele. Só não percebera um passe pelo alto. Ele então me perguntou: "Você notou alguma coisa incomum no vídeo?" Além do ambiente incomum para o jogo, não, eu nada vira de extraordinário.

"Você viu um gorila no vídeo?"

"Um gorila?"

Não, certamente eu não tinha visto um gorila.

"Vou lhe mostrar o vídeo outra vez, e agora, sem contar os passes, simplesmente olhe para o jogo." Ele reiniciou o vídeo. Os times branco e preto voltaram à ação. Depois de transcorridos 18 segundos – mais ou menos no momento em que perdi a concentração –, vi uma pessoa (uma mulher, como descobri depois) vestida de gorila entrar na quadra/escritório pela direita. Ela caminhou com tranquilidade até o centro da imagem, bateu no peito como um gorila de desenho animado infantil e depois se retirou calmamente pelo lado esquerdo da imagem. Sua ação em frente à câmera durou oito segundos, e eu havia sido inteiramente incapaz de vê-la.

Se você me perguntasse se eu achava que poderia não perceber um gorila – ou mesmo uma mulher vestida de gorila – cruzando a imagem, eu diria que era impossível não notar um evento tão extraordinário. E, ainda assim, foi o que aconteceu. O mesmo ocorre com mais da metade das pessoas a quem Daniel J. Simons apresenta a mesma tarefa em seu laboratório na Universidade de Illinois, em Urbana-Champaign.[9] Como é possível?

Temos uma fé enorme na capacidade de vermos o que está bem diante dos nossos olhos. Mas, ainda assim, o mundo nos dá milhões de exemplos que contradizem essa ideia. Quantas vezes você não foi incapaz de encontrar um objeto que procurava, e então recrutou a ajuda de outra pessoa, que logo o encontrou, bem na sua frente? Ou teve um encontro embaraçoso com um amigo

que se queixou, irritado, por você ter “ignorado” seu aceno na noite anterior, enquanto procurava uma poltrona vazia num cinema lotado? Segundo a Administração Federal de Rodovias dos Estados Unidos, a cada ano ocorrem mais de seis milhões de acidentes de carro no país. Em muitas dessas batidas, os motoristas afirmam que olhavam por onde iam, mas simplesmente não viram o objeto com o qual colidiram – uma demonstração de que as pessoas, com regularidade, deixam de ver o que têm diante dos olhos, o que Sherlock Holmes talvez chamasse de ver sem notar.

Os estudiosos do tema chamam esse fenômeno de “cegueira da desatenção”, porque muitas vezes deixamos de notar um objeto ou evento simplesmente por estarmos preocupados com outra tarefa que demanda muita atenção.[10] Nossa surpresa ao vivenciarmos esse evento tão comum deriva de uma incompreensão básica sobre o funcionamento do cérebro. Em geral, pensamos em nossos olhos como câmeras de cinema que captam tudo o que temos à frente enquanto decidimos onde focalizar a visão a cada momento. Talvez não estejamos prestando atenção em tudo, mas presumimos, em primeiro lugar, que seremos capazes de reconhecer qualquer evento importante que ocorra; em segundo, que, se necessário, sempre poderemos retroceder o filme e passá-lo novamente em nossa tela mental. O que deixamos passar na primeira exibição seria percebido quando nos lembrássemos do evento.

Evidentemente, não é assim que funciona. Quando perguntada sobre o gorila no jogo de basquete, eu não tinha lembrança alguma do animal. Chequei minha memória, mas não me lembrei dele, pois não o vi. Minha atenção estava dirigida para outra parte.

Os objetos podem ter certas qualidades que os tornam mais facilmente visíveis. Marvin Chun me conta que, se um homem ou mulher sem roupa houvesse entrado na imagem no lugar do gorila, a probabilidade de que eu houvesse notado a imagem inesperada seria muito maior. Se o gorila estivesse ensanguentado, ou se ele se mexesse ou atuasse como um gorila, eu teria maior probabilidade de vê-lo. Isso ocorre porque existem certas imagens fundamentais que a mente reconhece como importantes.

Então, o que está havendo? As informações estão claramente atravessando os olhos e chegando à retina. Uma ressonância magnética funcional – exame que revela quais áreas do cérebro estão funcionando durante alguma atividade específica – mostra que os sinais neurológicos enviam as informações para a parte correta do cérebro – portanto, a imagem definitivamente foi vista. Porém, antes que ela possa chegar à consciência, outra parte do cérebro entra no processo para tentar decidir se essas informações são dignas de atenção. Esse julgamento depende apenas do que estamos procurando.

De fato, na maior parte do tempo, vemos o que queremos ver, o que esperamos ver. Nossa capacidade de ver objetos ou eventos inesperados e diferentes daqueles que estamos procurando é muito limitada.

Voltando ao experimento com os jogadores e o gorila, minha tarefa era seguir os jogadores de uniforme branco e contar quantas vezes eles passavam a bola. A maior parte das pessoas que vê o vídeo não percebe o gorila. No mesmo experimento, as pessoas instruídas a acompanhar os jogadores vestidos de preto viam. Como o gorila também era preto, estava mais próximo daquilo que buscavam, e por isso a imagem conseguiu passar pelo controle do cérebro e ser notada.

O que ocorre com as informações visuais que entram no cérebro mas não atraem a atenção da consciência? Elas ficam armazenada ali à espera de uma segunda chance, como um detalhe encantador numa reprise dos *Simpsons*? A maioria dos estudos sugere que não. Se a imagem não capta nossa atenção de início, perde-se para sempre.

Com base em investigações como essa, Marvin e muitos outros pesquisadores da área acreditam hoje que as expectativas do espectador são as principais responsáveis por moldar o que é visto, e que o inesperado quase sempre passará despercebido. Nós nos tornamos melhores observadores quando temos melhores expectativas. Quando recebemos uma tarefa específica – seguir a bola passada entre os jogadores do time branco –, podemos prever quais serão as expectativas e o fato de que os observadores provavelmente não verão o gorila, pois isso não faz parte de seu conjunto de expectativas.

E quanto a situações nas quais estamos observando, mas a tarefa é mais complexa – como na vida real, ou no hospital, cuidando de pacientes? Se essa teoria for verdadeira, o que vemos e o que não vemos será moldado pelo que nossas experiências nos levam a esperar. Talvez Osler estivesse errado ao dizer que deixamos passar mais diagnósticos por não vermos que por não sabermos. Talvez a falta de conhecimento tenha causado a incapacidade de ver. Isso sem dúvida teve seu papel no caso de Michael Kowalski.

Grandes expectativas

Michael Kowalski era um homem que não sentia medo à toa. Podia contar nos dedos de uma mão o número de vezes em que havia chorado depois de adulto. Porém quando o dr. Keith Stoppard entrou na sala, ouviu uma respiração abafada e áspera, e, depois que seus olhos se ajustaram à luz fraca, viu aquele homem enorme deitado na cama, encolhido. Por mais estranho que parecesse, Michael Kowalski, ex-boxeador universitário de 52 anos, ex-militar, pai de um fuzileiro

naval, um homem perfeitamente durão, chorava feito um bebê.

Sua mulher Maureen, estava em pé ao lado da cama do marido. Ela tinha o rosto cheio de sardas e marcado pelo cansaço; apoiava carinhosamente um lenço úmido e fresco na fronte de Michael. O cabelo grisalho curto e o bigode longo e encurvado dele estavam colados à pele, e sua cara redonda estava corada e brilhante, com uma mistura de suor e lágrimas. “Doutor, estou com medo”, falou com a voz rouca, quase num sussurro. “Você não pode me dizer o que há de errado?” A mulher apertou a mão do marido, tentando reconfortá-lo silenciosamente.

O dr. Stoppard, residente do terceiro ano, não soube o que dizer. Estava preocupado. Michael Kowalski já estava no hospital havia três dias, e Keith não fizera progresso algum na tentativa de entender por que o paciente continuava a se sentir tão mal quanto no dia em que fora internado.

No primeiro dia, aquela parecia uma internação bastante trivial: um homem de meia-idade habituado a realizar atividades em contato com a natureza, encaminhado por seu médico habitual com o que parecia ser meningite por doença de Lyme. Keith falou com o médico do paciente na manhã do mesmo dia. O caso se mostrava bem simples – bastava esperar que a punção lombar confirmasse o diagnóstico e então começar a administrar um antibiótico intravenoso para ele melhorar. Mas, desde então, nada seguira como previsto, e agora Keith não sabia muito bem o que pensar ou o que esperar do caso.

Era quase meia-noite quando Keith atendeu Michael no pronto-socorro, naquela primeira noite. O paciente contou que começara a se sentir doente cerca de uma semana antes. No início, pensou que fosse apenas uma gripe. Estava cansado, tinha o corpo tenso e dolorido. “Eu parecia um velho – mal conseguia me mexer”, contou ao médico num grunhido grave. Mas, depois de dois ou três dias sentindo-se mal, surgiu uma febre estranha, cíclica. “Eu podia ajustar o relógio pela febre”, explicou. “Cerca das quatro horas, todas as tardes, eu ficava com muito frio. Tremia feito louco. Enrolava-me em vários cobertores, mas nada me aquecia. Então, de repente, eu ficava quente como o diabo. Suado. Um troço maluco.” A febre subia até 39,5° ou 40° todas as noites, acrescentou a mulher de Michael, que era enfermeira. Por volta das quatro da manhã, ele acordava encharcado de suor, precisando trocar o pijama. De madrugada a febre desaparecia – mas o processo então se repetia na tarde seguinte.

Além da febre, contou ao residente, tinha o pescoço rígido e dolorido, a cabeça pulsava e uma tosse arruinava sua garganta. As juntas das pernas, braços e mãos estavam rígidas e sensíveis. Michael tinha dificuldade em se mexer, até para sair da cama. Finalmente ele foi ver seu médico, o dr. Dennis Huebner. Depois de ouvir a história clínica e examinar o paciente, o dr. Huebner concluiu

que deveria ser uma virose, mas decidiu fazer um exame de sangue para pesquisar a doença de Lyme, só para garantir. Ele sabia que o paciente apresentava fatores de risco para contrair a doença. Michael adorava fazer atividades ao ar livre, e, sempre que podia, passava o fim de semana caçando e pescando nos arredores de Old Lyme, em Connecticut, onde a doença era endêmica.

O paciente confirmava que já havia arrancado muitos carrapatos da pele ao longo dos anos. Mas nenhum recentemente, acrescentou; estivera muito ocupado para ir aos bosques nos últimos meses. Ainda assim, o dr. Huebner considerava que Lyme era dessas doenças que não podemos deixar passar. Se a identificamos precocemente, podemos atacá-la com uma semana de antibióticos e acabar com ela. Se a deixamos passar, o paciente talvez precise de meses de tratamento. Assim, o médico disse a Michael que provavelmente aquilo não passava de uma virose que devia estar se espalhando por ali e o instruiu a telefonar se a febre persistisse. Ele lhe avisaria se o exame de Lyme desse positivo.

Naquela noite a febre voltou bem na hora certa, e no dia seguinte o paciente ligou para o dr. Huebner, que, relutante, receitou-lhe doxiciclina. “Ele me falou que deveria ser um vírus”, relatou Michael, “mas eu senti que estava doente o bastante para tomar o antibiótico. Ele não teve problema com isso. Tomei os comprimidos, mas a febre sempre voltava. Depois de uns dias, o médico falou para mim: ‘Olhe só, você não está melhorando. Tem que ir para o hospital.”

O paciente se considerava um sujeito bastante saudável. Tinha passado algum tempo no Exército “na última guerra” (Vietnã), e agora era caminhoneiro de uma empresa local. Tinha pressão alta, e seu colesterol, “o médico fala que era para ser mais baixo”, mas ele tomava remédios regularmente e se sentia bem “até essa bosta começar”. Durante o exame no pronto-socorro, Michael tinha febre de 39,5° e o coração acelerado. Os músculos do pescoço doíam ao toque, mas ele podia mexer livremente a cabeça. Logo abaixo da mandíbula, o paciente tinha vários linfonodos aumentados e doloridos. As articulações das mãos e joelhos estavam muito sensíveis, mas não vermelhas nem inchadas. Os exames de sangue pedidos no pronto-socorro mostravam uma elevação do número de leucócitos e enzimas hepáticas ligeiramente anormais.

A febre, o pescoço dolorido e a dor de cabeça pulsátil certamente indicavam uma meningite – infecção grave, potencialmente fatal. A doença de Lyme, quando não tratada, pode progredir para o cérebro, causando meningite. Mas as coisas não se encaixavam perfeitamente: por mais que aquele homem se sentisse mal, não estava tão doente quanto os pacientes que Keith já havia visto com meningite. Com uma febre tão alta, os outros pacientes muitas vezes sequer conseguiam conversar. Apesar da febre alta, Michael às vezes ficava irritadiço,

outras vezes fazia graça, mas estava bastante acordado e alerta. As anormalidades do fígado tampouco eram típicas. Bem, talvez fosse uma meningite viral – cuja severidade é muito menor que a bacteriana e às vezes pode elevar as enzimas hepáticas. De todo modo, eles teriam de fazer uma punção lombar. Isso lhes diria se era meningite, e, se fosse, qual era a causa.

Mas quando o dr. Stoppard recomendou essa metodologia o paciente ficou furioso. Ele já estava doente, já estava sentindo dor, e agora aqueles médicos que nunca tinha visto queriam enfiar uma agulha em suas costas? Sem chance. Ele teria de falar com seu médico. A mulher do paciente tentou convencê-lo, mas Michael Kowalski não queria saber: não iriam fazer procedimento algum até que tivesse falado com seu médico – e ponto final. Um colega do dr. Huebner estava de plantão naquela noite – o paciente aceitaria falar com ele? Michael se sentou bem reto na maca do pronto-socorro e encarou com intensidade o jovem residente: ele iria falar com seu médico e com mais ninguém. Derrotado, Keith acrescentou uma dose alta de outro antibiótico à doxiciclina que Michael já estava tomando e esperou ansioso pelo dia seguinte pela certeza de que fariam a punção lombar.

Logo no início da manhã, Keith procurou o dr. Huebner, que logo ligou para o paciente. O procedimento era necessário, explicou-lhe. Eles precisavam saber se era meningite. O paciente concordou, relutante, e o desagradável exame foi realizado. O resultado voltou quase de imediato – estava normal. Não havia sinais de infecção no cérebro. O exame para pesquisar doença de Lyme, solicitado dias antes pelo médico, também chegou naquela manhã – também normal. Michael não tinha meningite; não tinha doença de Lyme. Voltaram à estaca zero.

Uma técnica a que os médicos recorrem para realizar um diagnóstico consiste em agrupar os sintomas, os achados do exame físico e os resultados de exames complementares e identificar quais deles são os mais importantes, usando-os para tentar encontrar um padrão reconhecível. Esse paciente tinha muitos sintomas, mas quais os mais importantes? Para Keith, a febre era o achado fundamental – era muito alta e tinha um padrão bastante característico. Ele não sabia muito bem o que pensar do resto. Mas a febre, combinada aos linfonodos aumentados e ao número elevado de leucócitos, indicava claramente uma infecção. Então, onde estava a infecção? O que eles haviam deixado passar? Michael estava tomando dois antibióticos fortes – mas seriam os antibióticos corretos? Naquela altura, a equipe não tinha como saber. Tudo o que podiam fazer era continuar procurando.

No pronto-socorro, os médicos haviam colhido sangue para tentar cultivar a bactéria causadora da infecção, mas até agora as hemoculturas nada haviam

mostrado. Precisariam ser repetidas no momento em que o paciente tivesse um pico de febre – quando seria mais fácil encontrar o agente infeccioso. Uma radiografia de tórax também realizada no pronto-socorro estava normal, mas Keith pediu outra – Michael tinha febre, contagem elevada de leucócitos e tosse; às vezes a pneumonia pode demorar um pouco para aparecer nos raios X. Além disso, pediu exames para pesquisar infecções nos rins, fígado e vesícula. Nenhum desses exames revelou coisa alguma.

Por outro lado, Michael parecia melhorar: ainda tinha febre todas as noites, mas agora de 37,8°, 38,3° – muito mais baixa que em casa ou no pronto-socorro. E, durante o dia, quando a equipe médica passava para ver os pacientes, Michael parecia cansado, porém dizia estar bem – não tinha dores de cabeça nem no corpo. Independentemente do que o paciente tivesse, Keith ficou aliviado em ver que a doença respondia aos antibióticos.

Ao menos foi o que ele pensou até aquela tarde, quando a temperatura de Michael subiu para 40°, e Keith o encontrou chorando no quarto escuro. “Fale que eu não vou morrer”, implorou ao jovem médico. “Por favor, me ajude.” Michael cobriu a cabeça com o lençol, e seus ombros tremeram como os de uma criança.

Ver-se naquele quarto de hospital escuro, confrontado com o paciente chorando debaixo do lençol, a esposa pálida de preocupação – aquilo foi demais para Keith. E se ele não conseguisse desvendar o caso? No dia anterior, o dr. Huebner havia sugerido que enviassem o paciente ao grande hospital universitário que ficava a 50 quilômetros dali, mas o residente discordou. Achou que poderiam encontrar a resposta. Contudo, naquela hora, Keith teve medo de estar errado. A imagem daquele homem forte reduzido a lágrimas parecia reprovar seu talento, sua medicina, seu julgamento ao mantê-lo ali naquele pequeno hospital de bairro, longe dos pós-graduados e subespecialistas de Yale.

Keith Stoppard, que hoje cursa pós-graduação em nefrologia na Universidade da Pensilvânia, lembra-se bem daquele momento. “Não pensei que ele fosse morrer. Mas não podia prometer isso. E não podia mentir para ele, claro. Eu queria que ele soubesse que estávamos fazendo tudo o que podíamos para desvendar o diagnóstico. E tive bastante certeza de que conseguiríamos.”

Keith descreveu o plano que havia bolado com o especialista em doenças infecciosas que se unira ao caso. Uma infecção ainda era a causa mais provável da febre, explicou ao paciente e sua mulher; apenas precisavam encontrá-la. Uma TC de abdome e pelve e uma ressonância magnética do cérebro mostrariam se havia alguma infecção oculta. Uma ultrassonografia do coração os ajudaria a pesquisar infecções incomuns nas válvulas – infecções que podem levar semanas para crescer em culturas. Nenhuma delas era comum, explicou o dr. Stoppard,

mas uma febre que não respondia a uma semana de antibióticos também era rara.

Embora as infecções sejam as causas mais comuns de febre, continuou, elas não são as únicas, de maneira alguma. Coágulos sanguíneos podem provocar febre; alguns cânceres também. Finalmente, doenças dos tecidos conjuntivos do corpo – articulações, vasos sanguíneos e músculos – podem causar febre e dores musculares. Eles iriam fazer alguns exames de sangue especializados para pesquisar essas doenças. Sem dúvida iriam encontrar alguma coisa, garantiu o dr. Stoppard ao paciente.

O ar fresco do corredor acertou o rosto de Keith quando o médico afinal deixou o quarto, e ele se deu conta de que estava quase tão suado quanto o paciente. Escreveu os pedidos de exames que havia mencionado e esperou até que surgisse alguma coisa.

Mas não surgiu nada. Os exames foram feitos nos dois dias seguintes, nos quais a febre manteve seu cronograma noturno. Os exames de imagem do cérebro e do corpo estavam normais – não havia trombos, infecções, nenhum outro linfonodo aumentado. A ultrassonografia do coração não mostrou anormalidades. As hemoculturas continuavam negativas. Os exames do fígado, que tinham apresentado anormalidades na hora da internação, continuaram anormais, mas não pioraram. Um exame se destacou: a velocidade de sedimentação. Este é um exame muito antigo, que verifica a velocidade com que as hemácias afundam para a base de um tubo capilar muito fino – o que reflete o grau de inflamação no organismo. Neste paciente, estava drasticamente elevada. Entretanto, o exame não é muito específico com relação ao que causa a inflamação – este é um dos motivos pelos quais não é usado com frequência. Podia ser uma infecção, mas também câncer ou alguma doença do tecido conjuntivo. Eles não haviam encontrado evidência de câncer, e os exames de sangue para lúpus e artrite reumatoide – as duas doenças mais comuns do tecido conjuntivo – estavam normais.

O residente não sabia muito bem o que fazer a seguir. O dr. Huebner sugeriu de novo a possibilidade de transferirem o paciente para Yale. Michael Kowalski já estava no hospital havia quase uma semana, e eles continuavam no escuro. Keith Stoppard discutiu o caso com seus colegas e com médicos mais velhos e sábios. A maior parte dos exames que eles sugeriram já havia sido realizada. Então ele falou com o dr. Alfred Berger. Ele era um homem jovial, com rosto largo de feições irlandesas e sorriso fácil, novo no corpo docente, mas já se tornara um dos professores preferidos dos residentes. Depois que Keith lhe relatou aquela história complicada, Alfred fez apenas uma pergunta: “O paciente tem alguma erupção na pele?” Não, eles não haviam visto nenhuma erupção, respondeu Keith. Mas por que ele estava perguntando aquilo? O dr. Berger

sorriu. É tudo uma questão de padrões, disse ao residente. A tríade febre persistente, dor articular e erupção cutânea é a apresentação clássica da doença de Still na idade adulta, uma enfermidade do tecido conjuntivo bastante incomum e pouco compreendida.

A doença de Still foi descoberta primeiro em crianças, e em pediatria é conhecida como artrite reumatoide juvenil. As vítimas habituais são adultos jovens. Não existe exame para comprová-la. Trata-se de um diagnóstico de exclusão – em outras palavras, para diagnosticar a doença de Still precisamos descartar todas as outras possibilidades. “Se for isso mesmo, é um diagnóstico excelente. É raro, e é muito bacana”, exclamou Alfred, entusiasmado. “Além disso, você certamente precisa saber dessa para o provão”, acrescentou o jovem professor, referindo-se à prova que, nos Estados Unidos, os residentes devem fazer para obter a licença médica definitiva.

Na doença de Still, a erupção em geral surge no tronco e nos braços, e muitas vezes só é visível enquanto o paciente está febril. Nem Michael nem sua esposa haviam dito nada sobre alguma erupção. A equipe de Keith estava de plantão naquela noite, por isso poderiam procurar a erupção no momento em que a febre surgisse.

Eles tiveram essa oportunidade poucas horas depois. No fim da tarde, Keith recebeu uma ligação da estudante de medicina da equipe. “A erupção, a erupção – ela apareceu!”, gritou empolgada. Ela dissera ao paciente e à esposa que ficassem atentos ao surgimento de uma erupção naquela tarde. Quando voltou ao quarto para examiná-lo, Michael abriu um grande sorriso e falou com sua voz áspera: “Ei, doutora, quer ver uma bunda bem bonita?” Ele se virou e abaixou a calça, mostrando uma erupção no traseiro.

O residente correu para o quarto. As erupções surgiram em regiões irregulares, eram indolores e ligeiramente elevadas, tendo um tom rosado incomum; os livros de medicina muitas vezes descrevem uma erupção de cor salmão. O paciente começou a tomar prednisona, tratamento habitual para a doença de Still, e a resposta foi uma confirmação quase instantânea do diagnóstico. Quando Michael recebeu a primeira dose do remédio, sua febre era de 39,3°, e a erupção estava bem intensa. Uma hora depois, ambas haviam desaparecido de todo.

Na manhã seguinte, o paciente estava de pé e vestido quando o dr. Stoppard trouxe a equipe para fazer a ronda. Michael estava de cabelo penteado, bigode alisado; as chaves do carro pousavam sobre a mesa de cabeceira. Ele estava, como disse aos médicos assim que os viu entrar pela porta, pronto para ir para casa naquela hora. A fadiga, as dores musculares e a garganta inflamada haviam desaparecido completamente. Os médicos queriam mantê-lo no hospital por mais um dia – só para terem certeza –, mas o paciente não queria saber disso. “Vocês

ainda não estão de saco cheio de mim? Porque eu já cansei de vocês.” Relutante, Michael concordou em ficar até o final da tarde, quando a febre em geral começava, mas como ela não veio, foi para casa com sua mulher.

Por que a erupção na pele não fora evidenciada até aquela tarde? Teria surgido naquele mesmo dia? Ao rever o prontuário, percebi que o médico do paciente havia notado uma erupção vários dias antes. Naquele momento, o dr. Huebner a atribuíra a uma simples infecção cutânea, e ninguém mais teve comentários a fazer sobre o assunto. Quando questionados, nenhum dos membros do equipe se lembrava de ter visto erupção alguma. Aquilo estava fora de seu conjunto de expectativas. Eles simplesmente não a viram. Quando sabemos o que devemos procurar, temos muito mais probabilidade de encontrar.

O paciente tomou prednisona por seis meses. Fez o acompanhamento com uma reumatologista que tinha experiência com a doença de Still. Ela alertou-lhe que o mal tende a ressurgir. Já se passaram dois anos, e os sintomas reaparecem de tempos em tempos. “Eu gosto de dormir com a casa fria – sempre gostei –, mas quando acordo e meu travesseiro está molhado de suor sei que a doença está pronta para atacar”, diz Michael. “Eu não deixo ela me derrubar.” Quando isso ocorre, Michael toma prednisona durante uma semana, os sintomas desaparecem de maneira tão rápida e misteriosa quanto na primeira vez. Ele precisa pegar leve em suas atividades durante um ou dois dias, porém, o fato de conhecer o diagnóstico, entender o curso da doença e saber o que esperar, lhe permite suportar os sintomas com tranquilidade. O medo e a incerteza, que tornavam a febre tão intolerável no hospital, se foram. Resta apenas o desconforto. “Eu nunca tinha nem ouvido falar dessa doença antes dela me pegar”, contou-me Michael, acrescentando então: “Para falar a verdade, acho que o meu médico também não.”

NA MEDICINA, é um truísmo dizermos que os diagnósticos difíceis costumam ser feitos pelos profissionais mais experientes ou pelos novatos. Os médicos veteranos têm uma ampla gama de experiências que lhes permite considerar muitas possibilidades distintas. Como esses médicos são muito abertos a uma grande variedade de observações, poucos achados pertinentes são descartados. E quanto aos novatos? Eles não têm expectativas, e alguns estudos dizem que essa ausência das predisposições geradas pela experiência lhes permite observar o quadro geral com maior cuidado.

O dr. Marvin Chun comenta um experimento realizado em seu laboratório alguns anos atrás. Os participantes do estudo recebiam duas imagens; eram idênticas, a não ser por um único elemento que havia sido alterado numa delas.[11] Havia dois pares de figuras diferentes, e cada participante recebia um desses

pares. Num deles, o objeto alterado ficava no centro da imagem. A fotografia mostrava uma sala grande na qual três pessoas, vestidas em roupas de laboratório, estão paradas diante de um fundo de equipamentos complexos. Na primeira imagem, dois corrimões situados exatamente atrás das pessoas estão pintados de amarelo intenso; na imagem seguinte isso foi alterado – os corrimões são de cor laranja.

O segundo par de imagens trazia um conjunto de balões de ar quente com formas animais. Bem acima de todos eles, no alto da fotografia, paira um grande balão que tem a cara de um palhaço pintada no lado. Vê-se um grande ponto cor-de-rosa, bastante vívido, no centro da bochecha do palhaço. À distância, podemos ver um segundo balão. Um tecido cor-de-rosa intenso tremula da superfície do balão. Na segunda imagem dessa série, o ponto e o tecido cor-de-rosa desaparecem.

A hipótese dos pesquisadores era de que a maioria das pessoa examinadas notaria imediatamente as alterações na imagem do laboratório, pois o objeto com a cor alterada estava localizado bem atrás das pessoas no centro da imagem. A mudança no segundo conjunto de imagens, para eles, seria mais difícil de enxergar, porque a alteração era periférica. Os cientistas estavam certos. As pessoas testadas precisaram de muito mais tempo para identificar a alteração periférica. A experiência nos mostra que as informações importantes de uma fotografia se encontram sobretudo no centro, portanto, essa é a região que observamos primeiro.

Os pesquisadores complexificaram um pouco o experimento. E se a imagem fosse de encontro às nossas expectativas habituais? Isso mudaria a velocidade com que conseguimos encontrar a diferença entre as duas imagens? Para responder a essa pergunta, eles mostraram as mesmas imagens às pessoas testadas, com uma diferença: desta vez as figuras estavam de cabeça para baixo. Nesse experimento, as pessoas não teriam qualquer experiência com esse mundo invertido, nenhuma predisposição gerada pela experiência. Assim, conjecturou Marvin, a alteração periférica seria tão evidente para o observador quanto a alteração central, situada no meio da ação apresentada na figura. Isso efetivamente aconteceu. Com as imagens invertidas, as pessoas levaram quase o mesmo tempo para identificar as duas alterações.

Portanto, o novato não tem expectativas, o experiente tem muitas. Os dois estados facilitam a observação cuidadosa. Onde é que ficam os médicos (como eu) que estão no meio do caminho – já não somos mais neófitos, contudo, ainda estamos adquirindo experiência?

Essa é uma área de grande interesse para Marvin e outros pesquisadores, sendo tema muito debatido nas pesquisas sobre redução de erros. “Não sei se já

chegamos a fazer muitas descobertas úteis", confessa Marvin. "Acho que, daquilo que aprendemos, o mais importante é que o controle de tudo se encontra principalmente no cérebro do observador." Ele acredita que motoristas – e até médicos – precisam aprender a dirigir sua atenção de maneira mais ampla. Quando nos concentramos de forma muito estrita, certamente algo passará despercebido. "Está tudo ali, pronto para ser apreendido. Só precisamos aprender a enxergar."

DEPOIS DE UMA MANHÃ passada com pacientes em seu consultório no Hospital Montefiore, o dr. Stanley Wainapel se reclinou em sua cadeira e afrouxou a gravata. "As pessoas muitas vezes me perguntam como consigo fazer o exame físico sem enxergar. Na verdade, para mim, essa é a parte mais fácil. Se você quer ouvir um sopro cardíaco, qual a primeira coisa que faz? Fecha os olhos. Não vai querer que nada interfira em sua capacidade de ouvir. E se você achar que acabou de sentir a borda do fígado, vai fechar os olhos para palpá-la melhor." Peguei-me concordando com um aceno da cabeça – esquecendo, mais uma vez, que ele não podia me ver.

Stanley fez uma pausa e ajustou os óculos, pensativo. De repente, uma das lentes soltou do aro. Fiquei imediatamente em pé e ofereci ajuda para encontrá-la, mas, antes que eu terminasse a frase, ele já havia encontrado a lente e a guardara, com os óculos, no bolso da camisa.

"Meus pacientes logo ficam sabendo que eu não enxergo muito bem, mas a parte mais estranha é a seguinte." Stanley se inclinou para a frente e apontou o olhar diretamente para meu rosto. "Eles ainda trazem suas ressonâncias magnéticas; querem que eu veja as radiografias que fizeram. Por que fazem isso? Eles sabem que eu não posso enxergar esses exames." Pensei nesse paradoxo – por que levar imagens a um homem que sabemos ser cego? "Eles não querem que eu as veja. Não se preocupam com isso", explica Stanley. "Eles querem que eu os ajude a ver o que está acontecendo. Querem que eu os ajude a entender. Essa é minha função verdadeira. E a de qualquer outro médico."

6. A cura pelo toque

O PODER CURATIVO DO TOQUE faz parte da cultura ocidental há muito tempo. Conta-se que o profeta Eliseu trazia os mortos de volta à vida com um simples toque. Jesus impôs as mãos sobre um leproso, e ele se curou. Seus discípulos também receberam essa faculdade de cura. Os santos cristãos com frequência realizavam milagres de cura pelo contato. Na época em que as monarquias ocidentais justificavam seu poder pelo direito divino, muitos reis também alegavam possuir essa habilidade. Até o século XVIII, acreditava-se que um simples toque dos monarcas da Inglaterra, Alemanha ou França podia curar a escrófula, uma infecção crônica da pele – terapia igualmente eficaz, mas muito menos dolorosa, que outros métodos disponíveis de cura.

O uso do toque no diagnóstico médico teve uma história mais inconstante. Hipócrates sentia um profundo apreço pelas informações obtidas por meio dos sentidos, utilizando-as sem parcimônia. Ele escreveu que "a função do médico é, em primeiro lugar, conhecer as coisas … mais importantes, mais fáceis de identificar, que são aquelas percebidas por visão, tato, audição, pelo nariz e pela língua."[1] Nos trabalhos de Hipócrates, textura, temperatura e forma muitas vezes eram incluídas na descrição dos pacientes e suas doenças. Essa abordagem médica foi utilizada de forma apenas intermitente até o Renascimento, e só com o Iluminismo voltou a ser inteiramente adotada pelos médicos, que, numa época de grandes avanços científicos, desejavam utilizar os dados concretos fornecidos pelo corpo para fazer da medicina uma verdadeira ciência. Em última análise, foi essa mesma busca da precisão e da certeza próprias a uma verdadeira ciência que quase deu fim ao exame físico. O toque do médico parece primitivo e incerto quando comparado ao que podemos descobrir com as maravilhas da tecnologia.

Essa é a percepção que temos, mas será ela verdadeira? Há cada vez mais pesquisas comprovando que a mão do médico obtém informações que não podem ser captadas pelo olho frio de seus substitutos tecnológicos. Tomemos, por exemplo, a questão da pesquisa do câncer de mama. O que um exame físico capta que não pode ser discernido por uma máquina? As máquinas em questão – mamografia, ultrassonografia, ressonância magnética – têm uma função

importante na detecção do câncer de mama. Mas o toque também. A maior parte dos cânceres – bem acima de 70% – é descoberta por mulheres que sentem um caroço no peito. A mamografia detecta outros 20% – sem dúvida trata-se de uma ferramenta importante no diagnóstico dessa doença comum. Ainda assim, alguns estudos sugerem que o exame das mamas realizado pelo médico é responsável por outros 5% dos cânceres descobertos – tendo em vista o número de casos de câncer de mama existentes, isso representa 10 mil cânceres detectados a cada ano só nos Estados Unidos, o que faz do toque um instrumento surpreendentemente poderoso.

A avaliação de dor abdominal – uma das queixas mais comuns e problemáticas em prontos-socorros – é outro exemplo no qual o exame físico pode funcionar melhor que as mais avançadas tecnologias. A cada ano, mais de três milhões de pacientes vão a algum pronto-socorro dos Estados Unidos queixando-se de dor na barriga. Dentre eles, 250 mil acabam na mesa de operação, tendo o apêndice retirado. Na maior parte das vezes, trata-se de uma decisão acertada – o cirurgião irá retirar um órgão inflamado. No entanto, uma média de 20% dos pacientes que fazem essa viagem ao pronto-socorro terá o que os cirurgiões chamam de apendicectomia branca – a retirada de um apêndice normal. Em mulheres, a taxa de apendicectomias desnecessárias pode ser duas vezes maior, chegando a 45%, em alguns estudos. Essa estatística tem se mantido inalterada durante décadas.

Por muitos anos, essa taxa foi considerada aceitável. Em geral, ficava evidente que a intervenção precoce era o modo mais fácil de lidar com essa doença potencialmente fatal, e que o benefício de levarmos depressa os pacientes com suspeita de apendicite ao centro cirúrgico compensava os riscos de uma cirurgia desnecessária.

Vinte anos atrás, Alfredo Alvarado, médico de um pronto-socorro na Flórida, criou um método para separar os pacientes que podiam ter apendicite daqueles cuja dor talvez se devesse a outra causa. Usando o escore de Alvarado, os médicos conseguem diferenciar os pacientes com uma provável apendicite, que logo podem ser levados à cirurgia, daqueles com possível apendicite, que devem ficar em observação. Alvarado considerou três componentes ao criar seu sistema de pontos: três sintomas – náusea, anorexia e dor abdominal que migra para o quadrante inferior direito; três achados do exame físico – febre, dor à palpação do quadrante inferior direito e dor à descompressão, na qual a retirada súbita da compressão do abdome é mais dolorosa que a pressão em si; e um único exame complementar que mostra o número e o tipo de leucócitos no sangue. Cada fator presente acrescenta um ou dois pontos a um total máximo de 10. Os pacientes com escores de sete ou mais quase sempre têm apendicite e podem seguir para o

centro cirúrgico. Nenhum outro exame é necessário. As pessoas com escores abaixo de quatro provavelmente não têm apendicite, portanto, cabe pesquisar outras causas de dor abdominal. Em alguns estudos, esse sistema reduziu a taxa de apendicectomias desnecessárias para menos de 5%.

O escore é útil para aqueles que se encontram nos extremos – pacientes com escore de quatro ou menos, ou de sete ou mais. Mas, o que fazer com os que estão no meio – os pacientes que têm sinais e sintomas sugestivos de apendicite, mas cujo número de pontos não permite a inclusão numa categoria definitiva? É aí que entra a tecnologia. A TC pode distinguir corretamente quem precisa e quem não precisa de cirurgia em quase 100% das vezes. Foi demonstrado que a utilização simultânea do escore e da TC, nos casos em que não temos certeza sobre o diagnóstico, é muito eficaz, reduzindo a taxa de apendicectomias brancas para algo perto de 1%.

Se a TC é tão boa para mostrar quem precisa ser operado, por que não usá-la o tempo todo? Por que não levar logo todos os pacientes com possível apendicite para a máquina de TC? Na verdade, é isso o que acontece. Nos Estados Unidos, a TC é empregada de forma rotineira para avaliar quase todos os pacientes com dor abdominal. Um estudo recente, porém, sugere que essa estratégia talvez não seja a mais adequada. Herbert Chen e outros pesquisadores da Universidade do Wisconsin observaram os prontuários de 411 pacientes com diagnóstico de apendicite. Dois terços haviam realizado uma TC antes de serem operados. No terço restante, a decisão de levar o paciente para a cirurgia se baseou no histórico, no exame físico e nos achados laboratoriais.[2] Os pesquisadores descobriram que os pacientes que haviam realizado a TC tinham uma taxa de complicação muito mais alta que a daqueles pacientes que haviam seguido diretamente para a mesa de operação. E a taxa de perfurações era duas vezes maior nos que haviam feito o exame de imagem. Por quê? Os autores especulam que a causa esteja na demora em se encaminhar o paciente para o centro cirúrgico. O terço que não realizou a TC seguiu logo para a cirurgia nas primeiras cinco horas desde a chegada ao pronto-socorro, enquanto os que realizaram a TC demoraram quase duas vezes mais para ser operados.

Apesar das pesquisas, ainda é incrivelmente difícil convencer os médicos desse fato. No hospital comunitário onde trabalho, o dr. Jeff Sedlack é responsável por orientar os residentes de cirurgia geral. Durante anos, ele se queixou de que seus alunos levavam quase todos os pacientes com dor abdominal direto para a máquina de TC, pulando o exame físico. Ele se cansou de reclamar, até que por fim decidiu tentar uma coisa nova. Montou uma competição. Os residentes de cirurgia ganhariam um ponto para cada paciente com suspeita de apendicite que examinassem, calculando o escore de Alvarado.

Os pacientes que houvessem realizado uma TC antes de serem atendidos pelo residente não entrariam na contagem. O aluno com maior pontuação ganharia um pequeno prêmio.

Os residentes levaram a competição a sério. Um deles, do segundo ano, ganhou um bônus ao convencer o médico do pronto-socorro de que o paciente tinha um claro diagnóstico de apendicite sem que fosse necessário realizar o exame, que é caro. Em vez de encaminharem o paciente para a máquina de TC, os cirurgiões o conduziram ao centro cirúrgico, onde um apêndice purulento foi rapidamente retirado. A competição foi um enorme sucesso. A taxa de tomografias realizadas caiu, o número de complicações baixou e, como benefício adicional, conta Jeff, a aptidão dos residentes para realizar exame físico melhorou de forma drástica. No ano seguinte, a competição foi retomada – por demanda popular.

A presença de dor abdominal e sensibilidade à palpação pode ser extremamente útil na realização de um diagnóstico. Às vezes o inverso também é válido: uma pessoa com uma dor que não pode ser provocada pelo toque também nos transmite informações importantes.

O cão que não ladrava

Era 1º de julho, meu primeiro mês internando pacientes no segundo ano da residência. No primeiro ano, eu sempre tinha um residente com mais experiência ao meu lado, supervisionando cada movimento meu. Eu fora escalada para o plantão noturno e tinha a função de internar pacientes depois que os médicos de plantão houvessem atingido sua quota diária de admissões. Minha presença lhes trazia ao menos a possibilidade de dormir. Era muito emocionante, e um pouco assustador, ficar assim, por conta própria. Eu sabia que sempre haveria alguém mais experiente por perto – se fosse preciso. Ainda assim, estava nervosa.

Recebi meu primeiro chamado do pronto-socorro às duas da manhã. Uma mulher fora trazida de ambulância, vinda de um asilo para idosos. No tumulto do pronto-socorro movimentado, o médico falou comigo no dialeto áspero e hermético da medicina.

“Recebemos uma paciente feminina de 87 anos, nome Carlotta Davis. Foi trazida pelo Samu, com alteração aguda no estado mental. Tem história de HAS (hipertensão arterial sistêmica), DAC (doença arterial coronariana) e CRM (cirurgia de revascularização miocárdica) de três vasos 20 anos atrás. Estava desorientada quando foram colocar a velhinha na cama, por isso a mandaram para cá. Nada ao exame, a não ser PA (pressão arterial) no limite inferior. O laboratório mostrou leucocitose de 16 (alta) e urina positiva (infectada).

Mandamos ela aí para cima com Cipro IV (um antibiótico intravenoso) e um litro de Ringer (para elevar a pressão). Aqui embaixo estamos ocupados até não poder mais, por isso vou nessa." E a linha ficou muda outra vez.

Eis uma regra que aprendemos na residência: nunca aceite apenas o diagnóstico do pronto-socorro. A função deles é determinar se um paciente está grave o suficiente para ser internado. Eles gostam de dar um diagnóstico porque a papelada exige, e com frequência fazem uma boa avaliação do problema que têm diante dos olhos. Mas não dispõem de tempo nem de recursos para determinar o diagnóstico, a não ser nos casos mais óbvios. Regra número dois: se o PS disser que alguém está mal, vá ver o paciente depressa. Eles sabem quem está mal e quem não está.

"Dona Carlotta", falei num tom suave ao entrar no quarto escuro. Ouvi um gemido longo e profundo. Acendi a luz, e surgiu uma mulher pequenina, afundada em travesseiros e cobertores, movendo-se inquieta na cama. Cruzei o quarto, coloquei-me à beira do leito e me apresentei. A paciente estava deitada, com os olhos bem fechados, girando de um lado para o outro como se procurasse uma posição confortável. Suas pernas pareciam sussurrar para mim, movendo-se continuamente por baixo dos ásperos lençóis brancos.

"Carlotta?", tentei outra vez. Sem resposta. Toquei a pele fina de seus punhos. Ela estava quente e tinha o pulso rápido, porém, eu mal conseguia palpá-lo. A pressão arterial estava baixa – tão baixa quanto no PS.

"A senhora pode abrir os olhos, dona Carlotta?" Novamente ela não respondeu. Sua melhor resposta foi contrair as pálpebras ainda mais, como se abri-las fosse ainda mais insuportável. Somente o gemido e o remexer quase constante no leito. Aquele movimento seria causado por alguma dor ou pelo delírio? Ambos eram possíveis. Auscultei o coração, depois corri o estetoscópio por baixo de suas costas esquálidas a fim de ouvir os pulmões. Puxei as cobertas e o avental que ela vestia, revelando uma barriga inesperadamente arredondada. Por que a barriga dessa mulher não era magra e plana como o resto de seu corpo magro? Apoiei de leve o estetoscópio naquele abdome redondo. Silêncio. Forcei-me a escutar durante um minuto inteiro. De hábito, o intestino emite ruídos constantes. Este não.

Os médicos do pronto-socorro descobriram que ela tinha uma infecção do trato urinário e temeram que a infecção houvesse se espalhado para o sangue. Já haviam começado a administrar um antibiótico intravenoso. Essa é uma causa comum de internação entre pessoas idosas e frágeis. E, às vezes, uma doença grave pode fazer com que o trato gastrointestinal suspenda suas funções temporariamente. Era isso o que estava acontecendo, ou haveria algo mais? Examinei com cuidado o abdome da paciente. Não senti qualquer massa – nem

sensibilidade à palpação. Ela não se retraiu, não demonstrou reação, nem mesmo ao toque mais profundo. Aquela senhora claramente sentia dor, mas minha intervenção não parecia afetá-la.

Apertei os dedos com firmeza sobre sua bexiga. Ela tinha uma infecção ali – seria essa a origem da dor? Carlotta não esboçou reação alguma. Apertei e golpeei seus flancos, onde ficam escondidos os rins. Haveria uma infecção também ali? Nenhuma alteração em seu movimento inquieto. Terminei o exame, investigando com atenção qualquer outra possível fonte de desconforto. Nenhuma escara; nenhuma articulação inchada ou dolorosa; nenhuma vermelhidão, em parte alguma. Nada que pudesse explicar o terrível desconforto e os gemidos inquietantes que escapavam de seus lábios de poucos em poucos minutos.

Eu já havia cuidado de muitos pacientes com sepse urinária (uma infecção urinária que se dissemina para o sangue), mas nenhum deles se parecia com esta mulher. Prescrevi uma dose baixa de morfina. Somos ensinados a não tratar a dor até sabermos de onde ela vem, mas eu queria testar se isso aliviaria o sofrimento dela – se o desconforto vinha de alguma fonte de dor desconhecida. A morfina interrompeu o movimento inquieto, mas os gemidos continuaram. Eu ainda não sabia se o problema era dor ou delírio.

Segundo os funcionários do asilo para idosos, a paciente tinha se queixado de dor abdominal ainda naquele dia. Ela podia ter uma infecção urinária, mas não demonstrava dor na bexiga nem nos rins. O que mais poderia ser? Naquela faixa etária, havia a probabilidade de câncer. Será que ela tinha um câncer de cólon que obstruía o intestino? A barriga estava flácida, fácil de examinar, e não consegui sentir nenhuma das massas lineares firmes que sugerem a presença de fezes presas no cólon. Um cálculo na vesícula poderia causar febre e elevação da contagem de leucócitos, mas deveria provocar dor à palpação do lado direito do abdome. Ela não sentia dor nenhuma. O mesmo valia para apendicite, cálculo renal, pancreatite, alguma víscera perfurada – todas essas doenças causavam uma dor tremenda, mas em geral localizável. Eu não conseguia pensar em nada que pudesse causar uma dor tão intensa e que ao mesmo tempo não piorasse com a compressão.

A pressão arterial dela ainda estava muito baixa. Prescrevi mais um litro de soro fisiológico. Em pessoas muito doentes, uma quantidade insuficiente de líquido na corrente sanguínea, causada pelo consumo inadequado de comida ou água, ou pela transpiração excessiva, pode provocar queda da pressão. A reposição desse líquido muitas vezes faz a pressão voltar ao normal. Se pressão da paciente não subisse com o soro, ela teria de ser levada à Unidade de Terapia Intensiva, onde receberia medicamentos para restaurá-la.

Procurei a dra. Cynthia Brown, residente do terceiro ano que estava de plantão na UTI. Cynthia era uma mulher ruiva, muito animada e realista, que fora fisioterapeuta antes de entrar na faculdade de medicina. Por ser mais velha que a maioria dos residentes e, como eu, vir do sul do país, as duas ficamos amigas quase instantaneamente. Encontrei-a no posto de enfermagem, tomando chá e checando os prontuários. Ela ainda não tinha dormido, mas parecia desperta e contente. Cumprimentou-me entusiasmada. Fiz uma breve descrição do caso, citando meu diagnóstico diferencial e expressando minhas dúvidas.

"Tem mais alguma coisa aí, mas não consigo descobrir o quê. E nem sei por onde começar. Será melhor pedir uma TC? De que parte do corpo? Se eu não conseguir subir a pressão da paciente, vou ter que mandá-la para cá de qualquer maneira." Cynthia ficou pensando um momento.

"Ela tem alguma doença cardíaca?", perguntou.

Sim, tinha.

"E a pressão arterial está baixa?"

Estava.

"Você teve a impressão de que ela tinha uma dor desproporcional ao que encontrou no exame físico?", perguntou Cynthia.

Certamente.

"Esses são os sintomas clássicos de colite isquêmica."

Como tantos outros termos na medicina, as próprias palavras nos dizem muito do que precisamos saber sobre essa doença: isquemia – do grego *isch*, restrito, e *hema*, que significa sangue. Restrição do fluxo sanguíneo para o cólon. É uma doença encontrada sobretudo em idosos, frequentemente durante uma infecção grave. Eu conhecia isso, claro. Ela estava no meu *Harrison's* – o livro-texto que eu havia usado para estudar as doenças. Mas a "dor desproporcional ao exame" não figura no *Harrison's*. Tampouco está em nenhum outro livro que eu tenha lido. Esse conhecimento faz parte da tradição oral da medicina, aprendido, como tantas outras coisas, do modo mais difícil – pelo desconhecimento. Ainda assim, eu deveria ao menos ter incluído essa doença na minha lista de possibilidades. Dona Carlotta era uma candidata perfeita. Senti meu rosto arder quando percebi que, evidentemente, colite isquêmica era o diagnóstico mais provável. E eu o deixara passar.

"Não esqueça, o motivo pelo qual você pegou este trabalho miserável e malremunerado foi o aprendizado." Cynthia sorriu ao repetir para mim as palavras que eu lhe dissera uma vez no início da minha residência. Voltei às pressas para o quarto da paciente, tomada de frustração. Como eu poderia um dia dominar tantos conhecimentos? Eu lia os livros-texto, os manuais de pérolas clínicas, inúmeros artigos científicos, e, ainda assim, confrontada com a

apresentação clássica de uma doença clássica de velhinhas, eu papava mosca. A clínica médica de repente parecia, mais uma vez, completamente esmagadora. É uma disciplina enorme; está em permanente mudança; é impossível dominá-la. Uma residente que eu conhecera durante o internato me falara havia pouco tempo de sua decisão de largar a clínica médica e fazer dermatologia. Por quê? – perguntei. Ela respondeu: “Porque quero acertar mais vezes.”

Com o diagnóstico de colite isquêmica na cabeça, foi fácil reconstruir o que teria acontecido. A paciente tivera uma infecção que causara a queda da pressão arterial. Ela tinha artérias enrijecidas e estreitas – por isso havia colocado as pontes no coração anos antes. A pressão baixa associada às artérias afetadas pode fazer com que algumas partes do corpo sofram carência de sangue novo e de oxigênio. A dor que ela sentia era dos tecidos morrendo por falta de oxigênio. Essa é uma doença terrível, muitas vezes tratada por cirurgia. A mortalidade é alta – em parte porque somente pessoas com múltiplas doenças e saúde já debilitada tendem a desenvolvê-la.

Quando voltei, o quarto estava em silêncio. Com a morfina, a paciente finalmente conseguira dormir, ou ao menos parara de se mexer. A pressão arterial subira lentamente com a reposição de líquido. Uma radiografia confirmou o diagnóstico de colite isquêmica. Chamei o médico responsável pela paciente e, a seu pedido, os cirurgiões.

Novas internações me fizeram descer correndo para o pronto-socorro. Voltei algumas horas depois para ver como a paciente estava e o que o médico responsável havia feito. Ela fora avaliada pelo residente de cirurgia, que queria levá-la ao centro cirúrgico. Novos exames laboratoriais sugeriam a presença de tecido morto que precisava ser removido.

A família da paciente não concordou com a operação. Dona Carlotta já lhes havia comunicado sua decisão – nenhuma medida extraordinária, nada de cirurgia. Eles controlariam a dor da paciente, instruiu a família, e veriam o que aconteceria. Se ela sobrevivesse, que assim fosse; se não, que ao menos pudesse partir em paz. Sua filha viria ao hospital o mais rápido possível. Fui ver a paciente antes de voltar para casa naquela manhã. O quarto continuava em silêncio, mas agora estava cheio de luz, no que parecia ser um glorioso dia de verão. Dona Carlotta estava deitada na cama, imóvel; seus olhos continuavam fechados, mas os músculos da face finalmente tinham relaxado. A pele pálida e delicada do rosto lhe pendia graciosamente das bochechas, como uma bela adormecida jamais encontrada por seu príncipe.

Embora não houvesse nada que eu pudesse fazer por ela, passei para ver dona Carlotta na noite seguinte, e também na outra. Ela já não acordava quando eu dizia seu nome ou tocava seu ombro fino. O quarto se encheu lentamente de

cartões, desenhos coloridos e flores. Um “Nós te amamos, vovó”, escrito em preto e pintado com giz de cera de cores primárias, estava colado na parede em frente à cama, cobrindo-a inteiramente; seria a primeira coisa que ela veria quando e se abrisse os olhos. Brinquedos guardados sobre o grande parapeito da janela indicavam que ao menos um neto ou bisneto a visitava com regularidade.

Quando fui vê-la na quarta noite, o quarto estava vazio. Os cartões e o desenho haviam desaparecido; a cama, muito bem-arrumada, esperava seu próximo ocupante. Parada sob a porta, despedi-me internamente daquela mulher. É assim que todo médico aprende, muitas vezes parado à beira do leito dos pacientes que não foi capaz de salvar. E é dessa forma que expressam seus pêsames particulares. Hoje, já diagnostiquei essa doença e outras semelhantes, e sempre que chego à conclusão correta, vejo de novo o rosto de dona Carlotta.

Mão com mão, mente com mente

Parte do romantismo, do apreço que temos pelo exame físico – ao menos para mim –, vem do modo como ele é ensinado. Eu o aprendi com todos os médicos que me orientaram. Eles, por sua vez, o aprenderam com os médicos que lhes deram aula, criando uma linha de transmissão que se estende retroativamente, como uma genealogia, até sua origem. Enfatizando a natureza pessoal dessa transmissão, as manobras ou técnicas de exame muitas vezes trazem o nome do médico ou da enfermeira que as criou. A manobra de Spurling, chamada assim em homenagem ao neurocirurgião americano do início do século XX, descreve a técnica criada por Roy Glenwood Spurling para checar se uma dor no braço ou na mão se originava na coluna cervical. Nessa manobra, a cabeça é inclinada para o lado da dor e então o médico a aperta bem para baixo, comprimindo os discos macios que temos entre as vértebras ósseas. Se isso reproduzir a dor, relatou Spurling num artigo publicado em 1944, o sintoma pode ser atribuído à compressão de um nervo no pescoço – ferramenta útil nos dias em que a ressonância magnética não existia e ainda ensinada como um modo de avaliarmos uma dor no braço.

O sinal de Tinel leva esse nome em homenagem a um neurologista francês, Jules Tinel. Ele criou o teste enquanto tratava soldados da Primeira Guerra Mundial feridos por armas de fogo. Muitas vezes, depois que as feridas haviam sarado, a força e o tato continuavam limitados em virtude das lesões nos nervos da região. Tinel golpeava a área correspondente ao nervo logo antes de sua entrada no membro ferido. Se o paciente sentisse um formigamento na área lesionada, dizia Tinel, o nervo estava se recompondo, e o soldado podia ter esperança de recuperar parte do tato e da função do membro afetado. Hoje, essa

manobra costuma ser ensinada como método para diagnosticar a síndrome do túnel do carpo, lesão por esforço repetitivo do nervo mediano que causa dormência e formigamento no polegar, indicador ou dedo médio. Se esses sintomas surgem depois de darmos pancadinhas sobre o pulso, dizemos que o paciente tem síndrome do túnel do carpo.

O problema é que muitas dessas manobras não funcionam. A de Spurling é tão eficaz quanto um cara ou coroa para prevermos se um paciente tem uma lesão num disco cervical. Muitas pessoas sentem dor com essa manipulação, mas a dor pode ter muitas causas: artrite reumatoide, osteoartrite, metástases ósseas de algum câncer. E muitos pacientes que têm uma compressão nervosa no pescoço não sentem dor alguma. Ainda assim, a manobra continua a ser ensinada.

O sinal de Tinel é igualmente inútil no diagnóstico da síndrome do túnel do carpo. Pacientes com essa lesão podem ter formigamento quando o nervo está pinçado, mas o mesmo ocorre em pessoas com outros problemas. E muitos dos que têm a síndrome não sentem o formigamento característico quando golpeamos seu punho. Portanto, a manobra não é capaz de identificar com segurança os pacientes que sofrem da doença, nem de descartar os que não sofrem.

Os componentes do exame físico foram concebidos numa época em que os médicos tinham poucas opções para diagnosticar as doenças. Qualquer sinal ou sintoma considerado útil seria bem-vindo. Ao contrário dos medicamentos e exames modernos, de alta tecnologia (e caros), não havia necessidade de avaliar nenhuma dessas técnicas de exame. Muitas vezes, na época em que foram criados, não havia maneira de saber se esses testes estavam certos, a não ser pela cirurgia ou pela autópsia. Com a melhora da tecnologia, nossa capacidade de avaliar essas manobras também melhorou. Mas apenas começamos a testá-las. Enquanto isso, os médicos continuam a ensiná-las.

Um colega meu, o dr. Tom Duffy, me contou a respeito de uma manobra da qual eu nunca tinha ouvido falar e de um paciente no qual a técnica fez uma diferença importante. Michael Crosby era um homem jovem – saudável e ativo, sem qualquer problema de saúde. Michael se lembra claramente do momento em que percebeu que estava doente. Era seu segundo dia de aula. Um novo emprego, uma nova escola. Ele tinha passado um pequeno teste para a turma e, enquanto os alunos trabalhavam, passeava por entre as carteiras. Todos tinham a cabeça baixa, canetas na mão, os olhos alternavam entre as palavras no quadro e os papéis que tinham à sua frente, tentando responder às perguntas da primeira prova do ano.

Michael era professor substituto. E, naquela manhã, sentiu-se estranhamente nervoso. Podia sentir o coração bater com força no peito e notou que sua

respiração estava rápida e profunda. Ele havia estudado durante cinco anos para chegar ali; fizera estágios em algumas das regiões mais pobres do estado de Nova York, e ainda assim estava assustado com a ideia de dar aulas de espanhol àquela turma da oitava série no interior de Connecticut? O coração acelerado lhe dizia que sim.

Mas aquilo seria medo? Michael sabia apenas que tinha dificuldade em respirar. Muita dificuldade. De súbito, ficou aterrorizado. Respirar – a coisa mais fácil e natural do mundo – de repente não parecia nada fácil nem natural. Percebia que estava fazendo o movimento respiratório, e mesmo assim o ar não parecia chegar a seus pulmões. Sentiu que o suor lhe brotava do rosto, que estava gelado. A gravata parecia apertada demais no pescoço. Olhou a hora. Conseguiria aguentar até o final da aula? Michael se sentou em sua cadeira na frente da sala e tentou relaxar.

O sinal finalmente tocou. Os alunos depositaram as provas na mesa do professor e se amontoaram para passar pela porta. Michael saiu bem atrás deles.

O corredor para a enfermaria da escola pareceu espichar, tornando-se mais longo. Cada passo era um grande esforço. “Não consigo respirar”, grasnou, quando afinal chegou à minúscula enfermaria. “Estou mal.” Pat Howard, a enfermeira da escola, fez com que ele se deitasse. Michael a ouviu fazer perguntas, tentando obter mais informações, porém era difícil falar com ela. Era como se ele estivesse se afogando em terra firme. A enfermeira tirou a gravata de Michael e colocou uma máscara sobre sua boca e nariz. O golpe frio do oxigênio o aliviou um pouco. Michael se lembra de ter sido colocado numa ambulância. Quando reabriu os olhos, estava no pronto-socorro, cercado de caras desconhecidas.

Logo recebeu o diagnóstico de uma grave embolia pulmonar. Um coágulo se soltara em alguma parte de seu corpo, sendo carregado pelo sangue até o coração, alojando-se então num dos pulmões. Michael começou a receber anticoagulantes e foi internado na UTI, onde podia ser monitorado mais de perto. Assim que ficou estável, os médicos voltaram sua atenção para o coágulo em si: de onde viera, e por que se formara? Era necessário saber, porque uma nova ocorrência como essa poderia matá-lo.

Nós dependemos da coagulação para viver. Porém, como tantas vezes ocorre em nosso organismo, o contexto faz toda a diferença. No lugar certo, na hora certa, um coágulo pode salvar uma vida, impedindo o sangramento descontrolado. Em outra situação, esse mesmo trombo pode matar. Os trombos em geral se formam onde há algum vaso sanguíneo lesado. Também podem surgir quando o sangue para de circular; por isso, qualquer situação que cause imobilidade prolongada, como viajar ou ficar de cama, aumenta o risco de uma

trombose patológica. A gravidez também aumenta o risco. O mesmo ocorre com certos medicamentos e hormônios. Algumas pessoas têm uma anormalidade genética que faz com que seu sangue coagule com muita facilidade. É importante descobrirmos a causa de um coágulo para estimar o risco de surgimento de outro.

Assim, os médicos investigaram: Michael não tinha nenhum trombo nas pernas – a fonte mais comum de coágulos anormais. As TCs de tórax, abdome e pelve também não mostraram nada. O rapaz não viajara recentemente, não estivera doente. Não tomava nenhum remédio e não fumava. Os médicos pediram exames para investigar qualquer indício de que seu sangue coagulasse excessivamente. Normais. Não conseguiram encontrar nenhum motivo para aquele jovem, sem nenhum outro problema de saúde, ter uma embolia daquela gravidade. Michael teve alta do hospital depois de duas semanas, e os médicos lhe disseram que ele deveria tomar varfarina – uma droga que impede a coagulação do sangue – pelo resto da vida. Sem isso, o risco de que ele sofresse outra embolia seria alto demais.

Para qualquer paciente, não é fácil ter uma doença sem explicação. O que piorava aquela incerteza era a nova certeza que a acompanhava – de que ele precisaria tomar um medicamento anticoagulante pelo resto da vida. Michael tinha 23 anos, adorava praticar esportes o ano inteiro. O anticoagulante o protegeria de outra embolia pulmonar, mas, em contrapartida, ele teria de evitar qualquer coisa que pudesse causar sangramentos – inclusive os esportes que adorava praticar.

O paciente buscou uma alternativa e encontrou meu amigo Tom Duffy, hematologista da Universidade de Yale que tem a reputação de ser um excelente diagnosticador. Ele esperava que Tom pudesse desvendar o que havia causado a embolia pulmonar devastadora e, possivelmente, livrá-lo da varfarina.

Tom é um homem magro e em boa forma, está na casa dos 60 anos, usa óculos de tartaruga, guarda uma preferência por gravatas-borboleta e tem uma maneira precisa e estudada de falar. Ele escutou a história do paciente e pediu mais alguns detalhes: que tipo de atividade física Michael fizera nas semanas anteriores à embolia? O rapaz vinha alternando três dias de musculação com dois dias de natação ou corrida. Ele havia tomado alguma droga para melhorar seu desempenho como atleta? O jovem admitiu que tomara quando era mais novo, mas não fazia mais isso havia anos.

Enquanto ouvia o paciente, Tom considerava as possibilidades. A primeira equipe de médicos realizara os exames habituais, portanto, a causa daquela embolia pulmonar deveria estar entre as mais incomuns. Os exames de imagem feitos quando Michael estava no hospital não haviam mostrado nenhum trombo

nas pernas ou no tronco. Uma doença rara do sangue, chamada hemoglobinúria paroxística noturna, pode causar coágulos no fígado, baço ou sob a pele. A TC não teria revelado isso. Michael poderia sofrer dessa raridade? Ou seria um mixoma, tumor raro que cresce no músculo cardíaco, podendo gerar um trombo dentro do próprio coração? O exame físico talvez lhes desse alguma indicação caso se tratasse de uma dessas doenças.

Quando o paciente tirou a roupa para o exame, Tom ficou impressionado com os músculos de seu torso e braços, que eram bastante trabalhados. “Ele parecia um desses caras das revistas de esportes e saúde”, contou-me mais tarde. “Era bem impressionante.” Além disso, o exame foi completamente normal: não havia sons diferentes no coração que sugerissem a presença de um tumor ou qualquer outra coisa obstruindo o fluxo de sangue. O exame abdominal não revelou sensibilidade à palpação nem o aumento de algum órgão, o que poderia indicar a presença de um coágulo escondido ali.

Tom olhou de novo para o paciente. Lembrou-se de algo que havia aprendido na faculdade de medicina muitos anos antes. Ergueu o braço de Michael para que ficasse paralelo ao chão. Apoiando cuidadosamente um dedo sobre o pulso do jovem, moveu o braço de modo que fosse um pouco para trás da linha do corpo. Pediu então a Michael que olhasse para cima, virasse o rosto para o lado oposto ao do braço elevado e respirasse fundo. Quando o rapaz fez o movimento, seu pulso desapareceu. Quando olhou para a frente novamente, o pulso ressurgiu. Tom repetiu a manobra. Mais uma vez o pulso desapareceu quando o paciente virou a cabeça e respirou fundo. Tom suspeitou imediatamente do que teria gerado o trombo.

Os vasos que carregam o sangue do coração para os ombros e as mãos, e de volta para o coração, têm de viajar por baixo da clavícula e por cima da caixa torácica – através de uma passagem muito estreita. A presença de uma costela extra ou de músculos hipertrofiados no ombro ou pescoço pode fazer com que essa passagem se torne ainda mais estreita. O problema, chamado síndrome do desfiladeiro torácico, é visto com mais frequência em atletas jovens que usam intensamente os membros superiores – arremessadores de beisebol ou halterofilistas –, ou em trabalhadores que usam os braços acima do nível dos ombros – pintores, instaladores de papel de parede ou professores, que escrevem no quadro-negro. Nas pessoas com essa condição, quando o braço está elevado, o músculo ou osso extra estreita o espaço entre as duas estruturas, podendo bloquear os vasos que trafegam por elas. Este paciente era professor e praticava musculação. Era um candidato perfeito.

Tom Duffy decidiu confirmar seu diagnóstico e afastar qualquer outra causa possível para a embolia. Os exames de sangue descartaram a hemoglobinúria

paroxística noturna. Michael fez uma ressonância magnética do coração, que não mostrou qualquer tumor. O mesmo exame realizado com o paciente mantendo os braços acima da cabeça e a cabeça virada – a manobra que fizera para o dr. Duffy – mostrou que uma das grandes veias que levam o sangue dos braços para o coração se mostrava parcialmente obstruída. Tom estava certo. Ele encaminhou o paciente a um cirurgião que tinha experiência com essa operação difícil e incomum, e, no verão seguinte, Michael sofreu uma cirurgia para retirar a primeira costela de cada lado. No inverno seguinte ele pôde parar de tomar a varfarina. Isso foi há quatro anos. Desde então, Michael não teve mais sintomas.

O VALOR DE QUALQUER TESTE OU EXAME está em sua capacidade de prever com segurança a presença ou ausência de uma doença. Depois que publiquei a história de Michael, muitos médicos me escreveram questionando a precisão do teste realizado por Tom Duffy, uma manobra chamada teste de Adson. Chequei a literatura médica sobre o assunto, e esses médicos estavam certos – nada havia a respeito. O teste simplesmente não fora estudado. Em outras palavras, ninguém sabe de fato se a manobra funciona ou não.

Por outro lado, o exame foi rápido e conveniente. Fácil de realizar, não apresentou qualquer risco. Um dos médicos que me escreveu expressou a seguinte opinião: “Pouco importa se a manobra de Adson é precisa ou não. O fato é que o dr. Duffy pensou no diagnóstico – e, se a manobra leva a isso, então é um bom teste.”

Ainda assim, se um teste em particular não for confiável, como os médicos deverão julgar os resultados obtidos a partir dele? Poderão confiar em seus achados? Se o exame sugerir a presença de um diagnóstico específico, ele se concretizará? Se, por outro lado, o exame sugerir que o paciente não tem a doença, podemos descartá-la?

Nós conhecemos a precisão de muitos dos nossos exames tecnológicos. Por exemplo, demonstrou-se que uma ultrassonografia é menos confiável que uma TC. Os médicos podem levar isso em consideração ao avaliar os resultados de exames – em especial se os achados obtidos não corroborarem seus palpites diagnósticos. Mas não temos esse tipo de informação sobre muitos dos testes que constituem o exame físico. Mesmo nos casos em que eles foram avaliados objetivamente, os resultados desses estudos muitas vezes não são ensinados. A consequência é que, ao realizarmos o exame físico, não temos ideia de quanta fé devemos colocar no que encontrarmos. Essa incerteza pode levar a um diagnóstico errado. Com muito mais frequência, a incerteza faz com que os médicos ignorem ou omitam o exame físico e seus achados, e passem diretamente aos exames complementares, nos quais têm mais confiança.

“O verdadeiro problema”, diz o dr. Steven McGee, que reuniu e avaliou boa parte das pesquisas sobre exame físico, “é que herdamos toda uma tradição, e nossos pobres estudantes de medicina tentam aprendê-la por inteiro. Eles então descobrem que parte daquilo não funciona e acabam por jogar a coisa toda no lixo. A verdade é que muitas partes do exame físico realmente não são muito úteis. Mas algumas delas são essenciais, podendo inclusive salvar vidas.” Steven McGee faz parte de um movimento abrangendo um número cada vez maior de pesquisadores que desejam avaliar a utilidade de vários componentes do exame físico.

Esse tipo de exame não é perfeito, disse-me Steven, e estamos bastante cientes disso na atualidade. “Os achados do exame físico são mais nebulosos, já os exames complementares têm melhor definição.” Quando comparamos nossa incerteza quanto a nós mesmos com a confiança que sentimos ao observar um pedaço de papel – bem, não é de surpreender que optemos pelos exames complementares. “Mas o que não vemos naquele pedaço de papel, o que esquecemos com frequência, é que os exames modernos nos quais depositamos nossa confiança também não são perfeitos.” Consideremos a radiografia. Que grau de confiança podemos ter nela? Um dos achados mais básicos que procuramos numa radiografia de tórax é o tamanho do coração – está normal ou aumentado? Trata-se de uma pergunta bem direta, e uma radiografia de tórax deveria ser capaz de responder a ela com bastante precisão. Isso posto, se a mesma radiografia for analisada por mais de um radiologista, com que frequência eles irão concordar quanto a esse achado simples?

Os estatísticos medem o grau de concordância lançando mão de uma ferramenta chamada estatística kappa. Esse cálculo leva em consideração o fato de que, às vezes, mesmo em eventos meramente aleatórios, como o ato de jogar uma moeda, duas pessoas irão obter resultados semelhantes por puro acaso. Para encontrarmos graus de concordância reais, temos de considerar as concordâncias que ocorrem por mero acaso. Portanto, usando o exemplo das duas pessoas jogando uma moeda cada, o acaso fará com que as duas moedas caiam na mesma face em 50% das jogadas. Se as duas moedas apresentarem uma concordância maior ou menor que 50%, essa será sua estatística kappa. Não esperamos uma concordância maior que 50%, portanto, a expectativa é de uma estatística kappa de zero. Por outro lado, se duas pessoas estiverem observando cartões vermelhos ou azuis e nenhuma delas for daltônica, esperamos que elas concordem praticamente todas as vezes sobre a cor de cada cartão. Nesse caso, a estatística kappa se aproximará de 100.

Então, como os radiologistas se saem ao determinarem se um coração tem tamanho normal ou aumentado? A estatística kappa deles é de 48. Em outras

palavras, depois de levarmos em consideração as concordâncias atribuíveis ao acaso, existe uma boa chance de que dois cardiologistas discordem ao menos algumas vezes. A mesma discordância ocorre em outras áreas da radiologia – os problemas com a mamografia são os mais bem-descritos. Calculou-se que a estatística kappa desse exame é de 47. Ao analisar mamografias, os especialistas nesse exame concordam uns com os outros cerca de 78% das vezes.[3] A patologia é outra área de discordâncias notórias.

Mesmo os exames laboratoriais estão longe de ser perfeitos. *Clostridium difficile* é uma bactéria que causa diarreia grave e deve ser tratada com antibiótico. O diagnóstico é confirmado pela detecção, nas fezes, de uma toxina produzida pelas bactérias. Quando o exame é positivo, podemos estar certos de que o paciente tem a doença. Quando é negativo, porém, não contamos com garantia alguma de que o paciente não está com a infecção. Foi demonstrado que até um terço dos pacientes infectados irá apresentar um exame negativo. Como é importante fazer esse diagnóstico, a prática habitual nos hospitais é repetir o exame até três vezes. Somente quando os três exames dão resultado negativo podemos ter certeza de que o paciente não contraiu essa infecção potencialmente fatal.

Afinal, diz Steven McGee, o que nos resta é uma cultura na qual os resultados de exames complementares ganham excessiva credibilidade, e o inverso ocorre com as partes boas do exame físico. As duas situações são ruins para o paciente. E acabamos por esquecer que, em muitas doenças, o diagnóstico ainda depende do exame físico: nenhum teste complementar supera o exame físico no diagnóstico da doença de Parkinson ou da esclerose lateral amiotrófica. O mesmo ocorre com muitas doenças dermatológicas. Precisamos descartar os componentes inúteis do exame físico. Parem de ensinar essas partes, diz Steven. O resto pode ter uma função importante no diagnóstico. Se perdermos nossas habilidades, sugere ele, o risco recai sobre o paciente.

David Sackett, médico canadense considerado o pai da medicina baseada em evidências, tem sido um dos mais fortes defensores da ideia de que devemos encarar o exame físico com base em provas concretas. Na década de 1990 ele começou a trabalhar com o *Journal of the American Medical Association*, publicando uma série de artigos chamada “O exame clínico racional”. Cada texto da série faz uma pergunta: este paciente tem (tal doença)? O artigo descreve as partes da história clínica e do exame físico, e fornece ao médico uma medida da precisão do exame. O primeiro deles se concentrou na ascite – líquido na cavidade abdominal. Nos anos seguintes, a série abordou de tudo, de asma a apendicite. Foi um enorme sucesso, lido avidamente e citado por médicos que há muito se viam frustrados com as incertezas do exame físico.

Eu aprendi, por exemplo, que o achado mais confiável no exame físico para diagnosticarmos a ascite é o sinal da poça. Nessa manobra, pedimos ao paciente que fique apoiado nas mãos e nos joelhos, como se estivesse brincando de cavalinho com uma criança. Teoricamente, o líquido ascítico, que circula livremente pelo abdome, irá se reunir na parte mais baixa da barriga – a que está pendente. Acertando a barriga com o dedo, vamos ouvir um som maciço onde houver líquido, e um som timpânico onde está apenas o intestino. Pois bem, o fato é que esse exame embaraçoso e desconfortável não tem muita utilidade. Demonstrou-se que uma técnica muito mais eficaz consiste em checarmos a presença de líquido quando o paciente está deitado de costas. A pessoa põe a mão no meio do abdome, mantendo a gordura subcutânea em seu lugar, e o médico percute secamente um lado da barriga enquanto palpa o outro. Se houver líquido, será possível senti-lo bater a parede interna do abdome, como uma onda. Se houver apenas gordura, o médico não sentirá movimento algum.

Fui assistir a uma palestra de Steven McGee num ciclo do Colégio Americano de Medicina. O grande salão estava lotado. Depois de ser apresentado, Steven subiu ao palco; ele é um homem pequeno, de cabelo bem-cortado, com uma expressão séria e inteligente escondida por trás dos óculos. Falou numa voz grave sobre como, em sua opinião, podíamos fazer com que a realização do exame físico voltasse a valer a pena. Às vezes ele nos dá tudo o que precisamos para fechar um diagnóstico. Outras, observou Steven, vai nos dizer algo que o paciente não tem. Simplesmente temos de saber em que partes podemos confiar. “Quem aqui pesquisa o sinal de Tinel quando está examinando um paciente com dormência e formigamento na mão?”, perguntou à plateia. Algumas mãos se ergueram pelo auditório. Lamento informar que não é um bom teste, disse Steven. Uma estratégia melhor seria pedir ao paciente que mostre onde ocorrem os sintomas em sua mão. As pessoas com síndrome do túnel do carpo muito provavelmente apontam o polegar e os dois dedos seguintes. A pesquisa de redução da sensibilidade nesses três dedos é uma técnica fácil e rápida que pode nos ajudar a fechar o diagnóstico.

Seu objetivo, disse Steven à plateia, era ajudar os médicos a terem mais confiança e precisão ao examinarem o paciente. “Uma vez versados no diagnóstico físico baseado em evidências, os médicos podem resolver muitas questões importantes no momento e lugar em que surgem – à beira do leito.”

No final da palestra, pude ouvir trechos de conversas enquanto a plateia deixava o salão e se dirigia ao próximo evento. Havia entusiasmo, esperança e discussões apaixonadas sobre a precisão e validade das manobras físicas mais populares entre os médicos. Ao caminhar pela porta dupla e sair para o corredor lotado, vi-me atrás de um grupo de médicos jovens e escutei seu breve diálogo

sobre a palestra. Um rapaz alto, de cabelo escuro, cutucou o amigo com o cotovelo e falou simplesmente: “Até parece.” E riu. Não pude ver seu rosto, mas o significado estava claro: até parece que esses estudos poderiam mudar um fato consumado, a morte do exame físico. Os demais riram com ele. Outro do grupo acrescentou: “Como se eu não fosse pedir o exame complementar.” Foi um lembrete súbito do conservadorismo dos médicos. Mudar esse novo *status quo* seria um grande desafio.

Pensei mais uma vez na minha cunhada, Joan, que ofereceu seu próprio câncer para me ensinar. O gesto sugeria que ela tinha muito mais confiança no potencial diagnóstico do exame físico que qualquer pessoa naquela sala de conferências. Ela se importaria se essas habilidades fossem simplesmente abandonadas e desaparecessem? Ao menos iria notar? A mera atualização do nosso arsenal de técnicas para o exame físico – eliminar as que não funcionam, aprimorar as que funcionam – pode ser suficiente para reanimarmos o cadáver do exame físico? Caso não seja, o que mais está faltando?

7. O coração do problema

INCLINEI-ME PARA A FRENTE NA CADEIRA e ajustei melhor o estetoscópio nos ouvidos. Pude escutar, como de costume, a batida dupla do coração em seu funcionamento normal, mas ali havia mais um som – um som que não reconheci. Era um ruído baixo e arranhado – regular, rítmico, intenso –, como um percussionista que marcasse o ritmo numa tábua de lavar roupa.

A outra extremidade do estetoscópio que eu usava, a ponta que normalmente eu apoiaria no peito do paciente, não tinha o disco de metal. Em seu lugar havia uma pequena caixa feita de plástico barato, mais ou menos do tamanho de um maço de cigarros. Era um receptor de rádio bem leve, e os sons que eu ouvia pelos fones estavam sendo transmitidos para mim.

Que som é esse? Eu deveria saber.

Eu estava sentada em meio a uma dúzia de médicos que escutavam com atenção tentando identificar as causas daqueles sons anormais. Todos nós, graduados em medicina, com anos de especialização e prática, estávamos ali numa aula oferecida durante uma reunião do Colégio Americano de Medicina para reaprender os fundamentos do exame físico do coração. Olhei de relance para a mulher ao meu lado; seu cabelo grisalho e cacheado cobria uma fronte enrugada pela concentração. Ao notar que eu a olhava, sorriu envergonhada. Ela também estava confusa. Um rapaz mais jovem, com os óculos grandes demais, fitava o chão fixamente.

"Alguém sabe me dizer algo sobre o que estamos ouvindo?", perguntou a dra. Vivian Obeso, a organizadora do curso. Ela correu os olhos pelos rostos dos médicos sentados à sua frente, do outro lado do manequim de um homem jovem, em tamanho real. O boneco tinha o peito exposto, um lençol cobria o resto do corpo, e suas pernas de plástico eram amputadas no meio das coxas. A parte que faltava de nossos estetoscópios apoiava-se no lado superior esquerdo do peito do manequim, alguns centímetros abaixo da clavícula, demonstrando de onde viria o som que escutávamos se aquele boneco de plástico fosse um paciente vivo. A pequena turma ficou sentada em silêncio. Apesar da idade e dos anos de experiência da maior parte dos médicos ali presentes, houve uma pausa

incômoda quando hesitamos em responder – parecíamos ter voltado diretamente para a sexta série do colégio. Eu sabia, dos meus anos dando aulas a residentes, que muitas vezes é difícil sabermos o que esse silêncio significa. A pergunta havia sido difícil demais? Ou fácil demais? Ambas provocam o mesmo silêncio desconfortável. Eu ainda não havia reconhecido o som cardíaco, e suspeitava que os outros estivessem na mesma.

"Tudo bem. Não precisam me dizer o que pensam que é – já vamos chegar lá. Apenas descrevam o som", tentou a professora mais uma vez. "Em primeiro lugar, quando ele ocorre? É sistólico ou diastólico?"

Um batimento cardíaco normal tem dois sons separados por um período muito curto em que normalmente só existe o silêncio – essas duas batidas, e a pausa entre elas, são chamadas sístole (do grego *systole*, que significa contração, um nome concebido por William Harvey ao descrever pela primeira vez o movimento circular do sangue pelo organismo, no século XVII). Esses são os sons produzidos quando o coração ejeta sangue para os pulmões (função executada pelo lado direito do coração) e para a circulação geral (lado esquerdo). A essa batida dupla se segue mais uma pausa, agora mais longa que a primeira. Durante a pausa entre os batimentos, o sangue retorna ao coração, enchendo os dois lados antes da próxima contração. Essa pausa mais longa é chamada diástole (que em grego significa separar, porque o coração aumenta de tamanho ao relaxar e se encher de sangue). Como as atividades dessas duas fases diferem muito, os sons cardíacos em geral são identificados pelo momento do ciclo em que ocorrem.

"Quem sabe me dizer? Sistólico ou diastólico?" A mulher a meu lado ergueu os olhos. "Os dois", sugeriu em voz baixa.

"Certo. Todos ouviram isso? Existe um componente sistólico e um componente diastólico."

Escutei novamente. De fato, o som, que lembrava um ruído de estática, ocorria entre os dois batimentos e depois reaparecia na pausa mais longa.

A professora continuou: "O paciente é um homem jovem que veio à emergência com queixa de dor torácica. Este é o exame cardiológico dele. Vocês conseguem descrever o som?" Um jovem na primeira fila olhou para a professora. "É arranhado", falou.

"Exatamente", concordou a professora. "Então o que é? Este som tem três componentes. Nem sempre ouvimos todos os três, mas mesmo com dois deles já podemos fechar esse diagnóstico."

Três componentes? Tudo bem. Eu não reconhecia o som, mas reconhecia a descrição. Devia ser pericardite.

Uma voz inaudível disse algo na primeira fila. "Correto", falou a dra. Vivian,

abrindo um sorriso incrivelmente branco. “É pericardite. O que vocês estão ouvindo é um atrito pericárdico – o resultado de um pericárdio (o saco que recobre o coração) inflamado roçando o músculo cardíaco. Eis aqui outro paciente com o mesmo tipo de atrito.” Escutamos uma nova gravação, tentando armazenar o ruído em alguma parte de nosso cérebro, de modo a reconhecê-lo se e quando um paciente com um coração assim entrasse em nosso consultório algum dia.

O Colégio Americano de Medicina começou a oferecer essas aulas de atualização de habilidades clínicas em 1995, apenas com uma biblioteca que continha poucos títulos recomendados e meia dúzia de computadores. O atual diretor de laboratório, dr. Patrick Alguire, começou a dar aulas no laboratório dois anos depois, quando o Colégio decidiu montar um curso sobre a realização de biópsias cutâneas e suturas – procedimentos cirúrgicos relativamente incomuns para um clínico, que muitas vezes precisam ser atualizados. No entanto, conta Patrick, logo ficou claro que os médicos queriam ajuda não apenas com esses procedimentos mais raros, mas também com técnicas que precisam utilizar com frequência muito maior.

A primeira coisa que fizeram foi incluir aulas sobre o exame de mama e genitais, usando pacientes-instrutores para ensinar esses procedimentos em seu próprio corpo – inovação já bastante comum nas faculdades de medicina. Nos vários anos seguintes, foram criados cursos sobre o exame de diversas partes do corpo: músculos, articulações, olhos, tireoide.

O plano de estudos mais diversificado, diz Patrick, foi uma resposta a indícios crescentes de que os médicos estavam entrando na prática clínica com sérias falhas em suas aptidões, lacunas que dificilmente seriam solucionadas apenas pela leitura. “Desde o primeiro curso, vimos que esse tipo de aprendizado prático era muito necessário. Ao terminar sua formação, o médico passa à prática e se vê de repente confrontado com tudo aquilo que talvez não tenha aprendido – ou que não aprendeu bem o bastante. São coisas que os médicos não sabem que não sabem – até o momento em que precisam delas. Essa é a principal motivação deste centro.” Talvez não seja de surpreender, diz Patrick, que a maioria dos estudantes ali seja formada por jovens – médicos na casa dos 30 ou 40 anos de idade.

Este é o primeiro ano em que o Colégio oferece aulas sobre o exame cardiológico. Patrick vinha tentando incluí-lo há muitos anos, mas não encontrava um bom método de ensino. Então conheceu Harvey – o boneco eletrônico com o qual passei aquela manhã. Patrick achou que o boneco seria perfeito para os médicos que haviam pedido auxílio com o exame cardiológico. Naquele primeiro ano, foram oferecidas sete aulas durante a reunião do Colégio.

Todas ficaram lotadas; a maioria tinha listas de espera. Correra a informação de que valia a pena aguardar na fila para fazer o curso, esperando uma vaga, pois aquela era uma maneira prática e eficaz de fazermos uma atualização das técnicas básicas do exame cardiológico.

O manequim em tamanho real é capaz de simular uma dúzia de problemas cardíacos distintos, apresentando gravações digitais de alta qualidade com os sons anormais do coração. O boneco mostra os pulsos nas artérias do pescoço e o lugar do tórax em que o coração bate com mais força. Ele reproduz as diferenças nos sons conforme o lugar do peito em que o microfone é apoiado. Todas essas características são indicações essenciais para o diagnóstico clínico de diversas doenças do coração. E, ao contrário do treinamento no hospital, onde cada um vai aprendendo o que pode conforme as doenças surgem, o boneco Harvey é capaz de ensinar todas as doenças – é uma espécie de loja de conveniências para o exame cardiológico.

A AUDIÇÃO É O TERCEIRO E ÚLTIMO SENTIDO que utilizamos rotineiramente no exame físico. Os médicos muitas vezes auscultam os pulmões e o intestino. Nós nos esforçamos por ouvir o primeiro e o último som do sangue correndo pelas artérias, estreitadas pelo aparelho de pressão, ao investigarmos a existência de hipertensão. Auscultamos os vasos do pescoço em busca de obstruções patológicas nas artérias que carregam o sangue do coração para o cérebro, possível fonte de AVCs. Apoiamos firmemente o estetoscópio na barriga, do lado e acima do umbigo, para procurar sons que indiquem o fluxo turbulento de sangue para os rins – uma causa de pressão alta resistente aos medicamentos anti-hipertensivos habituais. O mais comum, porém, é usarmos o estetoscópio para auscultar os batimentos cardíacos. A detecção de alterações nos batimentos esperados é uma das ferramentas mais antigas e valiosas de que dispomos para diagnosticar doenças cardíacas importantes e por vezes fatais.

Por muitos motivos, o exame cardiológico é um símbolo de todo o exame físico. Não é o mais complicado – o exame neurológico provavelmente é o mais complexo. Também não é o que apresenta maior dificuldade técnica – a observação da retina, no olho, talvez fique com esse título. E também não é o que leva mais tempo – esse deve ser o exame psiquiátrico. Mas o exame cardiológico foi o primeiro sistema desenvolvido na medicina moderna, e é o que está mais fortemente ligado ao papel do médico como alguém que faz um diagnóstico e traça uma terapia.

Além disso, o exame cardiológico é uma prática sutil, que requer habilidades muito bem-desenvolvidas para que o médico possa detectar variações discretas nos sons cardíacos esperados. Para interpretar essas variações sutis e identificar a

lesão que elas indicam, precisamos compreender profundamente a anatomia e a fisiologia do coração e do sistema circulatório. Dessa forma, o exame cardiológico tem servido como um alerta precoce de que a habilidade e o interesse do médico no exame físico estão em declínio.

Num estudo realizado em 1992 sobre as aptidões médicas, Salvatore Mangione decidiu analisar o exame cardíaco, não só por se tratar de uma área em que ele havia notado a decadência da habilidade médica, mas também em virtude de seu status no panteão das técnicas de exame. Ele descreve o exame cardiológico como a "ponta do iceberg" do exame físico – o componente mais visível, tanto para médicos como para pacientes, de uma prática muito mais ampla, a ciência sensória do corpo, o exame físico.[1] A tecnologia está erodindo, desgastando pouco a pouco esse método ancestral, imenso e essencial que o médico utiliza para conhecer o corpo humano.

Saberemos se o exame físico for salvo, diz Mangione, quando o exame cardiológico tiver voltado ao posto de destaque que ocupava antes, servindo como um sinal de que o médico que o realiza é altamente habilidoso e bem-preparado.

Uma outra maneira de escutar

No meu primeiro dia na faculdade de medicina, ganhei um jaleco branco curto, que representava meu status como estudante, e meu primeiro estetoscópio. Esses dois símbolos da minha entrada na medicina chegaram às minhas mãos de maneiras muito distintas. Recebi o jaleco numa cerimônia ocorrida numa bela manhã de setembro de 1992. Um salão ensolarado estava repleto de cadeiras dobráveis destinadas a mim, meus 99 colegas e nossas famílias. Os dois diretores da Faculdade de Medicina de Yale, Gerald Burrow, diretor da faculdade, e Robert Gifford, diretor de ensino, estavam de pé na frente do salão, dando-nos boas-vindas à nova profissão. O sol do final da manhã entrava por uma parede de janelas, refletindo no piso de madeira polida e se espalhando pelo ambiente numa névoa de luz. Depois de umas poucas palavras de acolhida, o diretor Gifford explicou que o jaleco branco que iríamos receber indicava nossa posição como estudantes de medicina; esse jaleco seria substituído dentro de quatro anos, na nossa formatura, por uma peça longa que representaria nosso papel como médicos e professores. Depois disso, esperamos até sermos chamados, um a um, à frente do salão para receber o jaleco. Enquanto caminhávamos pelo corredor, lia-se uma breve biografia de cada um de nós, uma primeira apresentação aos colegas que nos acompanhariam por quatro anos.

Meu marido apertou minha mão quando ouvimos meu nome e credenciais, e

eu abri caminho pela fila de cadeiras para chegar ao corredor, vesti o jaleco branco novinho em folha e tomei meu lugar entre meus novos colegas. As caras de todos brilhavam de orgulho e empolgação. Quando o último nome foi lido, os professores e as famílias se uniram numa salva de palmas. Foi um momento maravilhoso.

Naquele mesmo dia, meu primeiro estetoscópio fez uma entrada bem mais ignominiosa em minha vida. Após a cerimônia, fomos liberados para concluir a complexa logística da matrícula. Depois de preenchermos e assinarmos uma pilha de formulários, recebemos os horários das aulas e as chaves para nossas caixas de correio. Elas já transbordavam com os habituais folhetos de boas-vindas – panfletos listando nossos cursos e livros, mais alguns formulários para nos registrarmos na biblioteca e recebermos nossas carteirinhas, manuais de regras e procedimentos, cartões de descontos em lojas locais, e propagandas de vários produtos ligados à profissão – e um estetoscópio.

O estetoscópio também era uma dessas propagandas – um presente da empresa farmacêutica Eli Lilly. Se eu recebesse o presente hoje, teria outra opinião a respeito, mas, na época, eu ainda não havia pensado muito sobre o significado desses presentes dados pela indústria farmacêutica. O aparelho vinha numa caixa branca e fina, com o nome do fabricante escrito numa caligrafia de muito bom gosto. Tinha as proporções elegantes de uma caixa de joias. Larguei todo o resto dos papéis e apanhei a caixa. Dentro dela, o estetoscópio estava incrustado numa embalagem de cartolina preta, moldada para manter o precioso instrumento em seu lugar.

Ao retirar o estetoscópio da caixa, fiquei impressionada com seu peso. O disco na extremidade era de cromo polido. O nome da companhia farmacêutica estava escrito no diafragma – mas, nesse primeiro dia, sequer o vi. Um tubo cinza, de borracha brilhante, partia do disco e se dividia, terminando em hastes de cromo curvadas e em dois fones de borracha cinza para os ouvidos. Apesar da apresentação elegante, era um objeto industrial bastante feio. Ainda assim fiquei fascinada com ele. Para mim, aquele instrumento era muito mais importante que o jaleco branco da cerimônia da manhã. Era a evidência real do lugar para o qual eu me dirigia, a prova de que, no final de tudo aquilo, haveria pacientes e cura – e a distância até lá seria curta, tão curta quanto a distância entre aquele disco e os fones.

Ainda assim, quando penso nesse momento, dou-me conta de que aquela foi a primeira indicação que recebi do status do exame físico. O jaleco branco, símbolo de autoridade, conhecimento e progresso, era o foco da recepção oficial. O estetoscópio, símbolo do exame físico do corpo, do nosso papel como terapeutas, era uma bugiganga bancada pela indústria – um brinde.

Em casa, depois daquele primeiro dia na faculdade, apanhei mais uma vez o estetoscópio. Os braços prateados estavam cruzados graciosamente, como uma bailarina na primeira posição. Apoiei os fones macios nas orelhas, esperando que se encaixassem com conforto. Não se encaixaram. Tirei os fones e observei o estetoscópio de novo. Tentei mais uma vez. Ainda esquisito, ainda desconfortável. Girei o aparelho, de modo que os fones me encararam como um marinheiro vesgo. Tentei de novo. Agora os fones se encaixaram, a borracha macia se moldou ao contorno das minhas orelhas, bloqueando qualquer outro ruído.

Apoiei o disco prateado sobre o meu coração, com a cabeça inclinada, e escutei. Ouvi… nada. Fiquei parada, em silêncio. Nada, ainda. Haveria algo de errado com o estetoscópio?

Respirei fundo. Isso eu consegui ouvir. Respirei de novo. O som era claro, como o ruído do vento passando por um tubo de plástico. Fiquei ali parada escutando, escutando. Depois do que me pareceu um tempo enorme, senti, mais que ouvi, uma pressão rítmica suave contra meus tímpanos. Concentrei-me nessa pressão, até que afinal – de alguma forma – consegui ouvir os batimentos, hoje tão familiares. Para usar aquele instrumento, era necessária uma outra forma de escutar.

Pelo visto, não iria ser tão fácil quanto parecia.

NUMA OUTRA MANHÃ, ocorrida quase 200 anos antes, em Paris, um jovem médico com o nome curiosamente delicado de René-Théophile-Hyachinthe Laennec foi confrontado com o problema de examinar uma jovem bastante rechonchuda que sentia dor no peito e talvez sofresse de uma doença cardíaca. O ano era 1816. O problema era de logística e decoro: como avaliar o coração daquela jovem? Ao que parecia, a prática de apoiar a orelha diretamente no peito da paciente, desenvolvida havia pouco, seria ineficaz, além de inadequada. Outras técnicas de exame, também descobertas na época – palpação (apoiar a mão no peito para sentir os batimentos cardíacos) e percussão (golpear o peito, como faríamos com um melão) – foram tentadas, mas se mostraram bastante inúteis nesse caso, relatou Laennec, “em virtude do elevado grau de gordura”.[2]

“Recordei um fenômeno acústico bastante conhecido”, escreveu Laennec vários anos depois. “Se a orelha for apoiada na ponta de um cepo, podemos ouvir muito claramente um alfinete golpeando a outra ponta. Imaginei que essa propriedade dos corpos poderia ser aplicada ao caso em questão. Apanhei um bloco de papel, enrolei-o, formando um tubo bem apertado, apoiei uma das pontas na região precordial [peito] e, colocando a orelha na outra ponta, surpreendi-me ao ver que conseguia escutar os batimentos do coração de

maneira mais clara e nítida do que com a aplicação direta da orelha sobre o corpo.”[3]

Laennec notou de imediato a utilidade do aparelho, que acabou por se chamar estetoscópio (do grego *stethos*, “peito”). Foi o primeiro avanço tecnológico que nos permitiu “enxergar” o funcionamento interno do corpo vivo. O aparelho se mostrou tão eficaz na transmissão de ruídos do interior do tórax para os ouvidos que Laennec dedicou o resto de sua carreira a compreender melhor o instrumento e o corpo por ele revelado.

Na época de Laennec, as doenças eram classificadas sobretudo com base nos sintomas. Uma enfermidaade era definida pelas sensações subjetivas vivenciadas pelos pacientes. Os médicos não examinavam os doentes; apenas os entrevistavam. O que constituía uma “doença” era então montado a partir de uma constelação de sintomas subjetivos e distinguido com base no tipo de sintoma, na sequência de sua apresentação, em sua gravidade e ritmo. Os sinais físicos – derivados do pulso, toque e observação da pele e excrementos – contribuíam para o diagnóstico, mas tinham uma importância muito menor.

Na virada do século XIX surgiram duas ideias novas, bastante relacionadas, que mudariam a medicina para sempre. A primeira foi o entendimento progressivo de que as doenças eram causadas por desordens nas funções de órgãos específicos. Um médico italiano e professor de anatomia, Giovanni Battista Morgagni, escreveu um livro chamado *Sobre os lugares e causas das doenças investigadas anatomicamente*, publicado poucos anos antes do nascimento de Laennec. Essa obra revolucionária apresentava desenhos detalhados de órgãos enfermos, e então ligava essas anormalidades a doenças clínicas. A conexão entre os órgãos enfermos, escondidos dentro do corpo, e as doenças clinicamente visíveis levou a uma segunda ideia: se as doenças eram causadas por disfunções orgânicas, então não deveriam ser definidas por seus sintomas – havia muitas doenças que se apresentavam com sintomas semelhantes. Se o paciente não conseguia distinguir que órgão estava afetado – o que era verdade, e ainda é –, o médico deveria encontrar uma forma de identificar a origem da doença, independentemente da história do paciente. Para isso, os médicos se voltaram para o corpo em si, para o exame físico.

Essa nova geração de médicos se recusava a depender dos caprichos da história clínica do paciente. Segundo eles, as doenças deveriam ser classificadas com base em alterações passíveis de serem vistas, tocadas, provadas, cheiradas e ouvidas pelo médico – alterações que pudessem ser detectadas pela observação objetiva, independente do relato subjetivo do paciente.[4]

Laennec foi um dos líderes dessa reformulação revolucionária das ideias fundamentais da medicina. Ele usou sua nova invenção para encontrar

manifestações concretas e objetivas de doenças. Outros antes dele haviam desenvolvido algumas técnicas que o próprio Laennec utilizava com frequência. Mas foi ele quem deu as maiores contribuições para essa medicina radicalmente nova, não apenas por disponibilizar sua primeira ferramenta, mas também por estabelecer a ligação entre o que ele podia ver e ouvir e a disfunção oculta dentro do corpo.

Além disso, Laennec estava no lugar perfeito para isso. Ele era diretor do Hospital Necker, pequena instituição nos arredores de Paris. Graças à sua posição, podia acompanhar os pacientes internados e examiná-los no decorrer de toda a internação. Ele tinha assim muitas oportunidades de correlacionar o que encontrava ao exame com o que era revelado pela autópsia. Laennec foi pioneiro ao associar as alterações patológicas causadas pelas doenças dentro do corpo às informações clínicas – o exame físico – reunidas do exterior do corpo. Seu trabalho colocou o exame físico em primeiro plano nessa nova concepção médica. Usando os olhos, os ouvidos e o estetoscópio, o médico se tornou um detetive – deduzindo a patologia interna a partir de observações feitas do exterior. Usando as indicações fornecidas pelos sintomas descritos pelo paciente e os sinais provocados e observados, o médico conseguia identificar o vilão – o processo mórbido no interior do organismo.

Laennec anotava diariamente os achados observados no exame físico de todos os seus pacientes, registrando cuidadosamente de que modo o exame se alterava ao longo do tempo. Quando o paciente morria – uma ocorrência comum entre pacientes doentes a ponto de serem levados ao hospital –, Laennec podia identificar a causa da doença e dos sintomas que a revelavam. Ao estabelecer a ligação entre os achados do exame físico e os da autópsia, Laennec conseguia diagnosticar pacientes semelhantes com uma precisão poucas vezes vista nos séculos anteriores. Muitas das doenças que hoje identificamos de modo rotineiro com base no exame físico foram descritas originalmente por Laennec.

Por exemplo, Laennec foi o primeiro a diagnosticar o enfisema pulmonar. Outras pessoas já haviam observado a natureza destrutiva da doença na autópsia, mas Laennec relacionou os sintomas e achados físicos à entidade patológica. O caso em questão era o de um agricultor de 37 anos internado no hospital em 1818, com uma falta de ar que piorava progressivamente. Qualquer esforço o deixava esbaforido. Suas mãos, pés e escroto estavam incrivelmente inchados e tinham uma cor azul – cianóticos pela falta de oxigênio. Laennec e seus colegas já haviam visto esses sintomas antes. De um modo geral, eram atribuídos à insuficiência cardíaca, na qual o coração se torna fraco demais para continuar bombeando a quantidade de sangue devolvida pela circulação, provocando um acúmulo de líquido nos pulmões, abdome e membros.[5]

A história clínica de falta de ar lentamente progressiva ao realizar qualquer esforço, combinada a sinais claros desse tipo de refluxo, havia convencido os médicos do Hospital Necker de que aquele jovem agricultor tinha insuficiência cardíaca. Laennec discordava. Ele observou o peito do paciente, que parecia um barril, e vislumbrou os pulmões hiperinsuflados que havia visto em cadáveres com enfisema. Laennec golpeou o tórax do paciente e o ouviu ressoar – o que sugeria que os pulmões estavam cheios de ar –, porém notou, ao auscultar o peito com o estetoscópio, que se ouvia um fluxo de ar muito pequeno quando o homem respirava. Com base nisso, Laennec previu que, na autópsia, aquele homem teria uma doença pulmonar, e não cardíaca.

Eles não precisaram esperar muito para descobrir. O agricultor voltou ao hospital em maio; morreu apenas cinco meses depois – não por alguma doença cardíaca ou pulmonar, e sim por varíola. A autópsia revelou, assim como Laennec previra, um coração normal. Nos pulmões, entretanto, a delicada trama membranosa do tecido dedicado à troca de ar havia sido destruída, deixando grandes buracos vazios por todo o órgão – o achado, hoje clássico, do enfisema.[6]

Laennec também foi pioneiro na descrição e compreensão de um dos sons cardíacos, a estenose mitral – o estreitamento patológico de uma das válvulas (ou valvas) do coração. Ele conta a história de um jovem corpulento, Louis Ponsard, de 16 anos, um jardineiro que foi ao hospital de Laennec queixando-se de “opressão e palpitações”. Era um homem baixo, musculoso e que, segundo Laennec, “tinha toda a aparência de uma saúde esplêndida”. Ponsard contou ao jovem médico que, dois anos antes, “estava ocupado carregando um pouco de terra num carrinho de mão. Foi forçado a parar no meio do trabalho por batimentos violentos no coração, acompanhados de opressão; o paciente cuspiu sangue e teve hemorragia nasal, que surgiu sem qualquer desconforto prévio”. Os sintomas desapareceram mais tarde, ainda no mesmo dia, escreve Laennec, “mas ressurgiam sempre que o paciente tentava realizar o menor exercício”.[7]

Quando Laennec examinou o paciente, notou uma vibração sutil em seu peito, chamada frêmito, entre os batimentos. O frêmito era acompanhado de um sopro que Laennec descreve como “o som produzido por uma lixa raspando a madeira”. Com base nesses sinais e sintomas, Laennec postulou que o jovem sofria de “ossificação da valva mitral”, que chamamos atualmente de estenose (estreitamento) da valva mitral. Ao deixar os pulmões, o sangue passa pela valva mitral e entra no ventrículo esquerdo, de onde será levado para o resto do corpo. Nessa doença, a passagem se torna estreita e rígida. Quando existe a necessidade de maior quantidade de sangue – durante o exercício –, a valva normal é capaz de se abrir mais, permitindo a passagem do fluxo adicional. Neste jovem, a valva estava rígida como um osso, portanto, não podia se expandir para permitir a

passagem do sangue.

A compreensão do problema permitiu que Laennec tratasse a doença. Se o problema era o excesso de sangue, que não conseguia passar pela válvula estreitada, a solução disponível seria reduzir a quantidade de sangue. O jovem jardineiro sofreu diversas sangrias, o que melhorou drasticamente seus sintomas.

Essa talvez seja uma das pouquíssimas doenças nas quais a sangria, tratamento bastante comum na época, pode ter sido eficaz. Naturalmente, o tratamento é apenas temporário. O jovem jardineiro teve de voltar ao hospital muitas outras vezes nos anos seguintes para fazer sangrias. No fim das contas, teve de mudar de ocupação. Tornou-se criado de um padre, e, com a menor carga de trabalho, os sintomas passaram a ser muito mais toleráveis. Laennec nunca mais ouviu falar dele. Talvez tenha vivido feliz para sempre, mas, pelo que sabemos atualmente sobre a estenose mitral, é improvável que tenha sobrevivido por muitos anos depois das primeiras visitas ao Hospital Necker.

EU APRENDI SOBRE A ESTENOSE MITRAL da mesma maneira como aprendi tantas outras coisas na medicina – com meus próprios erros. De fato, a descoberta de Laennec foi o que me levou àquela sala de aula improvisada na reunião do Colégio Americano de Medicina. Assim como a dúzia de médicos ali presente, eu estava lá por ter compreendido subitamente que, apesar de anos de formação e prática, ainda não sabia realizar um exame cardíaco adequado. Assim como os médicos dos estudos que havia lido, eu não conseguia reconhecer algumas das anormalidades mais básicas do coração. Devo essa descoberta a Susan Sukhoo.

Susan era uma mulher magra, de ascendência indiana, que havia nascido e crescido na Guiana, imigrando então com o marido para Miami cerca de 20 anos atrás. Ela se tornou minha paciente ao se mudar para Connecticut, onde veio morar perto das irmãs depois de descobrir que o marido sustentava uma amante. Susan tinha 58 anos e apresentava hipertensão leve, bem-controlada por um único medicamento; muitas das nossas consultas anteriores haviam se concentrado em seu sofrimento e depressão.

Então ela passou a ter asma.

Susan veio ao meu consultório numa manhã de inverno muito fria, com sua aparência normal – vestida de maneira simples mas com uma elegância discreta, de calça jeans, camiseta colorida e blazer. Tinha sobre o peito uma fileira única de pérolas, exibindo um pescoço de aparência muito jovem. Seu cabelo estava preso na nuca com um nó simples; era negro e macio, e apenas começava a mostrar alguns fios grisalhos. Sorriu com timidez quando entrei na sala e a cumprimentei. “Estou simbilando”, falou-me com seu sotaque cantado guianês-indiano. Não entendi exatamente o que ela quis dizer. “Quando eu falo, em

especial se estiver frio, começo a simbilar", explicou, e então imitou o ruído musical que ouvia ao falar. Ela estava sibilando.

Os "simbilos" às vezes a acordavam no meio da noite, e ela precisava se sentar na cama. Algumas noites antes, fora obrigada a dormir numa cadeira, pois percebeu que não conseguia respirar quando estava deitada. Susan não tinha dor torácica, mas às vezes sentia um aperto no peito ao respirar mais profundamente. Esses episódios duravam poucos minutos. Quando passavam, contou-me Susan, ela ficava bem. Tivera havia pouco tempo uma infecção do trato respiratório superior, e, quando a interroguei, Susan teve a impressão de que os sibilos haviam começado na época dessa doença.

Ao exame, sua pressão arterial estava normal. A quantidade de oxigênio no sangue estava boa. Mas havia sibilos difusos em toda a região dos pulmões. A respiração entrava com o ruído normal do ar fluindo por um tubo. Contudo, ao expirar, o tórax ficava repleto de sons de uma natureza musical. Essa cacofonia de diferentes timbres e intervalos soava como uma orquestra de trompetes de plástico antes de uma apresentação. O resto do exame estava normal.

Os sibilos são causados por uma constrição transitória das vias aéreas. A asma é a causa mais comum de sibilos, mas é raro vermos uma mulher dessa idade, sem história prévia da doença, começar a ter asma de repente. Algumas infecções podem fazer com que as vias aéreas dos pulmões reajam excessivamente a alterações repentinas na temperatura ou no fluxo de ar, e isso pode causar sibilos – em especial quando o paciente passa de um ambiente bem aquecido para o ar gelado, ou quando de súbito respira mais fundo. Dei-lhe um medicamento inalatório para tranquilizar as vias aéreas hiper-reativas, e assegurei-lhe de que aquilo provavelmente não duraria muito. Os sibilos e a tosse são sintomas comuns após um resfriado e desaparecem depois de cerca de um mês. Ela tivera um resfriado várias semanas antes, portanto imaginei que o problema já estivesse perto de se resolver.

Quando a vi de novo, cerca de dois meses depois, perguntei-lhe sobre os sibilos. Ah, sim, respondeu Susan, "os sibilos estão aí todos os dias". Ela respirou fundo e soltou o ar com lentidão. Pude ouvir os sibilos do outro lado da sala. O medicamento inalatório havia ajudado, acrescentou Susan, e ela o usava quase todos os dias. Eu não sabia muito bem o que pensar daquilo. Na faculdade de medicina aprendemos que "nem tudo o que sibila é asma", mas o que seria então? Enfisema? Ela nunca havia fumado, mas seu marido, sim. Aquilo seria o que chamamos de asma cardíaca, na qual o coração não consegue bombear todo o sangue que chega até ele, fazendo com que o líquido se acumule nos pulmões, causando a sibilância? Ela não tinha nenhuma dor no peito, e seu único fator de risco para infarto (que pode enfraquecer o coração) era a pressão alta, que

sempre fora bem-controlada. Susan havia nascido numa área em que a tuberculose era comum – seria uma manifestação rara de tuberculose?

Pedi um ECG, que estava normal. Mais reconfortada ao saber que ela não tivera um infarto imperceptível, investiguei também a presença de tuberculose. Além disso, pedi alguns exames a serem realizados nas semanas seguintes, para tentar identificar a causa do sibilo. Testes da função pulmonar me ajudariam a distinguir asma de enfisema ou de alguma doença cardíaca. Todas as demais causas possíveis pareciam muito improváveis naquela mulher extremamente saudável. Também prescrevi outro medicamento inalatório; este continha corticoides, para reduzir a frequência dos episódios daquilo que, para mim, era uma asma atípica.

Ela voltou ao consultório um mês depois. “Alguém telefonou para lhe contar que eu estive no hospital?”, perguntou Susan. Eu nada soubera. Trata-se de um problema crônico na região em que trabalho. Quando um paciente vai ao hospital – em particular o outro hospital da cidade –, seu médico muitas vezes é o último a saber.

O problema ocorreu no meio da noite, contou-me Susan. Ela acordou encharcada de suor e com muita falta de ar. Uma tosse surgiu do fundo do peito. Seu coração batia tão forte que ela sentia a cama tremer a cada batimento. A rigidez no peito que ela sentira ao descrever os sibilos estava de volta, e muito mais forte que antes. Susan lutou para alcançar o telefone – qualquer esforço comprimia seu peito ainda mais. Ela chorou ao ouvir a sirene, grata por saber que a ajuda estava próxima. Na ambulância e no PS lhe deram albuterol, um remédio que alivia os sibilos de pacientes com asma. Esse medicamento em geral a ajudava, mas naquela noite não surtiu efeito algum.

Um ECG mostrou que ela não estava tendo um infarto. Uma radiografia de tórax revelou líquido nos pulmões, e Susan recebeu uma injeção com um medicamento que, segundo os médicos, a ajudaria a urinar o líquido em excesso. Uma hora depois dessa injeção ela começou a se sentir melhor.

Ficou no hospital por três dias enquanto os médicos tentavam descobrir por que ela estava com líquido nos pulmões. O dr. Eric Holmboe, que dava aulas de clínica médica na faculdade, fechou seu diagnóstico ao examiná-la. Os residentes o chamaram para lhe contar da mulher de 58 anos com asma malcontrolada, de diagnóstico recente, e antes mesmo de vê-la ele já criava uma lista de doenças que poderiam causar uma apresentação semelhante à asma. O que quer que fosse, contou-me Eric, ele poderia apostar que não era asma.

Ao auscultar o coração de Susan, Eric Holmboe ouviu o sopro descrito por Laennec. Era um som baixo, que poderia facilmente passar despercebido num pronto-socorro barulhento. Ele só conseguiu ouvi-lo de fato quando pediu à

paciente para deitar sobre o lado esquerdo, de modo que a valva mitral ficasse mais próxima da superfície do tórax. E, ainda assim, ao escutar aquele som, Eric soube que ela tinha estenose mitral.

Uma ultrassonografia do coração confirmou o diagnóstico. O sangue que normalmente cruzaria essa abertura, enchendo o ventrículo esquerdo – a principal câmara de bombeamento do coração –, não conseguia passar pelo orifício, que se tornara diminuto. A abertura, que tem cerca de 3cm de diâmetro, em condições normais, estava reduzida a menos da metade. O sangue circulante não conseguia passar todo, por isso se acumulava, enchendo os pulmões de líquido. “O médico do hospital me perguntou se eu tive febre reumática quando criança”, contou-me Susan, “e eu falei que minha família inteira tivera. Mas eu não pensava mais nisso há anos e anos.”

A febre reumática é uma complicação inflamatória de uma infecção por estreptococos – muitas vezes na garganta. Na maioria dos casos, a doença atinge as articulações. Alguns dias ou semanas após um caso de faringite estreptocócica não tratada, as articulações do paciente ficam quentes, inchadas e doloridas. Pode atingir uma articulação só ou várias; ou então, de modo estranho, a inflamação por vezes migra de uma articulação a outra. O mesmo processo inflamatório também pode atacar o coração. Às vezes passa despercebido, pois não causa nenhum sintoma – durante anos.

No caso de Susan, as lesões sofridas na infância foram desgastando devagar a valva – que já estava quase completamente fechada quando ela passou a sofrer de “asma”. Uma cirurgia para que ela recebesse uma nova valva mitral fora marcada para dentro de um mês, contou-me Susan nesse dia.

Estenose mitral – por que eu não havia escutado nenhum indício dessa lesão considerável durante o exame cardíaco? Apoiei o estetoscópio no peito de Susan, começando pela direita, como havia aprendido, e fui percorrendo seu tórax até chegar ao lado esquerdo do esterno, depois desci até o meio da caixa torácica e fui novamente para a esquerda, em direção ao lado do corpo. Esse sopro em particular costuma ser detectado na face inferior esquerda do tórax; ele então se irradia mais para o lado esquerdo do corpo. Quando alcancei essa posição, escutei com atenção. Pude ouvir fracamente… alguma coisa. Pedi que ela se inclinasse para a frente, de modo que seu coração se aproximasse um pouco mais da parede torácica. Ali estava ele – um som suave e grave que surgia entre os batimentos cardíacos na diástole, profundo, áspero e muito, muito discreto. Movi o estetoscópio mais para o lado esquerdo do peito. Pude ouvi-lo ali também. Agora sim.

Nos exames anteriores, esse som me passara inteiramente despercebido. Chequei minhas anotações – não havia qualquer menção a um sopro. Era um

som baixo, e eu não havia feito o exame detalhado que aprendera um dia, por isso não pude ouvi-lo. Terminei a consulta; pedi a Susan que me avisasse quando estivesse no hospital, para que eu fosse visitá-la.

O problema de Susan acabou resolvido pela raiz. A pequena abertura foi alargada. A valva mitral cicatrizada foi removida, sendo substituída por uma válvula metálica. Seu coração está como novo.

À noite, em casa, depois de conhecer o diagnóstico de Susan, e por muitas noites depois daquela, fiquei pensando nesse diagnóstico perdido. Tantos meses "simbilando" e com falta de ar, e eu a tratara como se ela tivesse asma. Susan piorava bem diante dos meus olhos à medida que a abertura da valva mitral se aproximava do estágio crítico. Senti-me mal em saber que eu também poderia ter desvendado esse diagnóstico, se ao menos houvesse executado um exame mais adequado. Quantos outros diagnósticos eu teria deixado passar por causa de um exame cardiológico malfeito? E não estou sozinha. Quantos diagnósticos todos nós deixamos passar, já que a maioria de nós não faz a menor ideia de como executar um exame cardíaco apropriado?

Testando o ouvido

Mas e se não for culpa nossa? Se tão poucos médicos conseguem fazer esse tipo de diagnóstico, ele talvez não seja possível. Afinal, qual a verdadeira efetividade do exame cardiológico na detecção das deficiências cardíacas? Do modo como é praticado hoje, sabemos que ele não é nada eficaz. Poucos dos médicos que atuam profissionalmente e dão aula são capazes de usar o exame cardiológico para realizar um diagnóstico correto. Em vez disso, acabamos por nos tornar dependentes da tecnologia, que faz o diagnóstico por nós.

A ecocardiografia demonstrou-se ser precisa no diagnóstico de muitas das doenças que antes eram diagnosticadas de modo correto pelo exame cardiológico. Não é de surpreender, portanto, que o número de ecocardiogramas realizados tenha aumentado de forma drástica. O número de exames desse tipo solicitados nos Estados Unidos praticamente dobrou num período de sete anos – crescendo de 11 milhões ao ano, em 1996, para 21 milhões ao ano, em 2003. Numa grande clínica de Boston, com muitas especialidades médicas, o número de ecocardiogramas cresceu 10% num único ano, a ponto de 9% de todos os pacientes atendidos fazerem um ecocardiograma.[8] Será que simplesmente perdemos toda fé em nossa capacidade de realizar o exame físico, ou será que o exame é falho, devendo ser jogado no lixo? Na verdade, demonstrou-se que o exame cardiológico pode ser muito eficaz quando feito da maneira correta. Numa pesquisa, cinco cardiologistas foram comparados à ecocardiografia no

diagnóstico de 52 pacientes que sabidamente possuíam alguma doença cardíaca valvular – um dos diagnósticos mais importantes e difíceis que temos de fazer ao examinar o coração.[9] Os cardiologistas tinham de identificar corretamente qual das quatro válvulas do coração estava afetada e estimar o grau da lesão. Todos os pacientes foram avaliados também por ecocardiografia. Como se saíram os cardiologistas?

Como em muitos desses desafios, a máquina ganhou. O ecocardiograma esteve correto em 95% das vezes. Ainda assim, os médicos se saíram bastante bem. Seus diagnósticos estiveram certos entre 70% e 90% das vezes. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes. Isso sem dúvida é muito melhor que os resultados obtidos pela safra atual de médicos, se confiarmos nos estudos de Mangione. A questão é: esse nível de acertos é suficiente? Tanto médicos como pacientes provavelmente responderiam que não. O ouvido e o estetoscópio não podem substituir o ecocardiograma na localização da fonte de um som cardíaco anormal, quando se trata de um som importante.

Mas é aí que está: nem todos os sons cardíacos anormais são importantes. Até 50% das pessoas que possuem algum sopro cardíaco – que é o mais comum dos achados cardíacos fora do padrão – têm um coração normal. Esses pacientes não precisam de exames adicionais. Precisam, na verdade, de médicos que consigam distinguir, de maneira confiável, os pacientes que necessitam de novos exames daqueles para os quais isso seria apenas um desperdício de tempo e dinheiro. Qual é nossa eficácia nesse aspecto, o que de fato importa? Sabemos distinguir os sopros que precisam de uma avaliação mais acurada daqueles que são benignos ou inocentes? Os cardiologistas sabem. Num estudo realizado por Christine Attenhofer, do Hospital Universitário de Zurique, os cardiologistas identificaram com acerto 98% dos sons cardíacos patológicos que lhes foram apresentados.[10]

Os médicos de atendimento primário conseguem alcançar essa marca? É um pouco surpreendente que se tenha realizado tão poucos estudos para avaliar essa questão importante. Uma pesquisa feita entre médicos de prontos-socorros sugere que sim, eles são capazes – mas não com tanta eficácia quanto os especialistas.[11] Num desses estudos, 200 pacientes com sopros cardíacos foram avaliados por médicos de pronto-socorro. Cada médico colheu a história clínica, examinou o paciente e pediu uma radiografia e um ECG, documentando então – por escrito – se o paciente precisava de maior avaliação mais aprofundada ou se tinha um sopro inocente. Depois dessa análise, todos os pacientes realizaram ecocardiogramas. Dentre os 200 pacientes, 65% apresentaram ecocardiogramas normais e, portanto, sopros inocentes. Esses médicos emergencistas conseguiram identificar nove entre cada dez pacientes que não precisavam de exames

adicionais; de modo geral, eles erraram sobretudo ao mandar pacientes que tinham corações normais para avaliações mais detalhadas. Porém, deixaram passar 14 dos pacientes que tinham anormalidades no coração.

Podemos melhorar essa marca? Foram feitos várias pesquisas para analisar programas dedicados a melhorar o ensino do exame cardiológico.[12] Não é de surpreender que todas elas tenham demonstrado que, quando ensinamos essas técnicas aos médicos em formação, eles as aprendem. Um desses cursos utilizou sons gravados, que os participantes deveriam escutar 500 vezes. As notas deles nas provas aumentaram quatro vezes – da marca inteiramente patética de 20% de acertos para respeitáveis 85%. Em outras pesquisas, os estudantes tinham de examinar pacientes de verdade que apresentavam sopros cardíacos variados. Esses alunos posteriormente conseguiram dobrar suas notas. Portanto, trata-se de uma habilidade que pode ser aprendida. Temos as ferramentas de que precisamos para voltar a utilizar uma versão razoável e funcional do exame cardiológico. A pergunta que fica é: vamos fazê-lo?

CAROL PFEIFFER É UMA MULHER MORENA, alta e magra, de voz grave e sorriso amável. Está sentada à cabeceira de uma mesa, numa salinha de reuniões lotada com meia dúzia de estudantes de medicina do segundo ano que vestem seus jalecos brancos curtos. Alguns deles estão sentados; os outros caminham inquietos pela sala. Conversam nervosamente enquanto esperam. A tensão incômoda inunda o ambiente. Os alunos estão ali para realizar a prova final do ano, mas não se vê nenhuma folha de prova, nenhum lápis Nº 2, nenhuma carteira. A prova consiste em seis encontros simulados com pacientes.

Na verdade, os pacientes que esses alunos examinarão são atores treinados para representar uma ou mais dentre as 320 afecções médicas sobre as quais os estudantes serão avaliados. Carol é chefe do Programa de Avaliação de Habilidades Médicas na Universidade de Connecticut. Ela descreve a prova para seus alunos ansiosos, embora aqueles jovens já tenham experiência com aquilo – eles realizaram teste semelhante no final do primeiro ano e tiveram aulas com aqueles pacientes-instrutores durante os dois primeiros anos na faculdade.

A prova está montada de modo a simular uma consulta ambulatorial. Os alunos irão visitar as seis salas na ordem indicada para cada um. Do lado de fora das portas há um cartão que informa a queixa principal do paciente. Quando o sinal tocar, os alunos entrarão nas salas e começarão a reunir as informações essenciais sobre cada paciente. Eles irão colher a história clínica da pessoa, realizar um exame físico e explicar ao paciente o que, em sua opinião, os afeta. Ao deixarem as salas, devem escrever um breve relato médico sobre o caso em questão.

As salas estão equipadas com o que geralmente se vê num consultório médico – uma mesa com duas cadeiras, mesa de exame, aparelho de pressão e termômetro –, além de alguns equipamentos que em geral não encontramos num consultório – uma pequena câmera e um microfone. Todo o encontro será gravado em vídeo, sendo revisto pelos alunos e pelo professor depois da prova. Quando termina de explicar aos alunos o funcionamento do teste, Carol pergunta se alguém tem dúvidas. Como ninguém se manifesta, ela manda os alunos para o corredor logo depois da esquina, onde encontrarão a sala com o primeiro paciente.

Acompanho Pfeiffer para uma sala que parece o centro de controle de um estúdio de TV. O lugar é dominado por uma parede de pequenos monitores em preto e branco. Coloco o fone de ouvido e conecto-o para assistir a uma das consultas. Na maior parte das situações, os alunos deverão reconhecer uma doença comum e recomendar o exame ou tratamento apropriado. Numa das salas há um jovem com queixa de falta de ar – sua história clínica revela que ele teve uma exposição acidental a substâncias químicas tóxicas no emprego. Diagnóstico: asma por exposição ocupacional. Em outra sala, um homem de cinquenta e poucos anos se queixa de ter sentido dor no peito ao realizar esforços mínimos no dia anterior. Diagnóstico: provável angina instável. Alguns deles precisam de diagnóstico e aconselhamento: uma mãe preocupada traz a filha, que tem um resfriado e dor de ouvido. Ela quer que o médico prescreva um antibiótico para a menininha. A função do aluno é explicar por que o tratamento com antibiótico não é adequado. Uma jovem se queixa de dificuldade para dormir, e acabamos por descobrir que ela tem episódios repetidos de bebedeira, o que faz com que seja propensa a desenvolver doenças ou deficiências ligadas ao uso de álcool. Nesse caso, espera-se que o aluno dê orientações à mulher sobre os riscos de seu comportamento.

Depois de percorrer as consultas de algumas das salas, paro para observar um jovem que está conversando com um paciente corpulento, de cabelo grisalho. O aluno se apresenta e a seguir lava as mãos, como lhe ensinaram. Senta-se e pergunta ao homem o que o levou ali. É a barriga, diz ele a Chris, o futuro médico. De quando em quando tem uma dor que começa cerca de uma hora depois de comer. Não acontece o tempo todo, mas dois dias atrás a dor o acordou durante a noite, e ele quase foi ao pronto-socorro, mas acabou decidindo se consultar com o médico. A dor era intensa e constante, e durava várias horas. Desta vez, o paciente também acreditava estar com febre. A dor às vezes era acompanhada de diarreia.

As perguntas do aluno revelam mais detalhes. O paciente de vez em quando toma um antiácido, mas isso não adianta muito. A dor parece mais comum

depois das refeições gordurosas. Na outra noite ele havia comido frango frito. A dor parece ocorrer principalmente do lado direito e não piora quando ele deita; o paciente não notou a presença de fezes negras, com aspecto de piche, o que indicaria sangramento causado por úlcera. O aluno colhe o resto da história do paciente. Ele tem pressão alta, tratada com dois medicamentos distintos; é casado, trabalha num escritório, não bebe nem fuma. Ultimamente tem se dedicado a levar uma vida saudável, e perdeu dez quilos nos últimos dois meses. O frango frito foi um regalo que se deu para celebrar a conquista.

Chega então a hora do exame físico. O estudante, um jovem robusto, de cabelo castanho-claro e uma expressão franca e agradável, pede ao homem que se encaminhe à mesa de exame. O exame físico é perfeitamente normal até que ele chega ao abdome. Chris pressiona com cautela o lado direito, logo abaixo das costelas. O homem geme de dor (fingida). Chris pede ao paciente que respire fundo, e enquanto o homem inspira, o aluno faz uma pressão súbita na mesma área. O homem geme novamente. Chris diz ao homem de meia-idade que, em sua opinião, ele tem um cálculo na vesícula, e que a dor ocorre quando o cálculo bloqueia o duto de saída desse órgão. Ele precisa fazer alguns exames para confirmar o diagnóstico, conclui o aluno de maneira um tanto vaga. O estudante cumprimenta o homem mais uma vez e se retira da sala.

Observo, no monitor, o “paciente” abrir uma gaveta e retirar um formulário e uma caneta. Ele avança depressa pelas perguntas de sim/não que usa para avaliar o estudante. Sim, ele se apresentou, e sim, lavou as mãos. Não, nem sempre utilizou uma linguagem simples. Sim, examinou o abdome. Sim, pesquisou a presença de sons intestinais e palpou o quadrante superior direito.

De repente, ouve-se outra batida na porta e Chris volta à sala. Esqueci de fazer um exame retal, diz ao paciente, pego de surpresa. Nessas provas não costumam ser realizados exames invasivos como este. Em geral o aluno apenas diz ao paciente que gostaria de realizar o exame, e o paciente lhe dá um cartão no qual estão escritos os resultados. Mas não desta vez. “É tarde demais para pedir isso”, informa o paciente. “Você já se retirou.”

Quando o homem termina suas anotações, chama Chris de volta à sala e lhe que comunica como se saiu na consulta. Observa que o aluno abriu a consulta muito bem, mas tropeçou ao fazer perguntas sobre a dor. “Não precisa se preocupar em fazer cada uma das perguntas da lista”, explica ao estudante. “Você conhece este material. Deixe os seus instintos lhe dizerem para onde deve seguir com as perguntas.” E mais uma coisa. “Tenha sensibilidade com o paciente. Quando tiver descoberto onde está a dor, não continue apertando o mesmo ponto.”

Depois da prova, fui procurar Chris, que tinha ido buscar a mochila na sala de

reuniões. A sala estava cheia de novo, mas a diferença era notável. Os estudantes riam e comentavam os erros que haviam cometido. Notava-se a euforia do alívio, do fim da pressão. “O mais difícil é que não podemos anotar nada enquanto estamos com o paciente”, conta-me Chris. “Temos que fazer tudo de cabeça. Sabe, eu fico bastante apavorado com essas provas, mas todos sabemos que são necessárias.” Ele pretende se dedicar à cirurgia; porém, acrescenta em seguida, isso não significa que não precise saber tudo aquilo. “Os cirurgiões também atendem pacientes no consultório.”

Sem dúvida possuímos indícios fortes de que essas habilidades têm sua utilidade, independentemente da especialização a que o médico se dedique. Mas aqueles estudantes terão de aprender o exame clínico muito antes de se encaminharem para a especialidade que pretendem adotar. Nos Estados Unidos, no final dos quatro anos de faculdade, todos os alunos realizam provas para testar essas mesmas destrezas, exatamente da mesma maneira.

Desde 2004, todos os estudantes de medicina devem passar por uma prova que testa suas habilidades clínicas: a capacidade de colher uma história, realizar um exame físico adequado e reunir os dados necessários para diagnosticar e tratar um paciente. Na maioria dos estados americanos, os médicos recém-formados devem se submeter a uma prova chamada United States Medical Licensing Examination (USMLE) para conquistar o direito de exercer a profissão. Quando fiz essa prova, ela tinha apenas duas partes. A primeira, feita no final do segundo ano de faculdade, testava os conhecimentos sobre as ciências básicas da medicina – anatomia, fisiologia, farmacologia, genética. A segunda parte era realizada depois da formatura e se concentrava na compreensão de conceitos básicos sobre o atendimento ao paciente – eu era capaz de interpretar os dados clínicos apresentados? Conseguia formular um diagnóstico diferencial adequado? Que exames complementares deveria pedir com base nos achados? Que medicamentos seriam apropriados no caso em questão? Quais seriam perigosos, devendo ser evitados? Os alunos ainda tinham de demonstrar que dominavam o conhecimento médico reunido nos livros, mas agora, além disso, devem demonstrar sua aptidão no atendimento ao paciente.

Ao acrescentar este componente à prova de competências, a USMLE se guia por um velho modelo. Já em 1916, a prova para obtenção do credenciamento médico incluía o exame de um paciente real, observado por um médico avaliador experiente. Depois de colher a história clínica e realizar o exame físico, o aluno era interrogado sobre o que havia encontrado. Esse componente foi abandonado em 1964, já que esse tipo de prova é impossível de se padronizar.

No entanto, 20 anos depois, solicitou-se que a comissão examinadora projetasse um novo método de avaliar essas habilidades de maneira confiável. O

Conselho Nacional de Examinadores Médicos, que supervisiona a USMLE, passou outros 20 anos tentando conceber um sistema de apreciação justa e reprodutível. A turma de estudantes de medicina formada em 2005 foi a primeira a ter de passar por mais essa tribulação.

Quanto às faculdades de medicina, digamos que elas não adotaram essa nova prova com agrado. A Associação Médica Americana (AMA) se posicionou contra a nova prova. O mesmo ocorreu com seu braço estudantil e com o braço estudantil da Academia Americana de Médicos de Família. Os críticos ao exame argumentaram que a maioria dos estudantes de medicina já aprendia esse tipo de coisa e que a maior parte das instituições já testava esses conhecimentos, portanto, qual seria o objetivo de repetir o exame? Para os estudantes, parecia ser apenas mais uma prova cara – eles têm de pagar para viajar até uma das dezenas de centros ao redor do país, e a realização do teste em si custa mais de mil dólares. No final, porém, todos a realizam, pois é o que precisam fazer para poder exercer a profissão.

Esse exame trouxe algum benefício? Ainda é muito cedo para sabermos se ele produziu alguma diferença real na prática médica; mesmo assim, se a instituição em que trabalho puder ser tomada como exemplo, suspeito que tenha tido um impacto enorme sobre a formação que os alunos recebem – ao menos na faculdade de medicina.

Eric Holmboe hoje dirige o departamento que avalia os residentes no Conselho Americano de Clínica Médica (Abim, na sigla em inglês), a organização que credencia os médicos especializados em clínica médica. Até 2004, Eric era diretor adjunto do Programa de Residência em Clínica Médica da Universidade de Yale (foi nessa época que ele atendeu minha paciente Susan Sukhoo). Numa recente reunião de diretores de docência clínica das faculdades de medicina da região Nordeste dos Estados Unidos, Eric descreveu o modo como a faculdade de Yale realizava a preparação para a prova de habilidades clínicas da USMLE. A faculdade havia se organizado para que todos os estudantes do último ano fossem à Universidade de Connecticut em Farmington, onde fariam prova semelhante à realizada por Chris com o objetivo de se prepararem para o exame verdadeiro.

Antes do exame, vários professores de Yale viajaram para Connecticut a fim de checar as instalações e a prova. Eles escolheram sete situações clínicas, alterando-as ligeiramente até que todos estivessem satisfeitos com o sistema de avaliação. E os alunos de Yale viajaram em grupos de seis para realizar a prova ao longo de várias semanas.

Quando saíram as notas, os professores ficaram chocados. Vinte por cento daqueles estudantes de medicina do último ano em Yale – 17 dos 85 alunos

examinados – haviam sido reprovados. Eric descreveu a reação do corpo docente quando lhes apresentou as notas. “Foi horrível – tivemos uma tremenda reação de luto aos baldes”, contou-me Eric. “Kübler-Ross rondava a sala”, falou, referindo-se aos famosos estágios do luto descritos pelo antropólogo. “Era cólera, negação e negociação, tudo ao mesmo tempo.” Houve preocupações com relação ao exame – apesar de ter sido aprovado pelos professores antes de ser aplicado aos alunos – e uma boa dose de ceticismo – aquilo não poderia representar o verdadeiro desempenho de estudantes de medicina do último ano em Yale. Porém, em meio às lamúrias e ao ceticismo, todos concordaram em assistir às gravações dos alunos que haviam sido reprovados.

Quando o corpo docente se reuniu novamente, quatro semanas depois, sua atitude havia mudado. “A cólera e a negação tinham se transformado numa depressão muito, muito profunda”, contou Eric. Numa das gravações, um estudante de medicina de Yale que pretendia se especializar em neurologia fez um péssimo exame cardiológico. Ele procurava os sons cardíacos nos lugares errados. Ao ouvir os comentários do paciente-instrutor, a resposta do estudante foi de uma arrogância e ignorância estarrecedoras: ele não precisava saber realizar o exame cardiológico, pois iria fazer neurologia. O acidente vascular cerebral – a mais comum dentre as doenças neurológicas – muitas vezes é causado por problemas originados no coração. “Quando ele disse aquilo”, continuou Eric, “ficou evidente que estávamos diante de um grave problema.”

Em resposta, a faculdade de medicina de Yale decidiu reformular o modo como o exame físico era ensinado. No meu tempo de estudante, ele era ensinado no final do segundo ano, logo antes de começarmos os estágios clínicos que nos faziam penetrar os corredores do hospital. Era um curso de 12 semanas, com cerca de duas aulas por semana. Durante a aula, repassava-se brevemente a fisiologia do sistema orgânico, a técnica de exame era explicada e, às vezes (mas em geral não), demonstrada. Essencialmente, eu aprendi coisas a respeito do exame físico do mesmo modo como aprendi sobre o sexo e a menstruação – uma conversa rápida, nada específica, e um livro. Eu tinha alguma dúvida? Não. Ótimo. Fim de papo. Ficava por minha conta reunir todas as informações reais. Dei-me conta disso na puberdade, e o mesmo ocorreu na faculdade de medicina. Eu passava horas perambulando pelos corredores do hospital à procura de outros alunos que já estivessem fazendo seus estágios clínicos para que me mostrassem descobertas interessantes nesse tipo de exame. Assim como todas as pessoas que eu conhecia, aprendi o que pude sobre exame físico por conta própria, com um paciente, um livro e a ajuda e “sabedoria” do estudante que estivesse um ou dois anos à minha frente.

Hoje, a faculdade de Yale começa a transmitir esses conhecimentos aos

estudantes de medicina desde o primeiro dia de aula. Já no primeiro ano há aulas sobre técnicas de entrevista e exame. Durante os dois primeiros anos de faculdade os alunos se reúnem semanalmente em grupos pequenos para repassar e praticar essas técnicas – primeiro uns nos outros, depois nos pacientes, tanto em ambulatórios como no hospital. Ao entrarem no hospital, no terceiro ano, os alunos já terão os conhecimentos básicos sobre as ferramentas essenciais que utilizamos para coletar informações. Já estarão prontos para construir seu conhecimento sobre uma base sólida. Infelizmente, é muito comum não terem ninguém que lhes ajude a começar essa construção.

Eu me formei na faculdade de medicina com um conjunto bastante irregular e peculiar de técnicas de exame físico que talvez fosse considerado inaceitável – se os médicos com os quais trabalhei na época houvessem me observado alguma vez. Mesmo assim, não me preocupei. Imaginei que aprenderia a maneira correta de examinar o paciente durante a residência. Estava errada. Certos estudos demonstraram que, no final da residência, a aptidão do médico talvez não seja melhor que durante o curso na faculdade de medicina.

Não há dúvida de que uma parte dessa situação se deve às restrições de tempo e acesso já discutidas. Porém, outra parte se deve à admissão tácita de que o exame físico já é coisa do passado. Acompanhei Eric Holmboe a uma reunião com vários diretores de programas de graduação e residência médica, promovida pelo Abim com o objetivo de discutir uma nova proposta que permita aprimorar as habilidades clínicas dos futuros médicos. Nessa reunião, a dra. Raquel Buranosky, da Universidade de Pittsburgh, expressou uma queixa comum. “Os estudantes de medicina do nosso programa recebem horas e horas de treinamento em exame físico durante o primeiro e segundo anos. Eles se saem muito bem na prova final. Depois entram no estágio clínico e, puf, os conhecimentos desaparecem.” Houve uma concordância geral em toda a sala, e muitos dos diretores contaram casos semelhantes. Eric também contribuiu com o seu caso. Um colega dele havia trabalhado diversas vezes com um estudante de medicina e estava satisfeito com as habilidades do jovem. Várias semanas depois de iniciado o primeiro rodízio clínico do aluno – um estágio em clínica médica –, o jovem voltou para ter uma última aula com o seu professor, que o observou enquanto ele avaliava um paciente. O professor ficou horrorizado ao ver que o aluno fazia absolutamente tudo errado. Interrompeu o relato do paciente, fez perguntas que restringiam as respostas, examinou pacientes vestidos, saltou grandes trechos do exame. O professor não conseguia acreditar. Perguntou ao aluno o que havia acontecido desde a última vez em que se encontraram. Ah, respondeu o estudante, “o meu residente fala que não temos tempo para tanta coisa. Tipo, qual é o sentido disso tudo?”

Quem já passou por um programa de residência como este sabe que o relato do jovem é verídico. Na residência, muitas vezes temos a impressão de que ninguém se importa se o paciente é examinado ou não. Não é de surpreender que muitos dos pontos mais sutis do exame sejam simplesmente esquecidos. E, uma vez perdidos, só mesmo algo próximo de um milagre consegue trazê-los de volta. Ainda assim, em casos como o de Patty Donnally, essas habilidades podem desvendar um mistério.

Uma falha no sistema

Patty Donnally é uma mulher de 58 anos, de aparência jovem, que tem pressão alta desde a adolescência. Por mais medicamentos que tenha tomado – e ela tomou muitos –, sua pressão nunca foi bem-controlada. O clínico geral tentou domar a pressão durante anos. Receitou todas as combinações de remédios que pôde conceber. A pressão arterial de Patty caiu – mas em nenhum momento chegou a estar dentro da faixa normal. Nem perto disso. Por vezes, o médico chegava a se perguntar se ela realmente tomava os remédios. Mas Patty comparecia a todas as consultas, realizava o acompanhamento clínico de forma sistemática, chegou até a ler sobre a doença. Essa não era a atitude de alguém que não tomava seus remédios. E, quando questionada, ela sabia recitar o regime de medicamentos em que se encontrava a cada momento, apesar das inúmeras modificações com o passar do tempo. Não. Estava claro – aquela mulher tomava os remédios. Mas sua pressão continuava alta. Depois de quase uma década, o clínico desistiu e a encaminhou para um especialista em hipertensão. O especialista também se viu desnorteado e acabou por encaminhá-la à clínica de hipertensão da Universidade de Yale.

Ali, a paciente foi vista pelo dr. Bill Asch, jovem pós-graduando do programa de especialização em hipertensão, muito entusiasmado com o curso, cuja disposição animada permitia que Patty se esquecesse das frustrações de sua doença aparentemente incurável. O bom humor de Bill fazia com que a longa viagem até New Haven quase valesse a pena. Por isso, Patty ficou decepcionada, e um pouco irritada, quando uma médica nova entrou pela porta.

“Onde está o meu médico de sempre?”, perguntou à jovem que entrava na organizada sala de exame. A voz de Patty trazia um vestígio de irritação, e as rugas entre suas sobrancelhas se aprofundaram num semblante mais fechado. A dra. Shin Ru Lin suspirou por dentro. Ela terminara o programa de residência poucas semanas antes e acabava de ingressar na subespecialização em hipertensão em Yale. Estava começando a conhecer os pacientes que herdara do dr. Asch – que neste ano se dedicava à pesquisa, e não ao atendimento clínico.

Séria e tímida, ela ficou um pouco magoada com a frustração expressada por vários de seus pacientes ao descobrirem que, a partir de então, a nova médica seria ela.

E Shin sentiu-se bastante intimidada com aquele caso em particular.

A sra. Donnally estava tomando seis anti-hipertensivos potentes, e, ainda assim, segundo as anotações da enfermagem no início do prontuário, sua pressão ainda estava um pouco alta. A paciente se consultara com muitos médicos, fizera bateladas de exames. O prontuário tinha vários centímetros de altura, e mesmo assim, ninguém entendia o que havia de errado. Shin acabava de começar a especialização em hipertensão – como poderia desvendar aquele caso? O que poderia oferecer à paciente?

“Quando a senhora recebeu o diagnóstico de hipertensão pela primeira vez?”, perguntou a médica, hesitante.

“Eu tenho pressão alta desde sempre – está tudo aí no prontuário, viu?” Patty apontou para o grosso prontuário. “A minha pressão é alta demais, estou sempre cansada, e as minhas pernas doem quando eu ando. Nada muda – só o que muda são meus médicos.”

Numa clínica especializada como aquela, no Hospital Universitário de Yale em New Haven, em geral os pacientes já passaram por muitos médicos e com frequência se sentem tão frustrados quanto o médico que os encaminhou. Cada especialista e cada nova série de exames eliminam mais algumas das causas prováveis do problema, e a interrogação diagnóstica parece cada vez mais difícil de ser respondida. Além disso, num centro médico acadêmico, os pacientes muitas vezes são atendidos por profissionais em formação, como Shin, que mudam a cada ano.

A médica se sentiu muito pressionada. Esperando do lado de fora da sala enquanto a paciente se despia para o exame físico, abriu o grosso prontuário. Shin sabia que levaria horas para ler tudo aquilo em detalhe, e ainda tinha muitas outras pessoas a atender. Repreendeu-se por não ter repassado o prontuário com mais cuidado antes de encontrar a paciente naquela primeira consulta. Folheou-o rapidamente. Pressão alta – tudo bem. Colesterol alto – também. Estava tomando um remédio para isso. Não fumava nem bebia. A paciente controlava cuidadosamente sua pressão arterial em casa. Antes que Shin pudesse juntar muitas outras informações, já era hora de voltar para a sala.

Ao exame, a pressão da paciente estava – como previsto – elevada. Mas também havia outros achados inesperados. Ao auscultar-lhe o pescoço, na região sobre as artérias carótidas, Shin escutou uma tremulação rítmica suave sobre os vasos, que em geral são silenciosos. Esse ruído, chamado sopro carotídeo, é causado por uma turbulência anormal no fluxo de sangue. Com frequência indica

um estreitamento das artérias causado por aterosclerose.

Shin moveu o estetoscópio para o peito da paciente. Ouviu outros sons inesperados. Entre os dois batimentos normais do coração havia um sopro rápido e áspero – como o grunhido de um animal agressivo. Esse sintoma seria novo? Ela teria de checar o prontuário. O sopro era audível em todos os pontos em que Shin apoiou o estetoscópio no lado esquerdo do peito da paciente, embora parecesse mais forte na parte alta do peito. Além de afetar as artérias, a aterosclerose pode danificar as valvas do coração. Esse murmúrio raspado indicava que a doença talvez houvesse estreitado a valva aórtica, uma das quatro válvulas do coração. Aquilo estaria elevando a pressão arterial de Patty? Parecia improvável.

A seguir, no abdome de Patty, Shin encontrou mais um ruído: um murmúrio suave por sobre as artérias renais. Ao completar o exame, Shin se lembrou da outra queixa da paciente e examinou suas pernas e pés. Pareciam bem – não tinham lesão alguma, nenhuma vermelhidão ou erupção –, mas a médica não conseguiu encontrar os pulsos dos tornozelos. Aquele seria outro indício do endurecimento das artérias, que estaria reduzindo o fluxo de sangue para os pés? Isso talvez explicasse a dor nas pernas.

Finalmente, Shin se fez a pergunta que todos os médicos devem se formular no final de uma consulta: o que ela poderia fazer por essa paciente naquele dia? A médica receitou mais um medicamento para a pressão alta. E precisaria checar o colesterol. Apesar de Patty estar tomando o remédio para isso, se todos aqueles sons e a dor nas pernas eram causados pelo estreitamento das artérias, seria essencial reduzir seu colesterol o máximo possível.

E quanto ao sopro cardíaco? Embora Shin não conseguisse imaginar de que modo uma valva estreitada pudesse elevar a pressão arterial da paciente, pensou que, num caso ardiloso como aquele, seria razoável realizar uma avaliação bem completa. Um ecocardiograma mostraria se o som vinha de uma anormalidade numa das valvas cardíacas.

Naquela noite, Shin se sentou com o prontuário da paciente nas mãos. Antes de tentar entender o que poderia fazer para resolver aquela charada, ela precisava saber o que já havia sido feito antes. A característica mais marcante do caso era um nível extraordinariamente elevado de renina, substância química produzida pelo rim para elevar a pressão arterial. Quando recebem muito pouco sangue, os rins liberam essa enzima, que aumenta o fluxo sanguíneo para os rins ao elevar a pressão no sistema arterial – do mesmo modo como faríamos para levar água até um canteiro distante, aumentando a pressão na mangueira. Esta mulher produzia uma quantidade de renina 100 vezes acima da normal. Não era de surpreender que sua pressão estivesse elevada.

Então, o que diabos poderia fazer com que os rins produzissem tanta renina? Na maioria das vezes, isso ocorre quando a doença aterosclerótica – o espessamento e enrijecimento dos vasos sanguíneos – bloqueia as artérias que levam sangue aos rins. O problema talvez fosse esse, pensou Shin, triunfante. Não, percebeu alguns momentos depois. Uma angiografia prévia mostrava que não havia nada bloqueando as artérias que levavam o sangue da aorta para os rins.

Ela poderia ter um tumor que produz renina? Já houve casos de tumores desse tipo nos rins. Não, uma ressonância magnética dos rins não mostrava tumor algum. A adrenalina causa a elevação da renina. Ela poderia ter um tumor produtor de adrenalina? Isso também já havia sido descartado. Ao fechar o prontuário e se preparar para sair, Shin temia nada ter a oferecer apara a paciente quando ela voltasse.

Na semana seguinte, Shin deu de cara com seu orientador, o médico com quem ela havia repassado o caso da paciente. “Ei, Shin, você viu o resultado do eco?”, perguntou ele radiante, referindo-se ao ecocardiograma. “Sabe o que apareceu?” Ele fez uma pausa dramática. “Coarctação da aorta.” Shin sentiu seus olhos esbugalharem. Ela descobriria a causa da hipertensão – mas essa doença sequer lhe passara pela cabeça. Era um diagnóstico feito por acidente.

A aorta é um vaso grande, envolto em tecido muscular, que recebe o sangue do coração e o conduz para todas as partes do corpo. Uma aorta normal tem aproximadamente três centímetros de diâmetro. Na coarctação, a aorta se forma de maneira anômala, e, em vez de ser um tubo bem aberto, apresenta uma dobra que estreita seu calibre e limita o fluxo de sangue. Os rins não estavam recebendo sangue suficiente, exatamente o que Shin e os outros médicos suspeitavam. Eles haviam investigado esse tipo de bloqueio, mas nos lugares errados. Em vez de junto aos rins, o bloqueio estava a poucos centímetros do coração.

Assim que Shin confirmou o diagnóstico com uma ressonância magnética, a paciente foi encaminhada ao dr. John Fahey, cardiologista com experiência no delicado processo de reparar a aorta. No dia seguinte ao da cirurgia, contou-me Patty, ela precisou de um único medicamento para controlar a pressão. Aquilo em suas palavras, era um milagre. E a dor nas pernas havia diminuído. Assim como os rins, os músculos das pernas de Patty não recebiam o sangue de que precisavam.

A velha/nova ciência do exame físico

Por que será que Shin, assim como todos os médicos anteriores, não considerou

a possibilidade de coarctação da aorta? Se observarmos uma lista de causas de hipertensão de difícil controle, a coarctação sempre está presente. Ainda assim, esse diagnóstico foi esquecido. Não há dúvida de que é uma origem incomum de hipertensão em adultos – sobretudo porque costuma ser detectada na infância. É a principal razão de pressão alta em crianças, mas está bem mais abaixo na lista de causas de hipertensão adulta. Mas os médicos com frequência pensam em doenças incomuns. Um dos grandes candidatos no diagnóstico diferencial da dra. Shin era um tumor que produz renina. Trata-se de uma doença extraordinariamente rara. Patty já havia realizado exames para investigar essa hipótese e outras, ainda mais incomuns que a coarctação.

Além disso, Patty apresentava todos os sinais e sintomas clássicos. Tinha o sopro que podia ser ouvido em todo o tórax, pescoço e abdome. Não se percebia pulso nos membros inferiores e ela sentia dor nas pernas ao caminhar. E também, claro, tinha pressão alta. Ainda assim, a doença passou despercebida, não por um só médico, mas por muitos. Conversei demoradamente com a dra. Shin e o dr. Bill Asch sobre o motivo pelo qual aquele diagnóstico havia passado em branco. Ambos confessaram não haver realizado a manobra física que teria sugerido aquele diagnóstico com mais firmeza: comparar a pressão dos braços com a das pernas. Em geral, a pressão nas pernas é igual ou maior que nos braços. Porém, em virtude do estreitamento da aorta, os pacientes com coarctação conseguem levar menos sangue que o normal para a metade inferior do corpo. E, por haver menos sangue, a pressão aferida nas pernas costuma ser menor, e não maior.

Quando afinal fizeram o teste, a pressão arterial nas pernas da paciente estava de fato muito mais baixa que nos braços. Tanto Bill como Shin contam que, agora, realizam essa prova rotineiramente nas pessoas com hipertensão resistente ao tratamento. Mas não o faziam na época. Claro que, como os dois médicos estavam em período de formação, haviam sido supervisionados no atendimento àquela paciente. O dr. John Hayslett, conhecido pesquisador e especialista em hipertensão, analisou com cuidado o atendimento dado a cada paciente na clínica de hipertensão da Universidade de Yale. Ele tem trabalhos publicados nas revistas médicas de maior prestígio, e sua clínica em Yale é considerada uma das melhores do país. Em nenhum momento ele perguntou sobre esse teste em particular. Segundo Bill, sem dúvida ele presumiu que o tivessem feito durante a realização de um exame físico detalhado – se não por aqueles especializandos, ao menos por algum dos muitos médicos que já haviam visto a paciente.

John Hayslett não poderia saber se o teste havia sido feito porque não vira o exame físico realizado pelos pós-graduandos. Supostamente, no momento em que um aluno chega a esse nível de formação, não é mais necessário avaliar suas

habilidades mais básicas – como o exame físico.

Trata-se de uma suposição bastante comum, diz o dr. Eric Holmboe. “Mandamos um residente ou estudante de medicina para uma sala com o paciente e lhe dizemos que colha a história e realize o exame físico. Eles voltam e lhes perguntamos o que encontraram. É como mandar um estudante de música para uma sala com isolamento acústico, com um piano e uma partitura, e, quando ele sair, lhe perguntamos: ‘E aí, como foi?’ É insano. Como ele poderia saber? Iríamos demitir um professor de música que desse aulas assim.” Talvez, em algum momento do passado, não tenha havido a necessidade de se avaliar a coleta básica de informações – embora John não saiba ao certo se já houve uma época em que os professores podiam presumir que essa avaliação básica era realizada da forma correta. “Temos a tendência de pensar que, em algum período áureo do passado, as coisas eram melhores. Chamo isso de *Nostalgialitis imperfecta*”, continuou, com um sorriso. “Mas há inúmeras evidências de que o modo como os médicos colhiam a história e realizavam o exame físico tinha defeitos importantes já nos anos 1970.”

Eric Holmboe quer mudar tudo isso. Ele é um homem energético, na faixa dos 40 anos; alto, magro, tem pernas compridas, sorriso amplo, e caminha em passos largos e calmos. Cumprimentou-me entusiasmado quando cheguei a um de seus seminários, realizado em Boston. Eric trabalha para o Conselho Americano de Clínica Médica, sendo responsável por desenvolver projetos com o objetivo de aprimorar o ensino do exame físico em programas de residência médica. Um dos principais métodos que utiliza para isso consiste em ensinar os professores a ensinar. Ele se concentra em convencer os professores a efetivamente observar os residentes quando estes examinam seus pacientes e lhes ensinar a corrigir os problemas encontrados. “O modo como me ensinaram o exame físico era simplesmente doido”, contou-me. “Ninguém jamais me observava. Desse jeito, como poderiam me ajudar a melhorar? Eu posso contar nos dedos de uma mão o número de vezes em que fui observado realizando as partes mais básicas do meu trabalho.”

Quando Eric terminou sua formação em clínica médica em Yale, voltou para o Hospital Naval de Bethesda, a fim de completar o serviço militar. Seu trabalho era orientar os residentes que estavam em formação no hospital. Recém-saído de sua própria residência, Eric se lembrou de suas frustrações com o sistema de ensino e passou a observar os residentes em ação, quando estes avaliavam os pacientes que chegavam ao hospital ou à clínica. No início, os residentes ficavam ansiosos com a presença dele. Ninguém jamais havia feito aquilo. Alguns temiam que Eric estivesse de marcação pessoal contra eles. Teria ouvido algum comentário que o fizesse questionar suas habilidades? Com o tempo, Eric

conseguiu convencer seus residentes de que aquela seria uma prática importante e útil para todos os que estavam em formação – não apenas para os que tinham problemas.

"Não tardou muito até que os residentes do nosso programa passassem a apreciar esses encontros observados. Não vou dizer que imploravam por eles, mas estavam contentes em me ter ali, e acho que consideravam meus comentários bastante úteis." Além disso, continuou Eric, eles precisavam daquilo.

"Eu não conseguia acreditar no que aqueles residentes faziam. Examinavam pessoas inteiramente vestidas. Auscultavam o coração e os pulmões por baixo de camadas de roupa, colocando o estetoscópio nos lugares errados. Apertavam, cutucavam e golpeavam lugares que simplesmente não lhes diriam nada." E, segundo Eric, quase todos os residentes ficavam agradecidos de verdade quando ele lhes mostrava uma maneira melhor de realizar o exame. "O exame físico se torna uma ferramenta muito mais útil quando a empregamos da forma correta."

Num artigo em que oficializou pela primeira vez o uso da observação direta como ferramenta para a avaliação de residentes, Eric escreveu: "A observação direta do médico em formação é necessária para avaliarmos o processo de aquisição de dados e de atendimento. A melhor maneira de estimarmos a capacidade que um residente tem de colher uma história completa, realizar um exame físico preciso e completo, comunicar-se efetivamente e demonstrar uma conduta interpessoal e profissional apropriada é uma amostragem direta dessas aptidões clínicas."[13] Parece óbvio, mas ainda assim é dificílimo convencer as pessoas disso – não apenas os residentes, como também os programas de formação. É algo que demanda tempo, e muitos médicos não se sentem confortáveis com suas próprias habilidades clínicas a ponto de se considerarem competentes para supervisionar as habilidades de outros. Além disso, as coisas simplesmente não foram feitas dessa forma – tradicionalmente.

Essa tradição se resume numa frase que ouvi com frequência durante minha formação: veja uma vez, faça uma vez, ensine uma vez. Foi assim que os residentes aprenderam a realizar procedimentos durante décadas. A frase também descreve o modo como muitos deles aprenderam o exame físico. Um estudo publicado há pouco mostra o quanto esse método de ensino é inadequado.[14] Pediu-se a um grupo de residentes de nove hospitais universitários da Inglaterra que descrevessem de que forma haviam aprendido a realizar sete procedimentos relativamente simples – desde dar uma injeção até fazer um ECG. Os residentes também foram questionados quanto à sua confiança na própria capacidade de realizar o procedimento na primeira vez que o aplicaram. O mesmo questionário foi entregue a um grupo de enfermeiros, que

tradicionalmente recebem treino mais estruturado na realização de procedimentos. Mais de um terço dos médicos disse não ter recebido treinamento algum antes de realizar o procedimento, e quase a metade disse não se sentir qualificada na primeira vez que o praticou. Quase a metade dos residentes não foi supervisionada ao aplicar o procedimento pela primeira vez. Os médicos muitas vezes são jogados nos departamentos hospitalares para realizar em seus pacientes – com treinamento inadequado, às vezes sem treinamento algum – procedimentos que trazem algum risco para a pessoa, em geral pequeno, se executado de maneira incorreta. Ainda assim, continuamos a permitir que estudantes de medicina e residentes se desincumbam desses procedimentos sem o treino adequado. O mesmo vale para as questões clínicas não invasivas – a obtenção da história clínica ou a realização do exame físico, que os médicos fazem sem que exista risco de algum malefício direto para o paciente, apenas o de deixar passar algo importante.

Dessa forma, Eric tem atuado, nos últimos anos, como um departamento de vendas de um homem só, viajando de um programa de residência a outro, tentando vender a ideia de que a observação direta dos residentes é aquilo que deve ser feito. Ele montou um curso com duração de quatro dias para que os professores aprendam a observar. Um dos problemas, diz Eric, é que, como muitos médicos também não receberam qualquer treinamento formal sobre essas aptidões, a maioria não desenvolveu critérios formais para saber como falar com um paciente num como examiná-lo. Se os médicos não sabem se estão fazendo isso direito, como saber se o estudante está? Uma das ferramentas de Eric é um filme que ele escreveu e gravou, mostrando três consultas em que um residente é apresentado colhendo uma história, realizando o exame físico e orientando o paciente. Ele filmou três versões de cada um dos três cenários: um de baixa qualidade, outro de qualidade moderada, o último de alta qualidade. Eric pede então aos professores que deem notas a cada consulta. As notas foram as mais diversas. As consultas de baixa qualidade receberam notas semelhantes às consultas melhores. Ninguém tinha a menor ideia. Essa aula ajuda os professores a desenvolverem critérios para cada componente do exame clínico e ensina-lhes a aplicar esses critérios durante a observação de um residente. Os professores também recebem orientações sobre como fazer comentários úteis e construtivos ao avaliar o residente.

Existem mais de oito mil programas de residência nos Estados Unidos, e Eric espera passar por todos eles. Qual a eficácia desse curso? Inegavelmente, os médicos que o concluem afirmam se sentir muito mais confortáveis ao observar os residentes e comentar sua prática clínica. Ainda não sabemos se o melhor ensino se traduzirá numa medicina melhor. Mas Eric está viajando para todos os

programas que pode, num esforço pessoal de ressuscitar o exame físico. E continua esperançoso. Meu otimismo, em parte, é causado pelo de Eric. Afinal, talvez ele seja bem-sucedido.

PARTE III

Tecnologia

8. Os problemas postos à prova

CAROL ANN DEVRIES SENTIU-SE como se estivesse caindo aos pedaços. Era uma mulher compacta, de rosto redondo e alegre, olhos castanhos profundos, que havia sido saudável por toda a vida. Mas então, poucas semanas depois de seu aniversário de 59 anos, tudo mudou. Sem motivo aparente, ela teve um surto intenso de urticária. Algumas doses de prednisona sanaram as lesões, mas nem Carol Ann nem seu clínico conseguiram descobrir o que as provocara.

Numa manhã de sábado, poucos dias depois, Carol Ann acordou se sentindo dolorida e quente. Sua garganta estava uma lixa, e ela notou uma estranha erupção vermelha na base da coluna. Seria mais urticária? Marcou uma consulta com seu médico para a semana seguinte, mas passava terrivelmente mal, portanto não quis esperar. Pegou o carro e dirigiu até o pronto-socorro do hospital local.

O médico do PS mediu sua temperatura, observou a erupção e falou, apressadamente, que ela tinha doença de Lyme. “Um antibiótico vai resolver o problema”, disse ele, anotando a prescrição. “Um comprimido por dia durante duas semanas”, falou, enquanto saía pela porta. “Espere um minuto”, chamou Carol Ann. “Você não vai nem pedir um exame para ver se eu tenho mesmo essa doença?”

“Não é necessário”, disse o médico, indicando os motivos que corroboravam o diagnóstico. Estavam no início do verão, época em que a doença de Lyme é mais comum. Carol morava nos arredores de Connecticut – não muito longe da própria cidade de Lyme, onde a doença fora identificada pela primeira vez. E tinha uma erupção grande e redonda, típica dos estágios iniciais desse mal.

O médico reconhecia que Carol Ann não apresentava os sintomas clássicos de dor de cabeça e rigidez no pescoço, mas tinha febre e dores no corpo. Havia uma probabilidade enorme de que tivesse a doença, informou o médico. “Além disso, tão no início assim, o exame para pesquisa de Lyme não vai nos dizer coisa alguma.” E então partiu para o próximo quarto, o próximo paciente, deixando Carol Ann com a receita rabiscada e uma sensação de incerteza.

A cada primavera e verão, alguma versão dessa história se repete dezenas de

milhares de vezes nas regiões Nordeste e Meio-Oeste e no Norte da Costa Oeste dos Estados Unidos. Frequentemente, como no caso de Carol Ann, o diagnóstico é feito sem exame, com base apenas na geografia e nos sintomas do paciente; o que permite isso é a presença da erupção típica, conhecida como eritema migratório. O diagnóstico é adequado e razoável, mas não definitivo. E, na doença de Lyme, essa incerteza mostrou-se ser um ingrediente particularmente nocivo.

Carol Ann tomou o antibiótico conforme prescrito. No fim de semana seguinte, sentia-se quase inteiramente recuperada. Na maior parte dos pacientes com doença de Lyme, um simples antibiótico cura o problema. Mas se Carol Ann representasse um caso simples de doença de Lyme, eu não estaria contando esta história. Assim, poucas semanas depois, ela passou a sentir dor e rigidez nos joelhos e quadris. Não havia inchaço nem vermelhidão, apenas uma estranha resistência nas juntas das pernas.

Ela foi ver seu clínico, para quem os sintomas eram causados pela doença de Lyme. Tratada da forma adequada ou não, a doença de Lyme pode atacar as articulações, causando dor e, em geral, inchaço. Ele substituiu o antibiótico – doxiciclina. Carol Ann tomou esse remédio por mais três semanas, mas a rigidez se manteve. O clínico ficou surpreso, e mandou-a a uma reumatologista. A médica também não sabia muito bem o que ela tinha. Por isso Carol Ann voltou ao clínico. “Ele me dispensou, me pôs para falar com a enfermeira”, disse Carol Ann. “Eu praticamente chorava ao telefone por causa da dor. Falei à enfermeira que nem conseguia dormir de tanta dor. Ela não pareceu se preocupar muito com isso.”

Carol Ann se sentiu abandonada. Seu médico era um cara legal, contou-me, mas ficou claro que não sabia o que causava aquela dor, nem o que fazer a respeito. Carol Ann decidiu resolver o problema por conta própria. Falou com amigos; pesquisou as estantes da livraria do bairro; fez pesquisas na internet. Tudo parecia levá-la de volta ao diagnóstico de doença

de Lyme. Então ela decidiu que precisava de um especialista em doença de

Lyme – alguém que realmente entendesse do assunto. Portanto, saiu em busca de um.

O que Carol Ann não sabia – nem podia saber – era que estava prestes a entrar numa das controvérsias mais acaloradas da medicina, um turbilhão de contendas e malentendidos entre os profissionais sobre a doença de Lyme, controvérsia que lhe faria sentir dor durante dois anos inteiros. A maior parte dos pacientes acredita que o problema que os aflige pode ser revelado por alguma espécie de exame – uma radiografia, por exemplo, ou uma ressonância magnética, ou alguma dentre as centenas e centenas de provas de sangue e urina. Se o exame

der positivo, o paciente talvez não fique contente, mas ao menos pensará que sabe o que há de errado: um osso quebrado no punho, asma, tumor, infarto. Se o exame for negativo, o paciente acredita que o resultado ao menos prova que ele *não* tem alguma coisa, o que pode ser um alívio – se julgasse ter um câncer ou alguma outra doença aterrorizadora. Caso contrário, pode ser muito frustrante – pois muitas vezes o tratamento e a possibilidade de cura dependem do diagnóstico.

Os médicos depositam muita fé na força dos exames diagnósticos. E, na maior parte das vezes, têm boas razões para isso. Demos enormes passos em nossa capacidade de identificar doenças usando algum tipo de exame de alta tecnologia. Embora a história clínica e o exame físico possam muitas vezes sugerir um diagnóstico, tanto médicos como pacientes gostam de ver provas concretas – e essas provas muitas vezes vêm na forma do resultado de algum exame diagnóstico.

No entanto, a verdade é que os exames e seus resultados não são tão claros e certeiros como presumem muitos pacientes (e médicos). De fato, apesar de sua enorme importância, a realização de exames complementares pode retardar ou desviar o processo diagnóstico em alguns casos – ou desvirtuá-lo de todo.

As complexidades que cercam os exames para a doença de Lyme têm causado grandes disputas entre médicos, levando a uma confusão que chega a beirar o caos no que diz respeito ao diagnóstico dessa doença comum e facilmente tratável. O resultado da contenda tem sido uma epidemia de diagnósticos perdidos ou errados. Alguns pacientes acabam por sofrer de doença de Lyme aguda não diagnosticada. E centenas – talvez milhares – de pessoas que apresentam outras doenças são “diagnosticadas” com uma doença-fantasma e tratadas contra um problema que não têm.

Para Carol Ann, fazia sentido pensar que aquelas dores pudessem estar ligadas à doença de Lyme – afinal, ela estava tão bem até agora. Além disso, segundo seu médico, o primeiro antibiótico fora ineficaz. Por que o segundo seria melhor que o primeiro? Ela finalmente localizou um especialista em Lyme na cidade próxima de Wilton, em Connecticut. Ele não atendia pelo convênio – como nenhum dos outros especialistas em Lyme para os quais ela ligou –, mas cobrava um preço razoável e seu consultório ficava perto.

Quando Carol Ann afinal foi ver o especialista, o dr. Matthew Davidson (este não é seu verdadeiro nome), já estava se sentindo péssima. Seu corpo doía de modo permanente. Suas articulações não pareciam doentes – não havia inchaço nem vermelhidão –, mas doíam tanto que ela chegava a ter dificuldade para dormir. Carol Ann estava exausta, tinha a memória fraca, não conseguia se concentrar, e qualquer frustração cotidiana podia levá-la às lágrimas.

O dr. Davidson era um clínico geral que concentrara sua prática na doença de Lyme. Homem corpulento, loiro – seu cabelo começava a escassear –, transmitia uma amabilidade e uma franqueza que impressionaram Carol Ann. Ela se sentou na sala de exame e se pôs a descrever os sintomas que haviam dominado sua vida no último ano.

O médico assentia com a cabeça enquanto a paciente descrevia a lista de sintomas. A doença de Carol não era mistério algum para ele. A apresentação era clássica, falou, antes mesmo que ela terminasse de contar a história. O que acontecera com Carol Ann era comum – extremamente comum, na opinião dele. Ela fizera bem em buscar sua ajuda. O antibiótico obviamente não havia funcionado; ela não se curara da infecção, e por isso tinha agora algo que o dr. Davidson chamava de "doença de Lyme crônica".

O médico explicou que, em muitos casos, o tratamento com antibiótico não mata as bactérias causadoras da doença de Lyme. Os micro-organismos encontram uma maneira de se "esconder" no organismo e depois ressurgem, causando uma série de sintomas, como dor articular, dor muscular, insônia e falta de concentração – todos sintomas que Carol Ann apresentava. Davidson disse que a única opção dela seria tomar ainda mais antibióticos. Talvez por mais algumas semanas, possivelmente meses, quem sabe até durante anos, na esperança de por fim erradicar esse micro-organismo insidioso e seus sintomas. Poderia ser um processo longo, disse o médico, mas, com sua ajuda, Carol Ann conseguiria vencer a infecção e recuperar sua saúde.

Ao sair do consultório do dr. Davidson naquele dia, Carol Ann sentiu um otimismo que não experimentara que começara a ter os sintomas. Mas esse ânimo não durou muito.

O diagnóstico que Carol Ann havia recebido – doença de Lyme crônica – já foi dado a dezenas de milhares de pacientes nos trinta e poucos anos desde a descoberta dessa moléstia. E todo um grupo de médicos, como Matthew Davidson, que se consideram "esclarecidos" em doença de Lyme, afirma possuir um conhecimento especial sobre algo que, segundo eles, é uma infecção crônica e insidiosa. Porém, apesar dos argumentos desses médicos – e da crença, por vezes fervorosa, de seus pacientes –, "doença de Lyme crônica" é quase sem dúvida uma enfermidade irreal. Ao contrário do que dizem médicos como o dr. Davidson, há poucas evidências de que as bactérias causadoras da doença de Lyme possam resistir ao tratamento com antibiótico, causando os sintomas atribuídos à "doença de Lyme crônica". Além disso, há demonstrações bastante sólidas de que o tratamento de longo prazo com antibióticos *não* irá curar o que quer que esteja afetando as pessoas que sofrem dessa síndrome.[1]

Apesar desses estudos, milhares de pacientes continuam a ser tratados durante

meses, e às vezes anos, com múltiplos antibióticos, numa tentativa desesperada de encontrarem alívio. Esse diagnóstico e tratamento compreendem dois perigos. Em primeiro lugar, fazem com que o paciente corra o risco de sofrer efeitos colaterais graves causados pelas drogas usadas. Em segundo, o diagnóstico errôneo pode postergar o diagnóstico e o tratamento de outras doenças, fazendo com que os pacientes terminem piores do que começaram.

Como é possível que médicos razoáveis e bem-intencionados como o dr. Davidson continuem a acreditar nessa ilusão e a prescrever tratamentos que não funcionam? A resposta está ligada, ao menos em parte, à dificuldade em diagnosticarmos essa doença complexa. Mas também está muito relacionada a um desconforto bastante humano que é a incerteza quando estamos diante de um paciente que sente dor e precisa de uma resposta.

A descoberta da doença de Lyme

A descoberta da doença de Lyme foi um dos grandes trabalhos de detetive na medicina do século XX. Em 1956, Polly Murray, uma jovem artista e dona de casa que vivia em Essex, no estado de Connecticut, começou a sofrer toda uma série de problemas médicos inexplicáveis: febre, erupções cutâneas, dores articulares e cansaço. Sua memória não parecia tão afiada quanto antes. Ela sentia como se houvesse perdido o foco, com dificuldade para se concentrar em seus trabalhos artísticos. Polly foi procurar seu médico. Ele não tinha ideia do que se tratava. O mesmo ocorreu com os especialistas com quem ela se consultou. Vários sugeriram que os sintomas eram coisas de sua cabeça – a manifestação de alguma doença psiquiátrica.

Em 1964, Polly, o marido e os quatro filhos já haviam se mudado para a pequena cidade de Lyme, em Connecticut, uma comunidade próspera no interior verdejante do estado, entre o rio Connecticut e o estuário de Long Island. A essa altura, toda a família de Polly sofria dos mesmos sintomas que ela. Até o cachorro da casa foi afetado. Eles se consultavam frequentemente com médicos, mas tinham pouco alívio e muita frustração.

Com o tempo, Polly foi descobrindo que outras pessoas da área apresentavam o mesmo conjunto de sintomas. Os doentes da cidade, somados, já haviam comparecido a centenas de consultas médicas e visitado dezenas de especialistas. Nenhum deles tinha uma resposta. Ninguém conseguia explicar de que essas pessoas padeciam nem por que tantas delas apresentavam o mesmo problema. Finalmente, em outubro de 1975, Polly telefonou para o departamento de saúde do estado para notificar aquela estranha epidemia local.[2]

O departamento de saúde consultou o dr. Allen Steere, reumatologista de Yale

que havia passado os primeiros dois anos depois de se formar trabalhando para o Serviço de Inteligência de Epidemias (EIS, na sigla em inglês), o setor de investigação da principal agência de vigilância de saúde pública primária dos Estados Unidos, os Centros de Controle de Doenças (CDC), em Atlanta. Allen pediu a Polly que fosse a seu consultório em New Haven e levasse suas anotações. Ao contrário de muitos dos médicos que Polly havia consultado, Allen demonstrou um profundo interesse pela história dela. Ele reuniu os nomes de outras pessoas que, segundo o que Polly lhe contara, também sofriam da doença. O dr. Steere chamou todas as famílias da lista. Elas, por sua vez, lhe passaram outros nomes, até que, por fim, o médico compilou um rol de 12 adultos e 39 crianças que exibiam um conjunto de sintomas semelhante ao de Polly e sua família.

Allen Steere notou imediatamente que os casos lembravam a artrite reumatoide juvenil. Mas este era um transtorno relativamente raro. O que, perguntou-se, poderia ter causado a incidência de tantos casos dessa doença rara numa área tão pequena? Ele se dedicou então a descobrir o que tinham em comum aquelas 51 pessoas, se é que tinham algo.

Os surtos eram sazonais, atingindo um pico em cada verão e caindo no outono. Com base nisso, Allen Steere logo se concentrou na possibilidade de que fosse alguma doença transmitida por insetos. Mas poucos pacientes se lembravam de ter sido picados. E, os que haviam sido mordidos, descreviam diferentes tipos de picada. Passaram-se dois anos de trabalho árduo até que o dr. Steere e seus colegas pudessem apontar um culpado. Ele se lembra claramente desse dia: foi no verão de 1977, quando um jovem entrou em seu consultório com um vidro contendo um carrapato que encontrara após uma caminhada num bosque perto de sua casa. O rapaz jamais havia visto um carrapato daquele tipo. Allen também não. Era um *Ixodes scapularis* imaturo, um minúsculo aracnídeo de pernas pretas, novo na região. Os catalogadores de insetos locais tinham controlado a marcha do carrapato através do estado de Connecticut. A comparação dos locais onde haviam ocorrido os casos misteriosos estudados por Allen Steere com as áreas invadidas pelo carrapato mostrou uma correspondência geográfica.[3]

A peça final do quebra-cabeça continuou a ser um mistério até 1981, quando Willy Burgdorfer, entomologista do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, identificou a bactéria em forma de saca-rolha transmitida pelos carrapatos causadores da doença de Lyme. Tratava-se de uma espécie bacteriana nova – e foi batizada em sua homenagem: *Borrelia burgdorferi.*

As bactérias *burgdorferi* normalmente vivem no sangue de cervos e várias espécies de roedores. Na fase de larva, o carrapato *Ixodes* se alimenta do sangue

de seu hospedeiro e, se o animal estiver infectado pela bactéria, recebe ao mesmo tempo uma dose de *burgdorferi.* As bactérias não parecem molestar os carrapatos, apenas vivem sossegadamente em seu intestino.

Esse aracnídeo minúsculo passa por três estágios durante a vida – larva, ninfa e adulto. Em cada estágio, o carrapato se alimenta de sangue apenas uma vez. A maioria dos casos de doença de Lyme é transmitida no segundo estágio do ciclo. Nessa fase, o carrapato *Ixodes* é escuro, muito pequeno – mais ou menos do tamanho de uma cabeça de alfinete – e consegue se prender facilmente a uma pessoa que esteja passando por perto; ele encontra então um lugar tranquilo onde pode se alimentar de sangue. Para transmitir a infecção, o carrapato deve ficar preso à pessoa no mínimo por 24 horas – o que em geral consegue com facilidade, pois é muito difícil vê-lo, e sua picada costuma ser indolor.[4]

O primeiro sintoma da doença de Lyme, e também o mais comum, é uma erupção cutânea circular que geralmente surge na região da picada depois de poucas semanas, expandindo-se a partir daí. A erupção muitas vezes se apresenta como um "alvo": um anel vermelho ao redor de uma área clara central. Entretanto, alguns estudos sugerem que a aparência mais comum é uma mancha inteiramente vermelha e mais ou menos arredondada que se expande no decorrer de vários dias.[5]

Se não forem tratadas, as bactérias *burgdorferi* migram para outras partes do corpo, e o sistema imune responde com inflamação, febre, dor muscular e outros sintomas, na tentativa de lutar contra a infecção.

Até que Willy Burgdorfer descobrisse a causa bacteriana da doença de Lyme, não havia exame algum para detectá-la – pelo simples motivo de que ninguém sabia o que procurar. Mesmo depois da identificação, continuou a ser difícil detectar a doença laboratorialmente. Muitas infecções bacterianas podem ser diagnosticadas por cultura – tomamos uma amostra (fazendo uma raspagem da garganta, por exemplo), a espalhamos num material que promove o crescimento bacteriano, incubamos essa amostra durante alguns dias e então identificamos as colônias que se formam. Mas a bactéria da doença de Lyme não cresce bem em cultura.

Em vez disso, para diagnosticar a doença de Lyme, os médicos dependem da resposta do organismo à infecção. Para isso, usamos dois exames separados, nenhum deles suficientemente eficaz quando feito de forma isolada. Mas, quando utilizados em conjunto, podemos identificar com segurança as pessoas que foram expostas à bactéria. Trata-se de uma estratégia antiga, que, apesar de ter sido muito comum, já foi substituída por exames melhores e mais específicos no caso de muitas outras doenças. Ainda se recorre a ela para determinar algumas poucas doenças, como HIV e hepatite C – outras moléstias causadas por

agentes que não podem ser facilmente cultivados.

O primeiro dos dois exames é chamado Elisa (um teste imunoenzimático) e detecta anticorpos contra as bactérias ou vírus invasores presentes no sangue da pessoa. Os anticorpos fazem parte do sistema de defesas do organismo, auxiliando no combate a invasores. O Elisa investiga a presença de anticorpos contra as bactérias da doença de Lyme. É um exame bastante bom, mas não consegue distinguir a *Borrelia burgdorferi* de muitas outras suas irmãs, sobrinhas ou primas distantes, bastante parecidas com ela. Algumas bactérias da flora normal do organismo podem causar reação positiva neste exame.

Por isso é necessário o segundo teste. Se uma pessoa apresentar um resultado positivo ou duvidoso no Elisa, fazemos um exame chamado Western blot. Mais uma vez buscam-se anticorpos, e não as bactérias em si. O Western blot não localiza anticorpos contra o organismo invasor como um todo, apenas contra os diferentes pedaços que constituem as bactérias da doença de Lyme – proteínas específicas. É um processo complicado, pois muitas bactérias distintas são constituídas de partes semelhantes. Portanto, não é suficiente identificar, por exemplo, duas ou três das proteínas que sabidamente pertencem às *burgdorferi*, porque elas são encontradas em muitas outras espécies.

O CDC estabeleceu um padrão para interpretarmos os resultados do Western blot. Ele determina que devemos suspeitar de doença de Lyme somente se o sangue do paciente contiver anticorpos contra cinco das dez proteínas habitualmente investigadas. Se um paciente apresentar um resultado positivo no Elisa *e também* positivo no mínimo em cinco dos dez testes relevantes no Western blot, existe grande probabilidade de que tenha sido exposto à doença de Lyme.

Se a história acabasse por aí, não seria tão ruim. Os exames para a doença de Lyme seriam indiretos e teriam de ser feitos em duas etapas, mas o resultado final seria perfeitamente razoável dentro do que podemos esperar na medicina. Infelizmente, a situação é mais complicada que isso.

Em primeiro lugar, em geral transcorrem várias semanas até que o organismo produza uma quantidade de anticorpos contra as bactérias suficiente para ser detectada pelos dois exames. Nos primeiros dias da infecção, portanto, apesar de termos a erupção ou os outros primeiros sintomas da doença de Lyme, é pouco provável que algum dos dois exames dê positivo. Se o tratamento for iniciado bem cedo, as bactérias serão destruídas com tanta rapidez que o organismo talvez nem chegue a produzir os anticorpos. Isso significa que não temos maneira alguma de provar, de modo definitivo, anos depois, que uma pessoa *não* teve doença de Lyme em algum momento no passado. No entanto, uma complicação ainda mais importante nos exames contra a doença: uma vez

criados os anticorpos, eles continuam presentes – durante meses ou anos – como proteção contra infecções futuras. Isso quer dizer que os exames para doença de Lyme continuarão positivos por muito tempo depois que as bactérias originais, causadoras dos sintomas, foram eliminadas. A impressão geral que teremos é de que o paciente ainda carrega as bactérias consigo, embora isso não seja verdade, porque os exames não detectam bactérias, mas anticorpos.

A epidemia fantasma

Ao se consultar com o dr. Davidson, Carol Ann naturalmente não compreendia esses níveis de complexidade dos exames contra a doença de Lyme. Ela sabia apenas que, ao deixar a sala do médico naquela primeira consulta, ele lhe dissera que enviaria um pouco de sangue para realizar um exame confirmatório – o que, para ela, parecia uma prática médica responsável. Duas semanas depois vieram os resultados: negativos. Isso soou estranho para Carol Ann, mas o dr. Davidson não ficou nem um pouco preocupado. Ele lhe disse que os exames eram notoriamente pouco confiáveis na confirmação desse diagnóstico, pediu-lhe mais um exame de sangue e prescreveu um antibiótico, apesar do resultado.

Várias semanas depois, o dr. Davidson disse a Carol Ann que o resultado do segundo exame fora positivo. O médico não lhe contou que não seguia as orientações para interpretação dos resultados definidas pelo CDC. Este padrão considera que devemos detectar pelo menos cinco entre os dez anticorpos para determinar que há evidências de doença de Lyme, mas o exame de Carol Ann só localizara três – e Davidson interpretou o resultado como “positivo”.

Assim como seus colegas “entendidos em Lyme”, o dr. Davidson justifica seus critérios menos rigorosos como algo necessário para não deixar passar nenhum paciente que possa ter a doença. Mas esse é um argumento fraco. É como dizer que todas as pessoas que têm dor de garganta, coriza e febre estão com a temida gripe aviária. Provavelmente não deixaremos passar nenhum caso de gripe aviária se usarmos um conjunto de critérios tão vago, mas, na maior parte das vezes, o diagnóstico estará errado. Na verdade, a maioria dos pacientes que identificarmos dessa forma terá outras doenças, muito mais comuns – um resfriado, talvez bronquite, ou quem sabe a gripe comum.

Mas Carol Ann não sabia nada disso; ela apenas se sentiu reconfortada com a aparente confirmação de sua doença. De qualquer forma, já estava um pouco melhor desde que começara a tomar o último antibiótico. Seu ombro já não doía tanto, e ela dormia melhor. Mas o medicamento estava atacando seu estômago. Ela perdeu alguns quilos por se sentir enjoada – em particular nas horas seguintes à ingestão do remédio. Para o dr. Davidson, era importante continuar

com o antibiótico, em vista do exame “positivo”, e ele a incentivou a persistir. A esperança de um restabelecimento completo e de recuperar a saúde que tinha antes deu a Carol Ann determinação para prosseguir com o remédio, apesar do mal que lhe causava.

APROXIMADAMENTE NA MESMA ÉPOCA em que Carol Ann continuava com o antibiótico que lhe fora prescrito, Will Hammer, um homem de 44 anos, dirigia com cuidado pelas estradas escorregadias do outono para ir se consultar com seu próprio médico “entendido em Lyme”. Ele recebera o diagnóstico da doença mais de uma década antes, contudo, quando falei com ele, contou-me que sofria do mal havia mais de 20 anos. Will, um homem alto, de cabelo ruivo cortado bem curto e jeito sereno, disse-me, orgulhoso, que não havia faltado nem uma vez ao trabalho nos últimos cinco anos por causa da “doença de Lyme crônica”. Ele atribuía esse êxito à dra. Andrea Gaito, reumatologista e líder do movimento de “entendidos em Lyme”, que o colocara num regime de antibióticos diários durante quase 13 anos.

Will me contou que os primeiros sintomas haviam surgido na época em que cursava o ensino médio, depois de uma viagem que fez para acampar. Ele não chegou a ter febre, dor muscular nem dor de cabeça, os sintomas típicos da doença de Lyme, mas ficou cansado e abatido. “Às vezes eu não me sentia perfeitamente bem, e ficava encabulado”, contou-me, “mas não era nada demais”. Os sintomas pioraram depois dos 20 anos. Ele tinha períodos de insônia, dores no corpo e cansaço. Consultou-se com vários médicos. Nenhum deles sabia dizer o nome da doença que o acometia e muito menos podia lhe oferecer uma cura.

Por fim, ouviu falar da doença de Lyme e se perguntou se ela poderia estar causando aqueles sintomas. Ele já fizera exames para detectar a doença no passado, e os médicos lhe disseram que o resultado fora negativo. Mas agora contaram a Will que o exame não era muito confiável. Foi assim que acabou no consultório da dra. Gaito, que rapidamente lhe fez o diagnóstico de “doença de Lyme crônica” e lhe prescreveu um antibiótico a ser tomado durante seis semanas.

O efeito foi imediato e mudou sua vida, contou Will. “Assim que comecei o tratamento, eu me senti muito bem, como não tinha me sentido em toda a minha vida adulta. Eu estava ótimo.” Porém, como me contou, o bem-estar não durou muito.

Poucos meses depois de terminar o tratamento, voltou a ter dificuldades para dormir. Em seguida ressurgiram o cansaço e as dores no corpo, e ele passou a ter problemas de memória. “No começo eram coisas pequenas. Até que um dia,

quando eu estava levando meu filho para o treino de futebol, como fazia em todos os fins de semanas havia meses, percebi que não me lembrava aonde tinha de ir. Eu não sabia direito onde estava." Will saiu da estrada e parou no acostamento. Seu coração estava acelerado. Lenta e cuidadosamente, recordou como fazer para chegar a seu destino. Seu filho pequeno, confuso com o comportamento incomum do pai, perguntou o que ele tinha. Estava tudo bem, garantiu-lhe Will, mas por dentro se perguntava o que diabos estaria lhe acontecendo.

Ele marcou outra consulta com a dra. Gaito, que lhe prescreveu mais antibióticos. Will tem tomado esses medicamentos continuamente desde então, a não ser por algumas pausas breves. Em vários momentos desde que começou a tomá-los, muitos anos atrás, Will se sentiu tão mal quanto no início, apesar das doses diárias. Nessas situações ele voltava à sua médica – desanimado, frustrado e deprimido. A dra. Gaito o ajudava a atravessar a fase ruim, aumentando a dose do antibiótico ou prescrevendo um antibiótico novo, até que ele começasse a se sentir um pouco melhor. Na última vez em que falei com Will, ele se consultava com a dra. Gaito a cada três ou quatro meses, mas temia jamais se sentir bem o suficiente para parar de tomar os antibióticos.

CAROL ANN E WILL HAMMER CONTAM versões de uma história comum no mundo da doença de Lyme: o diagnóstico seguido pelo tratamento com antibióticos, uma melhora inicial e então a volta dos sintomas. Esse padrão surgiu cedo na história da doença. Allen Steere notou que, embora a maioria de seus pacientes melhorasse após um tratamento de duas a quatro semanas com um antibiótico, entre 10% e 20% deles só se sentiam perfeitamente bem depois de meses, às vezes anos. Assim como Will Hammer e Carol Ann DeVries, esses pacientes quase sempre notavam cansaço e dor muscular persistentes. Alguns deles se queixavam de dificuldade para dormir ou falta de memória. Outros ainda apresentavam recorrências da dor e inchaço articular, sintomas que os haviam levado inicialmente ao reumatologista. Allen chamou esse fenômeno de síndrome pós-doença de Lyme.[6]

No início da década de 1990, Allen Steere e a pesquisadora Nancy Shadick decidiram investigar com que frequência essa síndrome ocorria. Eles recrutaram 100 moradores de Ipswich, no estado de Massachusetts, área fortemente afetada pela doença. A metade dos pacientes tinha uma história documentada de doença de Lyme, que havia sido tratada; a outra metade jamais apresentara a doença. Quase um de cada três pacientes tratados continuava a sentir dor residual e outros sintomas mais de cinco anos após contrair a doença. Esse sintomas eram muito mais frequentes nos pacientes que haviam tido a doença de Lyme do que

nas pessoas que jamais a tiveram.[7] Outros estudos também revelaram que pessoas com história de doença de Lyme relatavam mais dor articular, cansaço e problemas de memória que as que nunca haviam contraído a doença.[8]

De início, surgiu a preocupação de que esses sintomas representassem uma infecção persistente, que continuava apesar do tratamento completo com um antibiótico. Os próprios pacientes diziam ter a *sensação* de que era uma infecção, e, portanto, Allen, Nancy e muitos outros médicos reagiram tratando esses sintomas com uma segunda ou terceira série de antibióticos.

No entanto, Allen e outros logo perceberam com clareza que, embora muitos dos pacientes que apresentavam esses sintomas persistentes melhorassem depois de múltiplas séries de antibióticos, o mesmo ocorria com os que recebiam apenas uma série – prescrita no momento do diagnóstico original. Enfim, a maioria das pessoas melhorava, e não se sabia ao certo se as doses repetidas de antibióticos faziam qualquer diferença depois do tratamento inicial.

Na tentativa de entender melhor o que estava ocorrendo, os pesquisadores da área fizeram o que todos os pesquisadores costumam fazer – bolaram experimentos para estudar, de maneira muito cuidadosa e controlada, se os antibióticos realmente ajudavam os pacientes com a síndrome pós-doença de Lyme a se recuperar mais depressa.

O *New England Journal of Medicine* publicou os primeiros resultados experimentais em 2001. Os pesquisadores do Centro Médico Tufts, em Boston, e do Hospital de Yale, New Haven, examinaram 129 pacientes que possuíam provas documentadas de uma infecção prévia por doença de Lyme e sintomas persistentes, apesar de terem recebido o regime recomendado de antibióticos. A maioria tinha algum grau de dor musculoesquelética. Metade dos pacientes foi tratada com 90 dias de antibióticos, e metade com um placebo de aparência idêntica. Nem o médico nem o paciente sabiam quem estava recebendo o remédio real e quem estava tomando o placebo. Todos os participantes tiveram sua saúde física e psicológica avaliada antes, durante e depois do tratamento com a droga ou com o placebo.[9]

Pouco mais de 40% dos pacientes tratados com antibióticos se sentiu melhor depois do primeiro mês. E um número quase igual se sentiu melhor, de modo geral, três meses depois – já após o término do regime de antibióticos. E quanto aos que tomaram o placebo? Sua resposta foi praticamente idêntica: 35% dos pacientes que receberam uma substância completamente inerte se sentiram melhor depois do primeiro mês, e 40% se sentiram melhor ao final do estudo. Os antibióticos não tinham feito diferença alguma.

Outros dois estudos rigorosos investigaram a mesma questão.[10] Um deles mostrou uma pequena melhora no sintoma de cansaço entre os pacientes que

tomaram antibióticos, e nada mais. O terceiro estudo foi realizado pelo psicólogo Brian Fallon, pesquisador "entendido em Lyme" e chefe de um grupo de pesquisa da Universidade de Columbia, em parte financiado por defensores da ideia da "doença de Lyme crônica". No entanto, o próprio Fallon foi incapaz de detectar qualquer diferença significativa entre o grupo que tomou antibióticos e o que tomou placebo. Além disso, em todos esses estudos, um grupo considerável de participantes teve complicações ligadas ao tratamento com antibióticos. Muitos deles apresentaram reações adversas semelhantes às de Carol Ann, e por vezes as complicações foram sérias a ponto de provocar a internação dos participantes.

Resultados consistentes como esses, obtidos em três experimentos separados, todos eles rigorosos, publicados em revistas científicas de alta qualidade, submetidos à revisão por pares, normalmente seriam considerados um gol de placa no mundo médico. As pesquisas mostravam que os antibióticos *não* haviam sido úteis aos pacientes com sintomas persistentes após o tratamento contra a doença de Lyme, o que sugeria fortemente que, o que quer que houvesse de errado com essas pessoas, os sintomas *não* eram causados pela presença de alguma "super*burgdorferi*" em seu organismo. Os principais grupos médicos envolvidos no estudo da doença de Lyme publicaram protocolos de tratamento contrários ao uso de múltiplas séries de antibióticos para tratar os sintomas persistentes. De hábito isso encerraria a questão, e a ciência médica se dedicaria a resolver algum novo mistério.

Mas não foi o que aconteceu. Ao contrário, um grupo pequeno porém ruidoso de médicos e pacientes se recusou a aceitar os resultados, rejeitando inclusive a designação "síndrome pós-doença de Lyme". Em vez disso, aferraram-se à "doença de Lyme crônica" e insistiram que os sintomas *efetivamente* refletiam uma infecção persistente que justificava a manutenção do tratamento com antibióticos. Eles rebateram os estudos controlados e randomizados com pesquisas próprias, que muitas vezes mostravam uma melhora nos pacientes que recebiam antibióticos. Mas nenhuma delas comparava o uso de antibióticos ao de um placebo. As pesquisas controladas e randomizadas mostravam que, embora os pacientes que recebiam antibióticos melhorassem, o mesmo ocorria com os que recebiam o placebo inerte. Estudos realizados sem a comparação com um placebo não têm como determinar se os antibióticos foram realmente eficazes ou se a melhora se devia ao processo natural de adoecimento e cura.

Os defensores do modelo de entendimento da "doença de Lyme crônica" também se aproveitaram da complexidade dos exames usados para detectar esse mal, argumentando que, em virtude de suas limitações, eles poderiam ser desconsiderados. Segundo a Sociedade Internacional para Lyme e Doenças

Associadas (Ilads, na sigla em inglês), grupo fundado em 1999 para promover a disseminação de informações sobre a "doença de Lyme crônica", o diagnóstico deve se basear *apenas* nos sintomas do paciente. Eles não confiam em avaliações físicas nem nos dois exames disponíveis para detecção da síndrome.[11]

"Os dados disponíveis sugerem que evidências objetivas, isoladamente, são inadequadas na tomada de decisões terapêuticas", afirmam os protocolos da Ilads, "pois um número considerável de casos de doença de Lyme crônica pode ocorrer em pacientes sintomáticos sem que existam características objetivas detectáveis pelo exame físico ou por exames laboratoriais confirmatórios".

Os mesmos protocolos afirmam que, quando usamos os exames laboratoriais em duas etapas para determinar a presença da doença de Lyme – recomendados pelo CDC –, até 90% dos casos passam despercebidos. Essa é uma afirmação enganadora, para dizer o mínimo. A "pesquisa" oferecida pelo protocolo para corroborar esse "fato" consiste num único estudo não publicado. Se usarmos o exame em todas as pessoas com sintomas comuns de cansaço, insônia e dores musculares, 90% delas provavelmente apresentarão resultado negativo, pois de fato nunca contraíram doença de Lyme.

Na verdade, quando empregados da maneira recomendada, os exames diagnosticam corretamente a doença de Lyme em mais de 90% dos casos.[12]

Em vez de confiarem no exame físico ou nos exames complementares, a Ilads e os médicos "entendidos em Lyme" sugerem que o diagnóstico deve ser feito com base apenas nos sintomas. O problema é que os sintomas em que esses médicos decidiram confiar são muito amplos, estando presentes numa enorme gama de doenças. Eles incluem cansaço, dor de garganta, dor muscular, dor articular, insônia, dor torácica, dor abdominal, vertigem, enjoo, falta de concentração, dor de cabeça, irritabilidade, depressão, dor nas costas. Estes são alguns dos sintomas mais comuns entre os pacientes que se apresentam a uma unidade de saúde primária.[13] Eu, como médica generalista que vê pacientes regularmente, posso dizer que a maioria deles se queixa desses sintomas – e é evidente que não estão todos afetados pela doença de Lyme. Como meu consultório fica na cidade, atendo apenas uns poucos casos dessa síndrome por ano.

Ainda assim, essa é a estratégia diagnóstica que permite que médicos como o drs. Davidson e Gaito argumentem que pacientes como Carol Ann ou Will têm "doença de Lyme crônica", devendo ser tratados continuamente com antibióticos, por causa de uma infecção bacteriana persistente.

Mas talvez exista um fator adicional nessa recusa obstinada, por parte dos médicos "entendidos em Lyme" e seus pacientes, em aceitar evidências que a maioria da comunidade médica considera convincentes. Trata-se de um aspecto

inevitável de toda a prática médica, relacionado em particular às limitações dos exames diagnósticos – limitações especialmente agudas no caso da doença de Lyme. Estou falando de um desconforto ligado à incerteza, à ambiguidade, ao não saber. E os médicos que se sentem mais perturbados com isso são aqueles que têm maior probabilidade de adotar um diagnóstico, ou um rótulo diagnóstico, e distorcer seu próprio modo de pensar na tentativa de provar a si mesmos e a seus pacientes que sabem o que está acontecendo.

A verdade é que, por mais que os médicos não gostem de admitir, eles não conseguem encontrar uma causa para os sintomas do paciente. Isso ficou claramente demonstrado num estudo de 1998, realizado entre 200 pacientes com diagnóstico de doença de Lyme. Revelou-se que mais da metade dos pacientes *não* apresentava evidências de haver sido infectada pela bactéria causadora da doença de Lyme. Como vimos, a razão para isso poderia estar no tratamento rápido contra a doença, que faria com que os pacientes jamais produzissem os anticorpos que atestariam a infecção. Talvez. Mas isso sem dúvida não explicaria a proporção tão grande de pacientes com resultados negativos para a doença.

Descobriu-se que somente 44 dos 200 pacientes (20%) apresentavam doença de Lyme ativa – com sintomas, achados ao exame físico e exames laboratoriais consistentes com a doença. Outros 40 (19%) apresentavam a síndrome pós-doença de Lyme – tinham uma história clara de infecção prévia, tratamento adequado e sintomas persistentes. Os outros 116 pacientes do estudo – 60% dos envolvidos – não tinham evidência de doença de Lyme atual ou prévia, embora todos houvessem recebido esse diagnóstico. Os resultados mostram claramente que a doença de Lyme está sendo seriamente hiperdiagnosticada. Mas os resultados também lançam uma luz sobre a questão da incerteza na medicina.

Se os 116 que acreditavam sofrer de Lyme *não* haviam contraído a doença, então *o que* tinham? Muitas coisas, como se descobriu. Catorze deles tinham artrite reumatoide. Quinze, osteoartrite. Oito foram diagnosticados com outra infecção, e mais uma dúzia, com alguma espécie de transtorno neurológico, como esclerose múltipla ou esclerose lateral amiotrófica, por vezes chamada de doença de Lou Gehrig. Vários deles receberam o laudo de depressão.

Esses diagnósticos cobriram aproximadamente a metade dos 116 – demonstrando que o laudo ilusório de “doença de Lyme crônica” oculta uma grande quantidade de moléstias reais que deveriam estar sendo tratadas. No entanto, a outra metade dos participantes também é interessante. Essas pessoas obviamente sofriam de males reais – sintomas verdadeiros –, mas nem os médicos que fizeram a pesquisa nem aqueles que os atendiam conseguiram determinar uma causa. Os sintomas desses pacientes, na linguagem médica, eram “idiopáticos”, ou seja, não tinham uma explicação médica.

Ninguém gosta de atestar a própria ignorância, mas os médicos talvez considerem essa condição ainda mais intolerável, pois ela cerceia profundamente a capacidade de aliviar o sofrimento, o que muitas vezes é a motivação fundamental de toda a carreira. Mas o desconforto de um médico diante do inexplicável pode levá-lo ao equívoco. Em vez de aceitar as queixas do paciente como algo real, porém não explicado, os médicos com frequência desconsideram os sintomas, vendo-os como algo irreal ("é coisa da sua cabeça"), ou então dão atenção demais a sinais muito tênues, num esforço para banir a incerteza por meio de um diagnóstico nítido e direto. Nenhuma dessas soluções tem utilidade para o paciente.

Podemos ver os resultados desses dois tipos de resposta na experiência de Will Hammer.

"Meus médicos esperavam eu listar meus sintomas e depois me mandavam fazer um monte de exames; como todos estavam normais, a resposta deles foi: 'O que você ainda está fazendo aqui? Não conseguimos achar nada de errado com você, então deve ser coisa da sua cabeça.' Mas as dores que eu sinto, o cansaço, a confusão, não são coisas da minha cabeça. São coisas do meu corpo. Eu precisava de alguém que me ajudasse a acabar com isso. Foi aí que encontrei a dra. Gaito."

Ao desconsiderarmos seus sintomas, os médicos de Will, num sentido bastante literal, acabaram abandonando-o. O paciente não tinha uma doença que eles conhecessem, portanto não estava doente de verdade. Isso o deixou vulnerável a uma grande gama de profissionais – tanto tradicionais como "alternativos" – que se mostram dispostos a escutar suas queixas, oferecem uma explicação trivial para os sintomas e traçam um plano terapêutico confiante. Foi isso o que a dra. Gaito lhe ofereceu. Ela deu ouvidos a Will, validou seus sentimentos e deu uma explicação convincente para seus sintomas – um diagnóstico aparentemente sólido e substancial.

"A dra. Gaito acredita que seja doença de Lyme crônica", contou-me Will. "Ela vem me tratando contra isso, e, apesar de eu não ter melhorado completamente, tremo só de pensar em como estaria se não estivesse tomando antibióticos há tantos anos. Não, acho que vou acabar tomando antibióticos pelo resto da vida. Se é disso que preciso, estou disposto a fazer."

Escapando da ilusão

A história de Will é o resultado de uma trama complexa de fatores, em cujo centro se encontram os exames diagnósticos complicados e duvidosos usados – ou *não* – para identificar os pacientes com doença de Lyme. Mas enquanto a dra.

Gaito e Will continuam firmemente unidos em sua crença na ilusória “doença de Lyme crônica”, Carol Ann acabou por escapar dessa armadilha médica e psicológica.

Durante várias semanas, Carol Ann tomou o remédio prescrito pelo dr. Davidson. Ela continuou a ser assolada por enjoos, mas persistiu. Depois, seus sintomas, que no início pareciam melhorar, voltaram lentamente. O médico alterou a dose de antibiótico. Como isso não funcionou, trocou o remédio. A cada mudança, Carol Ann começava a se sentir um pouco melhor, mas o efeito nunca durava muito. Depois de meses nesse estado, ela voltou ao consultório do dr. Davidson – frustrada e doente. Todos os sintomas haviam reaparecido, e o novo medicamento a deixava tão enjoada quanto o anterior. A essa altura, ela já vinha tomando antibióticos havia mais de seis meses, e na verdade se sentia pior do que no dia em que se consultara com ele pela primeira vez.

“Eu só tenho 60 anos e me sinto como uma velha”, disse a seu médico. “O que há de errado comigo? Se isso é a doença de Lyme crônica, por que estou piorando?” É uma pergunta interessante, observou o médico. Se aquilo fosse uma infecção persistente, o esperado seria que ela melhorasse. Então – fez uma pausa –, talvez não fosse doença de Lyme crônica. Talvez fosse alguma outra coisa. Ele a convenceu a voltar a seu médico habitual, que talvez a pudesse ajudar. O dr. Davidson só tratava pacientes com doença de Lyme. Ele tinha feito tudo o que podia.

Desanimada e deprimida, ela concordou. O clínico geral de Carol Ann a encaminhou a um novo reumatologista, e finalmente, quase dois anos após o início dos sintomas, ela entrou no consultório da dra. Linda Bockenstedt, da Faculdade de Medicina de Yale. Sentada na intimidante sala de espera, Carol Ann se perguntou se teria cometido um erro. Aquilo parecia mais uma clínica do que um consultório comum. Havia quase duas dezenas de pacientes à espera de um dos muitos médicos cujos nomes lera na porta ao entrar. Por fim, Carol Ann foi levada a uma sala de exames pequena e muito bem-iluminada. Não havia quadros nas paredes, nenhum objeto pessoal sobre a mesa. Era fria e impessoal como o quarto de algum grande hotel.

A preocupação desapareceu no momento em que Linda Bockenstedt entrou no consultório. Ela era uma mulher alta, de cabelo claro olhos castanhos e uma expressão amável. Depois de se apresentar, Linda sentou na cadeira de metal e, fitando Carol Ann nos olhos, perguntou o que a trazia ali. E então escutou-a – sem interrompê-la – contar toda sua história. A paciente descreveu o diagnóstico inicial que recebera – doença de Lyme – e os estranhos sintomas que surgiram a seguir. Relatou o tratamento longo e ineficaz com antibióticos e os males terríveis que isso causara a seu estômago e ao resto de seu corpo. Agora, durante

o dia, ela mal conseguia mexer os braços, os ombros doíam e, à noite, os quadris e joelhos pulsavam – ela quase não conseguia dormir. Carol Ann estava cansada; tinha dificuldade em se concentrar. Sua memória estava abalada. Ela se sentia muito irritada e perdia a paciência com facilidade. A dra. Bockenstedt foi anotando enquanto Carol Ann falava e, quando ela terminou, fez mais algumas perguntas para tentar esclarecer os sintomas enigmáticos.

A seguir, Linda examinou Carol Ann com muito cuidado, dando atenção especial às articulações doloridas. O pescoço e os ombros estavam sensíveis ao toque e muito rígidos, o que impedia a movimentação normal. As mãos, cujas articulações costumam ser afetadas pela artrite reumatoide e pelo lúpus, estavam flexíveis e sem dor. Durante o exame, os quadris e joelhos de Carol Ann se mostraram indolores e com uma amplitude de movimento normal, mas ela se queixou de que doíam durante a noite, e de manhã estavam tão rígidos que ela tinha dificuldade para levantar da cama. O resto do exame não tinha nada de anormal.

No final da consulta, Linda se concentrou em três diagnósticos possíveis. Em primeiro lugar – o mais preocupante – estava uma doença que não afetava as articulações, e sim os vasos sanguíneos, chamada arterite de células gigantes. Essa doença é mais comum em mulheres com mais de 50 anos e ataca grandes vasos sanguíneos do corpo. Se não tratada, pode causar cegueira e AVC. Os sintomas mais comuns são cansaço, perda de peso e dores musculares – todos sintomas apresentados por Carol Ann –, além de dor de cabeça e dor na mandíbula – que Carol Ann não tinha. Ainda assim, era uma doença que a dra. Bockenstedt não queria correr o risco de deixar passar.

Outra possibilidade, na opinião de Linda a mais provável, era uma doença comum, porém pouco compreendida, que afeta os músculos e articulações, chamada polimialgia reumática (PR). Essa doença costuma causar rigidez no pescoço, ombros e articulações dos quadris, além de cansaço e às vezes febre. Um dos aspectos mais interessantes da PR é o fato de aparecer com força total, sem aviso prévio. Os pacientes quase sempre afirmam sentir como se tivessem pego uma gripe que não vai mais embora.

A terceira possibilidade era artrite reumatoide – os sintomas de Carol Ann não eram clássicos, mas, se não tratado, esse tipo de artrite pode causar lesões permanentes nas articulações.

A dra. Bockenstedt explicou seu raciocínio a Carol Ann e pediu novos exames laboratoriais para investigar a presença de alguma dessas doenças articulares e refazer os testes contra a doença de Lyme. Além disso, pediu radiografias dos ombros, que poderiam revelar lesões articulares por artrite reumatoide, caso ela tivesse esta doença.

Duas semanas depois, Carol Ann estava de volta à sala de exame da dra. Linda Bockenstedt. A médica não perdeu tempo: ela tinha bastante certeza de que Carol Ann tinha polimialgia reumática. As radiografias descartaram a presença de artrite reumatoide, e os exames de sangue não mostraram sinal de infecção bacteriana – nem pela bactéria causadora da doença de Lyme nem por qualquer outra.

É um tanto irônico que não exista exame para diagnosticar a polimialgia reumática. Na realidade, os testes são feitos para descartar outros possíveis candidatos, e o diagnóstico se baseia nesses exames e na constelação de sintomas do paciente. Linda explicou por que acreditava que os indícios de PR eram bastante convincentes. Carol Ann tinha uma apresentação clássica da doença. Em primeiro lugar, as mulheres têm quatro vezes mais chances de sofrer de PR que os homens. Carol Ann tinha mais de 50 anos – o grupo etário com maior risco de desenvolver a doença (uma de cada 200 mulheres com mais de 50 tem PR). Seus sintomas surgiram subitamente e se assemelhavam a uma infecção. A dor se localizava sobretudo nas grandes articulações de suporte do corpo – ombros, pescoço, quadris e joelhos. A coluna e as articulações menores dos braços e pernas eram tipicamente poupadas. Além disso, claro, as radiografias e exames de sangue não mostravam sinais de outra doença reumatológica nem de infecção.

Carol Ann absorveu todas as informações sem dizer uma palavra. Se aquilo fosse verdade, então o dr. Davidson estivera errado, e ela suportara tantos meses de enjoo sem qualquer necessidade. Ainda não estava inteiramente pronta para confiar nesse novo diagnóstico, apesar de crer na dra. Bockenstedt. Carol Ann também havia confiado no dr. Davidson. Além disso, lera na internet que a prednisona – o medicamento sugerido por Linda – podia piorar uma infecção oculta, caso houvesse uma.

“Então você realmente não acha que eu tenha doença de Lyme crônica?”, perguntou.

Linda Bockenstedt fez uma pausa.

Estavam em território perigoso. Linda sabia, por uma lamentável experiência própria, que os “entendidos em Lyme” – fossem eles médicos ou pacientes – podiam se tornar ferozes em seus ataques aos médicos que demonstrassem ceticismo quanto à doença. Ela havia estudado em Yale e presenciara, em 2000, um protesto dos “entendidos” em frente ao laboratório de Allen Steere. Eles gritavam e carregavam cartazes acusando o antigo herói da doença de Lyme de ser um monstro assassino. Ele foi importunado e até recebeu ameaças de morte. Por quê? Porque concordava com o que diziam os dados. Allen Steere afirmou publicamente que não havia evidências para corroborar a administração de séries

repetidas de antibióticos após um tratamento inicial contra a doença de Lyme. E, ainda no ano anterior, quando a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas se declarara contrária ao tratamento da doença de Lyme com meses de antibióticos, a Ilads acusara seus integrantes de se venderem aos convênios de saúde, que não se importavam com os pacientes e simplesmente não queriam pagar. (As memórias vívidas que Linda tinha dos ataques *ad hominem* até a fizeram relutar em participar deste livro, mas, afinal, seu compromisso com a educação do público falou mais alto.)

Dessa forma, Linda mediu muito bem as palavras que disse a Carol Ann.

Não havia indícios de que ela tivesse a doença de Lyme naquele momento, esclareceu. Nenhum dos exames realizados fora positivo de acordo com os critérios do CDC. Ao rever a história médica de Carol Ann DeVries, Linda notou que, nos dois primeiros exames realizados pelo dr. Davidson, duas das bandas do *Western blot* haviam sido positivas, mas não as cinco recomendadas pelo CDC. E, nos exames solicitados por Linda, nenhuma das bandas estava visível. Tanto os sintomas de Carol Ann quanto o peso dos exames apontavam de forma convincente para o diagnóstico de polimialgia reumática como a fonte daqueles sintomas persistentes.

"Não", disse ela a Carol Ann. "Não acho que você tenha doença de Lyme crônica. Eu sei que você passou por maus bocados. Mas penso que pode confiar nesse diagnóstico." Qualquer dúvida que Carol Ann tivesse desapareceu poucos dias após o início do tratamento. A prednisona funcionou depressa, e a dor em suas articulações logo desapareceu. Depois de dois anos de insônia, ela finalmente conseguiu dormir uma noite inteira. A sensação de estar gripada foi embora. Ela conseguia pensar, conseguia se concentrar, recobrou a memória. Sentia-se uma mulher renovada.

Isso foi quatro anos atrás. Carol Ann manteve o tratamento com prednisona por pouco mais de um ano, reduzindo lentamente a dose, conforme a recomendação da dra. Bockenstedt, para que seu corpo se ajustasse. Desde então, seus velhos sintomas ressurgiram apenas uma vez, mas, depois de cerca de uma semana de prednisona, a dor e a rigidez passaram.

Será que Carol Ann chegou a ter doença de Lyme um dia? Provavelmente não, explicou-me Linda, mas é impossível saber com certeza. No momento em que entrou no consultório de Linda, ela sem dúvida já não tinha sinal algum da doença. Suas articulações doloridas não estavam inchadas, como geralmente ocorre na artrite ligada à doença de Lyme. E nenhum dos resultados de exames realizados por Carol Ann contra essa síndrome atingira o nível de confiança exigido pelos protocolos do CDC. É possível que ela seja um desses pacientes nos quais as bactérias causadoras da doença de Lyme foram mortas antes que seu

organismo pudesse produzir anticorpos. Ou, então, talvez a erupção na qual o médico do PS fundamentou seu diagnóstico fosse apenas uma urticária que restara do ataque sofrido por ela na mesma semana. Linda suspeita fortemente de que Carol Ann tivesse PR desde o início, mas toma cuidado para reconhecer que não pode ter certeza. E é exatamente assim que funciona o verdadeiro diagnóstico de uma doença real.

Temos ferramentas que são essenciais para fecharmos um diagnóstico. Temos a história clínica. Temos o exame físico. Temos exames complementares. Por fim, temos o tratamento. Tudo isso são peças do quebra-cabeça, pistas que levam ao diagnóstico final. “Se eu houvesse tratado Carol Ann com corticoides e ela não houvesse melhorado, caberia me perguntar – será que ela realmente tem esta doença?”, esclarece Linda Bockenstedt. Mas os corticoides funcionaram – quase à perfeição. E assim, ainda que Carol Ann tivesse uma história clínica bastante compatível com doença de Lyme, seu exame físico não era tão consistente com a doença, os exames complementares também não, e o tratamento não a ajudou. “Diante de tudo isto, não consigo entender por que alguém diria que toda aquela dor era causada por doença de Lyme”, conclui Linda.

Os EXAMES COMPLEMENTARES mudaram o modo como a medicina é praticada. Hoje, com a ajuda deles, os médicos podem ter um grau certeza, nunca antes visto na longa história da medicina, com relação a determinados diagnósticos. Mas o que fecha um diagnóstico não são os exames, e sim o raciocínio. Exames melhores sem dúvida levam a um raciocínio melhor, e é certo que a doença de Lyme se beneficiaria de um exame melhor. Até que disponhamos de um, e possivelmente até bem depois disso, as preocupações com diagnósticos tardios ou não detectados de doença de Lyme continuarão a ser uma fonte de malentendido e controvérsia entre médicos e pacientes.

PARTE IV

Limites do pensamento médico

9. Falha de raciocínio

DAVID POWELL ESTAVA SENTADO EM SILÊNCIO no minúsculo boxe do pronto-socorro. O avental de algodão do hospital mal cobria seus braços e o peito musculosos. Ele parecia robusto demais para estar ali; ainda assim, aquela era a quarta vez que ia ao pronto-socorro nos últimos dois meses. “Estou perdendo a força”, explicou em voz baixa à dra. Christine Twining, jovem médica ainda em formação. “Os médicos sempre me dizem que não estou tendo um ataque cardíaco. Tudo bem, isso é bom, fico contente que não seja o coração. Mas será que ninguém pode me dizer *o que* há de errado comigo?”

Tudo começara poucos meses antes, quando David, de 27 anos, notou que suas mãos e seus dedos estavam dormentes. Então ele passou a sentir dores no peito – uma estranha compressão ou peso que lhe dificultava a respiração. Foi isso o que o levou ao pronto-socorro do hospital nas duas primeiras vezes. Sua mãe havia morrido recentemente de ataque cardíaco, e ele tinha medo de sofrer um infarto também. Ao ouvirem sua história, os médicos do PS também pensaram que fosse o coração. Porém, a cada visita ao hospital, o ECG estava normal, os exames de sangue mostravam que ele não tinha um infarto e o teste de esforço sugeria que provavelmente não teria um ataque cardíaco no futuro próximo. Isso o tranquilizava, mas não chegava a ser uma resposta.

Quando o outono deu lugar ao inverno, David começou a ter dificuldades para trabalhar. Ele era gari e notou que as pequenas corridas que dava das casas até o caminhão, e que faziam parte de sua rotina diária, agora o deixavam ofegante. Os latões de lixo que esvaziava pareciam mais pesados. Seus músculos doíam constantemente, e ele tinha câimbras frequentes. No final do trajeto diário, seus braços e pernas tremiam de cansaço.

“A rapaziada fica me perguntando qual é o problema, porque eu sou forte, malho bastante, e tenho vergonha de dizer que estou ficando fraco”, contou David à jovem médica. “Eu só falo que malhei demais na academia no dia anterior.”

A verdade era que ele não conseguia se exercitar havia semanas. David simplesmente não tinha força para isso. Também havia outros sintomas: ele

estava perdendo peso – dez quilos em dois meses. E se sentia exausto. Depois do trabalho, tirava um cochilo, acordava para jantar e voltava para a cama. Também estava com uma terrível constipação.

Até que um dia, logo antes do Natal, David estava fazendo compras com a mulher e se viu dando trombadas nos clientes que apinhavam o shopping. “Eu não conseguia andar reto”, contou. Seu peito parecia comprimido, como se tivesse uma cinta ao redor das costelas. Aquela noite, quando David começou a cambalear, sua mulher sugeriu que ele fosse mais uma vez ao pronto-socorro. Durante essa visita, a terceira, ele fez mais um ECG que deu normal, mais exames de sangue também normais, e mais um médico o tranquilizou e à sua mulher, porque ele não estava tendo um ataque cardíaco.

Uma semana depois, David quase caiu da traseira do caminhão de lixo. “Meus dedos estavam muito fracos”, contou, “eu não conseguia me segurar com força. Se me dessem uma simples sacudidela, eu teria caído no chão.”

Foi isso o que levou David ao PS dessa vez. Enquanto contava sua história – ele tinha uma voz suave e regular –, ele estudava as próprias mãos, descrevendo como elas lhe desobedeciam dias antes, tivera de usar as duas mãos para segurar a xícara de café; sua caligrafia se reduzira a rabiscos infantis – ilegíveis até para ele mesmo; os dedos não mais distinguiam o algodão rude de suas roupas de trabalho da seda suave de sua gravata de domingo.

Quando David voltou ao pronto-socorro daquela vez, a médica do PS pediu mais um ECG e exames de sangue para procurar sinais de infarto. Esse procedimento é quase um reflexo quando alguém se apresenta com queixa de dor torácica. Ainda assim, repassando o prontuário do jovem, a médica se deu conta de que aqueles exames dificilmente trariam alguma informação sobre o que levava David tantas vezes ao hospital. Os médicos emergencistas são treinados para diagnosticar e tratar doenças com risco de vida – emergências médicas verdadeiras. Quanto à maioria dos pacientes que recorrem ao pronto-socorro e não têm uma emergência imediata, os médicos do PS tomam outra decisão importante sobre seu tratamento: a pessoa precisa ser internada, ou é algo que possa ser acompanhado no ambulatório? Embora este paciente tivesse um dos sintomas básicos com os quais devemos nos preocupar – dor torácica –, a médica do PS considerou que os procedimentos habituais para investigação da dor teriam pouca chance de dar a ele o diagnóstico que buscava. Por isso pediu a Christine Twining, uma das residentes em clínica médica, que o atendesse e o internasse no hospital, para que alguém descobrisse o que ele tinha. Embora talvez não se tratasse de uma emergência, aquele jovem parecia estar doente de verdade.

Christine escutou atentamente a história de David. Ele era jovem e de

aparência muito saudável. O que poderia haver de errado com ele? Tinha apenas 27 anos; não fumava nem bebia. Vivia com a mulher e a filha de seis anos. Embora a mãe houvesse morrido aos 55 anos de infarto e dois de seus primos tivessem anemia falciforme, o resto da família passava bem.

Fisicamente, ele era enorme. Tinha pouco mais de 1,80m e pesava 110kg – a musculação eliminara quase toda a gordura corporal, portanto só lhe restavam músculos. Ao exame, não havia sinais de atrofia na musculatura bem-definida, e, embora ele houvesse passado com facilidade nos testes de força que de praxe se realizam nas consultas médicas, Christine achou que isso podia ser atribuído ao fato de que tais testes não haviam sido idealizados para pessoas com força acima do normal, como era o caso daquele jovem.

Ele se queixava de dormência nas mãos e nos pés. Quando Christine o examinou, seus membros pareciam normais, mas quando os espetou com um instrumento pontiagudo usado para testar o tato, David nada sentiu. E quando ela golpeou as articulações dele com um pequeno martelo de borracha, o reflexo espontâneo habitual estava completamente ausente. David tinha reflexos. Quando a médica lhe pediu que fechasse os olhos e dissesse se ela havia movido o polegar do pé dele para cima ou para baixo, testando um dos sentidos mais primitivos, ele não foi capaz de responder.

Christine notou então o resultado de um exame de sangue realizado numa das visitas prévias do paciente ao PS: ele tinha baixa contagem de hemácias. Anemia é um achado pouco comum em um homem jovem sem problemas de saúde. Ele tinha dois sintomas muito diferentes – anemia e aquela estranha fraqueza e perda de sensibilidade. Estariam ligados? Não havia como ela saber apenas com base nos dados de que dispunha.

Christine se concentrou primeiro na perda de força e de sensibilidade nos braços e pernas: a presença das duas queixas simultaneamente deixava claro que o problema estava nos nervos, e não nos músculos. Havia dezenas de causas possíveis para esse tipo de neuropatia: diabetes, alcoolis-mo, sífilis, HIV, doença tireoidiana, câncer. Mas nenhuma delas se encaixava com precisão naquele paciente.

Tendo em vista o emprego de David, a médica considerou uma causa incomum para esse tipo de lesão nervosa: toxinas. Ele poderia ter sido exposto a alguma substância perigosa ou ilegal descartada de maneira displicente no lixo comum? O arsênico podia causar esse tipo de lesão nervosa; chumbo e mercúrio também. Além disso, essas toxinas poderiam explicar também a anemia, se os dois achados estivessem de fato ligados.

E quanto à anemia? Aquela baixa contagem de hemácias seria anterior à nova doença? Havia casos de anemia falciforme na família, e embora David não

tivesse os sintomas desse transtorno doloroso, as dores no peito poderiam ser causadas por ela? Ele se queixava de dor abdominal: estaria perdendo sangue no estômago ou no intestino? Era uma possibilidade, embora os exames de fezes não mostrassem a presença de sangue.

O laudo do laboratório descrevia poucos leucócitos anormais no sangue: as células continham núcleos de forma irregular. Aquilo sugeria que a causa da anemia era deficiência nutricional. Uma dieta pobre em folato ou vitamina B_{12} podia provocar anemia e também esse tipo de leucócito anormal. Além disso, a deficiência de vitamina B_{12} também podia produzir sintomas neurológicos. É fácil obter uma quantidade adequada de vitamina B_{12} na dieta normal, e parecia muito improvável que aquele homem bem nutrido tivesse essa deficiência. Mas a médica precisava saber com certeza, porque o organismo não é capaz de produzir sua própria vitamina B_{12}, e uma verdadeira deficiência talvez cause lesões permanentes – inclusive a morte. Além disso, o tratamento é fácil e seguro: a reposição da vitamina que falta em geral reverte todos os sintomas.

Christine Twining solicitou exames de sangue para pesquisar a origem da anemia e procurar sinais de exposição recente a mercúrio ou arsênico. As outras causas possíveis daquela neuropatia, pensou ela, seriam muito menos prováveis, e poderiam ser testadas depois se necessário.

Os resultados dos exames de anemia chegaram primeiro. David não tinha sinais de anemia falciforme nem de qualquer outro transtorno sanguíneo congênito. Ele apresentava níveis normais de ferro e folato. Mas seu nível de vitamina B_{12} estava perigosamente baixo: um décimo do normal. A médica teve certeza de que era aquilo que provocava fraqueza, dormência, constipação e anemia de David. O achado poderia explicar inclusive a dor torácica e a falta de ar.

A causa da anemia de David foi comprovada por outro exame de sangue. Ele tinha uma doença autoimune que leva um desses nomes ótimos dados aos males no século XIX: anemia perniciosa. Nesse transtorno, o sistema imune do organismo destrói por engano a proteína responsável por absorver a vitamina dos alimentos ingeridos e levá-la à corrente sanguínea. Ele produz anticorpos contra essa proteína, como faria contra uma bactéria ou um vírus invasores. David logo passou a receber injeções de vitamina B_{12} – ele teria de tomar suplementos de vitamina B_{12} pelo resto da vida. Os resultados foram drásticos e quase imediatos.

“A cada dia eu me sinto mais forte”, contou-me David quando lhe telefonei, não muito depois do diagnóstico. Uma semana após a primeira injeção, ele já voltava ao trabalho. “Finalmente posso correr outra vez. Posso pegar minha filha no colo. Dá para ver que vou me recuperar de todo.”

Quando o raciocínio desanda

A história de David é um exemplo de erro diagnóstico. Os pesquisadores definem esse tipo de erro como um diagnóstico equivocado, não detectado ou tardio. Embora David não tenha sofrido dano permanente, recobrando a saúde por completo, para isso foram necessárias quatro idas ao pronto-socorro.

David teve sorte. Inúmeros estudos mostram que os erros diagnósticos muitas vezes têm consequências trágicas. Eles são a segunda principal causa de processos jurídicos contra os hospitais.[1] Um estudo recente sobre achados em autópsias identificou discrepâncias diagnósticas – uma diferença entre o diagnóstico dado em vida e aquele descoberto após a morte – em incríveis 20% dos casos.[2] Os autores da pesquisa estimam que quase na metade desses casos o diagnóstico correto teria alterado o plano terapêutico. Extrapolados para os milhões de pessoas que, só nos Estados Unidos, recebem cuidados médicos a cada ano, esses 10% de erros diagnósticos representam um enorme custo em termos de sofrimento e mortes evitáveis.

Os pacientes estão preocupados. Uma pesquisa mostrou que até um terço dos pacientes entrevistados após saírem de um pronto-socorro se preocupavam com erros médicos, e a principal aflição, de longe, era a de que houvessem recebido diagnóstico errado.[3] Esse medo é justificado. Uma recente revisão dos dados relatou que os médicos que trabalham no atendimento primário – médicos de família e clínicos gerais – tiveram uma taxa de erros diagnósticos que variava entre 2% e 10%. Até um em de cada dez pacientes recebera diagnóstico incorreto.

Claro que esse número se refere apenas a consultas únicas, e qualquer pessoa que tenha ido ao médico com um problema complicado sabe que o diagnóstico muitas vezes só surge depois de várias consultas. Os médicos de prontos-socorros têm uma taxa um pouco mais elevada de erros diagnósticos, enquanto os especialistas apresentam uma percentagem mais baixa. Isso não significa que os especialistas sejam médicos melhores, nem que os emergencistas sejam piores. A incerteza que ronda um diagnóstico – e, portanto, a probabilidade de erro – é maior quando um paciente se apresenta pela primeira vez com um problema – num pronto-socorro ou num serviço de atendimento primário. Quando os pacientes chegam ao especialista, boa parte da incerteza quanto a seu diagnóstico já se dissipou.

São muitas as maneiras pelas quais podemos errar um diagnóstico. Em capítulos anteriores, examinei de que forma cada elemento do processo de coleta de dados na medicina pode falhar, levando a desacertos no diagnóstico – coisas como recuperar a história clínica de maneira inadequada ou realizar um exame

físico ineficaz, ou sequer examinar o paciente. A interpretação errônea de um exame também pode desencaminhar o processo diagnóstico. Mas o tipo mais comum de erro diagnóstico – do qual vou tratar neste capítulo – talvez seja o que ocorre na cabeça do médico: o erro cognitivo, que chamo neste capítulo de raciocínio falho. (Quem tiver interesse em saber mais sobre esta importante questão deve ler o excelente livro de Jerome Groopman sobre o tema, *Como os médicos pensam*.)

Então, com que frequência um erro se deve ao raciocínio falho? Mark Graber, médico e pesquisador do Hospital de Veteranos de Long Island, Nova York, queria responder a essa pergunta. Ele reuniu 100 casos de erros médicos em cinco hospitais ao longo de cinco anos. Em cada caso, o prontuário foi examinado e, quando possível, os médicos envolvidos foram entrevistado até um mês depois da descoberta do desacerto. Eram erros graves. Em 90% dos casos, o erro fez mal aos pacientes; 33 deles morreram.

Graber dividiu os diagnósticos não detectados ou tardios em três categorias (as três se sobrepõem um pouco; não é de surpreender que a maioria dos erros diagnósticos se deva a múltiplos fatores). “Erros sem culpa” são equívocos que acontecem por fatores externos ao controle do médico que está fazendo o diagnóstico. Quando uma doença se apresenta de maneira incomum ou atípica – como quando uma pessoa idosa com apendicite tem febre, mas não apresenta dor abdominal – ou quando um paciente fornece informações incorretas – como num paciente com síndrome de Munchausen –, é possível que o diagnóstico passe despercebido ou só seja detectado tarde demais. Esta foi, de longe, a menor das categorias de erro diagnóstico, presente em apenas sete dos 100 casos.

Graber descobriu que nosso complexo e pouco coordenado sistema de saúde também contribui para os erros diagnósticos. Quando o resultado de um exame não era informado a tempo, ou se havia falhas ou problemas nos equipamentos, ele classificou os enganos diagnósticos daí resultantes como “erros do sistema”. Por exemplo, uma infecção do trato urinário talvez tenha passado despercebida porque transcorreu muito tempo desde o momento em que uma amostra de urina foi colhida até que foi levada à cultura. Ou uma pneumonia pode não ter sido percebida porque o setor de radiologia estava sobrecarregado e não pôde examinar uma radiografia urgente da forma correta. Esses erros foram relativamente comuns: mais de dois terços dos casos estudados por Graber estavam em parte ligados ao sistema de exames.

A questão na qual Graber estava mais interessado era a que ele chamou de “erros cognitivos”; aí se incluíam todos os enganos ligados ao médico. Em seu estudo, Graber atribuiu mais de um quarto de todos os equívocos cometidos, 28 dos 100, exclusivamente erros cognitivos. A metade de todos eles teve como

motivo uma combinação de falhas no sistema e raciocínio falho.

Graber subdividiu então a categoria de erros cognitivos. Qual aspecto da cognição havia falhado? Seria falta de conhecimento por parte do médico? Na maior parte das vezes, não. A falta de conhecimento fora o aspecto básico em pouquíssimos diagnósticos não detectados, e todos eles envolviam doenças raras. A falha na coleta de dados – uma história clínica inadequada, achados não percebidos no exame físico ou exames complementares mal-interpretados – foi um problema mais comum, presente em 14% dos erros diagnósticos. A síntese inadequada – dificuldade em reunir os dados coletados ao conhecimento –, por sua vez, participou de mais da metade dos diagnósticos incorretos ou tardios.[4]

No caso de David Powell, tanto o sistema como os médicos participaram do problema. Logo no início da doença, David foi a dois prontos-socorros diferentes. A transferência do prontuário médico de um PS a outro pode demorar bastante. Os médicos emergencistas sequer tentam obtê-lo, porque a chance de que consigam fazê-lo a tempo de ajudar o paciente é muito pequena. Assim, como David foi a um pronto-socorro diferente, a segunda visita, na verdade, foi uma reprise da primeira. E embora o paciente tenha dito ao médico que o atendeu no segundo PS que a possibilidade de ataque cardíaco – ou infarto agudo do miocárdio (IAM) – já havia sido descartada, por não ter o prontuário para confirmar essa informação, o médico preferiu repetir os exames, em vez de se arriscar a deixar passar esse importante diagnóstico.

Como o prontuário não estava disponível, o diagnóstico de David se atrasou. Graber definiria isto como erro do sistema. Claro que, num mundo ideal, o prontuário de um paciente sempre deveria estar disponível.

Mas os médicos do pronto-socorro também cometeram erros de raciocínio. Todos eles descobriram que o paciente não estava tendo um infarto, mas nenhum, a não ser o último, levou essa ideia à etapa lógica seguinte. Nenhum deles se fez a pergunta mais fundamental no diagnóstico: *o que mais isto poderia ser?* Como não a fizeram, o diagnóstico passou despercebido.

Eles talvez não conseguissem fechar o diagnóstico mesmo que se perguntassem isso. O diagnóstico diferencial da dor torácica é longo, e, embora este seja um sintoma muito bem descrito de anemia perniciosa, a doença em si é relativamente incomum. Mas eles sequer tentaram.

Na medicina, é como se ninguém desse ouvidos a nada do que vem depois das palavras “dor torácica”. Se você for um homem adulto com dor no peito, terá uma chance descomunal de acabar ganhando um bilhete para o que eu já ouvi ser chamado de “expresso do IAM”. Com muita frequência, lamentavelmente, essas palavras provocam uma série de ECGs, exames de sangue e até testes de esforço em busca de um ataque cardíaco – apesar de haver outros sinais, sintomas ou

exames complementares sugerindo um diagnóstico diferente.

Todos esses médicos praticaram o “fechamento prematuro” – um dos erros cognitivos mais comuns no processo diagnóstico. Isso ocorre quando um médico se aferra a um diagnóstico e “fecha as portas” para outros possíveis *antes* de reunir todos os dados que justificariam a escolha de um caminho em particular. No caso de David, o raciocínio dos médicos foi distorcido por dois fatores: o fato de os problemas cardíacos serem muito comuns no PS e as consequências potencialmente nefastas de um infarto (o que dá urgência e pressão ao trabalho diagnóstico). Os médicos ouviram David descrever o sintoma clássico de infarto do miocárdio – dor em aperto ou pressão no peito associada a falta de ar – e começaram a pedir testes e exames com o objetivo de esclarecer as suspeitas quanto à sua condição cardíaca. No fechamento prematuro, “o pensamento cessa quando um diagnóstico é feito”.[5] Anotaram-se os sintomas de fraqueza e dormência no prontuário em cada uma da consultas, mas eles não foram considerados separadamente, apesar de não fazerem parte da apresentação típica da dor torácica. Quando um “expresso do IAM” parte da estação, com muita frequência tudo o que não se encaixa – como a queixa de David sobre a perda de força – é deixado para trás.

Pat Croskerry é um médico emergencista que escreveu extensamente sobre o raciocínio diagnóstico. O cérebro, diz Croskerry, utiliza duas estratégias básicas ao tentar desvendar um problema. Um é o que ele chama de abordagem intuitiva. Essa abordagem “não analítica” funciona por meio da identificação de padrões. Ele a descreve como “o processo de estabelecer uma correspondência entre uma situação nova e um dentre vários exemplos que temos na memória, que podem ser acessados de maneira rápida e sem esforço. Em consequência disso, o esforço mental que um médico pode precisar fazer para reconhecer que um paciente está tendo um infarto talvez não seja maior que o de uma criança ao reconhecer que um animal de quatro patas é um cachorro”.[6]

Esse é o reconhecimento instantâneo do verdadeiro especialista, descrito por Malcolm Gladwell em seu livro *Blink: a decisão num piscar de olhos* – rápido, associativo, indutivo. Ele representa “o poder das fatias finas … de compreender situações com base na fatia mais fina da experiência”.[7] A intuição leva a um modo diagnóstico dominado pela heurística – atalhos mentais, máximas e regras gerais. Esse foi o modo diagnóstico usado pelos médicos emergencistas durante as primeiras visitas de David Powell ao pronto-socorro, com dor no peito e aquela estranha fraqueza.

Croskerry compara esse pensamento diagnóstico intuitivo quase instantâneo a uma abordagem mais lenta e dedutiva. Conforme a descrição de Croskerry, essa abordagem analítica é linear, um processo que segue regras e utiliza a lógica para

solucionar um problema. É o modelo Sherlock Holmes de pensamento diagnóstico.

Segundo Croskerry, o raciocínio diagnóstico ideal utiliza os dois modos: o intuitivo permite que os médicos experientes reconheçam o padrão de uma doença – seu script –, e o analítico aborda a pergunta essencial do diagnóstico – o que mais isto poderia ser? –, dando-nos ferramentas e estruturas que levam a outras respostas possíveis.

Para Christine Twining, a médica que afinal diagnosticou a anemia perniciosa de David Powell, não houve nenhum momento súbito de identificação de um padrão, nenhuma epifania ao ouvi-lo descrever os sintomas pela primeira vez. Uma coisa parecia clara: ele não tinha um ataque cardíaco. Christine notou o medo e a frustração do paciente. “David temeu que eu fosse mandá-lo para casa, assegurando-lhe que ele não tinha nada no coração, mas sem descobrir o que era. Mas não pude mandá-lo para casa; eu não fazia ideia do que ele tinha.”

Como a combinação de dor torácica, fraqueza e anemia não gerou qualquer reconhecimento instantâneo, Christine foi forçada a enfrentar o problema de modo sistemático, considerando os diagnósticos possíveis para cada um dos sintomas distintos e buscando uma abordagem mais lenta e racional diante daquele paciente – e que acabou por lhe dar a resposta.

Os dois modos de pensamento são essenciais na medicina. O grau percebido de incerteza que ronda um conjunto de circunstâncias é o que determinará qual dos dois será usado. Quanto mais certeza houver em relação a um conjunto específico, quanto maior for sua correspondência com alguma doença reconhecida ou recordada, maior será a probabilidade de utilizarmos a resposta intuitiva. O contínuo cognitivo da tomada de decisões, diz Croskerry, parte do informal/intuitivo, num extremo, para o calculado/analítico, no outro, e a natureza das tarefas parte do bastante simples para o complexo. “O segredo é utilizar a atividade cognitiva apropriada para cada tarefa específica.”[8]

Boa parte das pesquisas realizadas sobre os erros cognitivos se concentra na interpretação incorreta de informações médicas. No caso de David, os médicos que deixaram passar o diagnóstico de anemia perniciosa se concentraram apenas em poucos sintomas, ignorando a história de dormência e fraqueza, as anormalidades ao exame físico e até a anemia, por estarem preocupados em não deixar de perceber um ataque cardíaco. Mas os erros também podem surgir de interpretações de dados das quais não estamos cientes, graças a tendências e predisposições que trazemos conosco, adquiridos em nossa vida fora do hospital.

Parcialidade médica, justa ou não

“Doutora, meu joelho, está daquele jeito outra vez.” Vera Freeman apontou para o joelho vermelho e inchado quando entrei naquele quarto de hospital pequeno e mal-iluminado. Ela era uma mulher bonita, com tranças elegantes no cabelo, ornadas de contas reluzentes. “Na noite passada estava tudo bem”, contou. “Agora veja só.”

Duas semanas antes, ao acordar, o tornozelo dela – e não o joelho – estava inchado e dolorido. Vera não se lembrava de haver torcido a articulação. “Ele simplesmente estourou”, disse; então ela fez repouso por alguns dias, e o tornozelo melhorou. “Mas assim que ficou bom, meu punho inchou. Ficou grande e doía bastante. Comecei a ficar preocupada, mas ele também melhorou.” Na semana seguinte, porém, o joelho começou a inchar, e ela decidiu ir ao hospital. “É tão estranho. É como se eu tivesse um inchaço que não sabe onde parar quieto.” Vera me fitou atentamente, para ver se eu acompanhava sua história.

Ela ficou no hospital alguns dias, recebeu um antibiótico intravenoso, e depois a mandaram para casa com outro antibiótico a ser ingerido por via oral. Tomou os comprimidos por mais alguns dias, mas, assim que se sentiu melhor, esqueceu de tomar o resto. Agora a dor e o inchaço haviam voltado, e Vera queria saber por quê.

Ela falava de sua história com franqueza. Vera tinha HIV, diagnosticado três anos antes. A não ser por isso, se considerava bastante saudável. Não fumava nem bebia, mas confessava consumir crack “de vez em quando”. Não tinha filhos e vivia num apartamento com o namorado de longa data. Por vezes trabalhara como prostituta, o que a ajudava a comprar crack.

Ao exame, sua pele morena escura estava quente. Quando movi a articulação, ela soltou um gemido agudo de dor. Ao examinar delicadamente o joelho inchado, pude sentir que havia líquido se movimentando ali, parecia um balão de água firme e quente. A patela, ou rótula, estava separada da articulação que normalmente cobre; pude afundá-la por mais de dois centímetros antes de sentir o contato. Enquanto eu fazia o procedimento, fui montando um diagnóstico diferencial na cabeça. Uma articulação quente e inchada é algo comum na medicina, em geral causada por trauma, gota ou uma infecção. Mas aquela dor “errante” estava longe de nossa rotina. Nos livros-texto é conhecida como “poliartrite migratória” – isto é, uma artrite que caminha de articulação em articulação –, uma manifestação extraordinária de poucas doenças bastante comuns.

Esse tipo de artrite é com frequência associado à gonorreia (embora seja incomum até nesse caso), em que muitas vezes vem acompanhada de febre e erupção cutânea. A doença de Lyme também pode se manifestar dessa maneira,

assim como alguns vírus, como hepatite e até o HIV. Mas nenhuma dessas doenças parecia se encaixar. Havia outras possibilidades mais raras. A artrite reumatoide pode se apresentar assim, e também o lúpus.

Justin Thompson, o residente de primeiro ano que estava trabalhando comigo naquele mês, havia atendido Vera na internação anterior. Quando lhe perguntei a respeito dela, ele se pôs a checar, entediado, uma pilha de fichas que puxou dos bolsos. “Certo. A gente puncionou o joelho dela e fez cultura”, falou Justin, querendo dizer que haviam retirado líquido do joelho, o que poderia nos dar algumas pistas, e mandado parte do líquido, além de sangue e urina, para pesquisar provas de alguma infecção. “Eu achei que fosse gonorreia”, disse o residente secamente. “Não é do jeito que costuma aparecer, mas gonorreia sem dúvida pode causar isto.”

NA ARTE DO DIAGNÓSTICO MÉDICO, recorremos a um modo de pensar que poderia ser considerado discriminatório em outras situações. Os médicos se perguntam constantemente: uma condição em particular é mais comum em homens ou mulheres? Brancos ou negros? Jovens ou velhos? Dessa forma, eles reduzem as causas possíveis de certa doença em determinado paciente. A gonorreia, portanto, era o diagnóstico mais provável naquela mulher jovem, sexualmente ativa, que já havia trabalhado como prostituta. E, embora nenhum dos exames confirmasse a doença, tampouco a haviam descartado.

Mas ali estava ela outra vez, com o joelho gigantesco de tão inchado – de novo. Aquilo não fazia parte do perfil típico da doença, mas não foi motivo para deter o residente que trabalhava comigo. A tal ponto que ele já havia prescrito um antibiótico para tratar a suposta infecção de Vera. Como a paciente não tomara o primeiro antibiótico até o final, a doença só fora tratada em parte; portanto, ela precisava apenas de mais antibiótico. “É possível que o namorado dela tenha sido a fonte”, disse Justin, “e ela foi novamente exposta depois de tratada. Ou talvez tenha voltado para a rua.”

Todas essas ideias eram razoáveis, mas, para mim, estava claro que precisávamos de outras evidências para definir aquele diagnóstico pela segunda vez. Achei que deveríamos suspender o antibiótico até fazermos uma nova punção no joelho e repetirmos as culturas.

Também me interessei pelos resultados dos exames de sangue feitos na internação anterior de Vera. Encontrei um computador e busquei os laudos. Eram negativos para Lyme; negativos para hepatite; negativos para gonorreia e sífilis. Na verdade, só havia um conjunto de resultados positivos: os exames para pesquisar uma infecção recente por estreptococos, e mais vários outros exames consistentes com febre reumática. O problema é que esta é uma doença

incomum nesses tempos de antibióticos. Quando ocorre, é vista quase exclusivamente em crianças. É raro quem tenha ouvido falar de um caso desses num adulto. Mesmo agora, que Vera preenchia alguns critérios da doença, era difícil fazer o diagnóstico. Ela simplesmente não se encaixava no perfil.

Voltamos à paciente. Ela tivera alguma inflamação recente na garganta? Sim. Vera tivera dor de garganta poucas semanas antes, mas achou que era por causa do crack. Aquilo me convenceu. Agora estava claro que, por mais improvável que pudesse parecer, aquela jovem tinha febre reumática.

Quando voltamos para vê-la, ela estava vestida e pronta para ir embora. Seu joelho, que estava vermelho, quente e tomado por uma dor lancinante apenas 24 horas antes, havia melhorado consideravelmente sem qualquer intervenção. Marcamos para ela uma consulta com seu médico na semana seguinte. Vendo-a parada ali, com a bolsa na mão, tentei explicar o que era febre reumática e o que lhe poderia causar, mas ela não ouvia.

“Estou melhor”, anunciou, “então vou embora”. Entreguei-lhe as prescrições e a cumprimentei, depois a vi mancar pelo corredor, acenar alegremente da porta e desaparecer.

Há pouco tempo pude falar com o médico de Vera, que me contou que ela havia feito um ecocardiograma para procurar sinais de lesão no coração ou nas preciosas válvulas que direcionam o fluxo de sangue por este órgão. Tudo estava inteiramente normal. E fazia sentido. As lesões cardíacas são muito comuns em crianças com febre reumática; em adultos, a doença tende a causar dor articular, mas raras vezes provoca lesões cardíacas, que são mais graves.

O que não me saiu da cabeça foi a insistência daquele residente no diagnóstico de gonorreia mesmo que os exames não mostrassem essa afecção. Será que ele era simplesmente preconceituoso contra uma mulher que pertencia a um grupo discriminado, com um histórico de comportamentos não sancionados pela sociedade? Pode ser, mas acredito que o caso seja um pouco mais complicado.

À primeira vista, os pacientes podem pensar que, num diagnóstico, o ideal seria que o médico tratasse (e enxergasse) todos os seus pacientes de maneira idêntica – independentemente de cor, idade, sexo e condição socioeconômica. Não queremos que nossa imagem influencie a avaliação objetiva quanto a nossos problemas de saúde. Ainda assim, os médicos são obrigados a fazer exatamente isso. As doenças e enfermidades não obedecem aos nossos direitos iguais garantidos pela Constituição. As doenças *efetivamente* discriminam com base em raça, sexo, idade e até situação socioeconômica.

Para tomar um exemplo óbvio: a grande maioria dos pacientes com câncer de mama é formada por mulheres, portanto, o médico não estará errado se descartar esse diagnóstico de sua lista de prioridades quando confrontado com um

paciente homem que tenha um caroço no peito. Um exemplo menos óbvio é o de câncer da próstata: homens negros têm uma probabilidade bastante maior de contrair esse tipo de câncer que homens de outras raças – quatro vezes maior, de fato, que coreanos, e quase duas vezes maior que homens de ascendência europeia.[9] Portanto, se um negro se queixar de sintomas urinários, um bom médico aumentará automaticamente seu nível de suspeita quanto a câncer de próstata, baseado apenas na cor da pele do paciente. Na verdade, se o médico *não* levasse em consideração a raça ao pensar no diagnóstico, estaria cometendo uma irresponsabilidade.

Vendo-se a questão por esse lado, o preconceito do residente que se ateve à suspeita de gonorreia numa mulher com história de uso de drogas e prostituição não é tão alarmante. Usar drogas e ter múltiplos parceiros sexuais, afinal, são comportamentos legitimamente associados a um maior risco de doenças sexualmente transmissíveis. Assustador seria se o residente (ou qualquer outro) insistisse no diagnóstico de gonorreia com base *apenas* na cor da pele da mulher, em suas roupas ou algum outro aspecto de sua aparência ou comportamento que nada tem a ver com o risco de gonorreia.

Em outras palavras, para os pacientes, é interessante que os médicos sejam *legitimamente tendenciosos* em seu raciocínio e nas decisões tomadas ao se esforçarem por fechar um diagnóstico. Eles devem considerar qualquer associação conhecida que os ajude a determinar a causa de uma doença. Mas alguns diagnósticos podem passar em branco se os médicos usarem generalizações falsas ou descartarem possibilidades diagnósticas apenas por serem menos prováveis entre certo grupo ou população (por exemplo, “Isto não pode ser HIV porque o paciente é idoso”). A pesquisa tem demonstrado que as decisões médicas são moldadas por muitas das mesmas influências que distorcem outros aspectos da interação humana. De fato, segundo um grupo de pesquisadores, “apesar de seu treinamento ‘objetivo’, os médicos continuam a ser atores humanos, socialmente condicionados a se guiar por estereótipos de forma consciente ou não”.[10] Nesse sentido, as decisões médicas podem depender tanto de quem é o paciente quanto do que ele tem.

Estudos feitos na área das ciências sociais documentaram muitos fatores não médicos que influenciam as decisões médicas, entre eles características do paciente tais como idade, sexo, condição socioeconômica, raça ou etnia. Essas considerações podem ser importantes ao definirmos a prioridade atribuída a cada possibilidade diagnóstica. No entanto, demonstrou-se que certos elementos que não têm um significado médico evidente – como o fato de o paciente possuir ou não plano de saúde e de que tipo, ter uma personalidade positiva ou até ser fisicamente atraente – também influenciam o modo como os médicos tomam

decisões com relação ao diagnóstico e ao tratamento. Mesmo fatores que podem afetar a probabilidade de doença em alguns casos, como idade ou sexo, são irrelevantes em muitos outros.[11]

Um dentre os vários experimentos projetados para provocar essas influências em particular ilustra esse ponto.[12] Os pesquisadores gravaram em vídeo uma série de consultas entre médicos e pacientes, lançando mão de atores profissionais. Os "pacientes" masculinos e femininos receberam roteiros idênticos, a não ser por mudanças triviais no uso de pronomes pessoais e coisas assim, em que se queixavam de um conjunto de sintomas cardíacos. Os outros detalhes da apresentação também eram idênticos. Os pesquisadores recrutaram então 256 médicos atuantes nos Estados Unidos e no Reino Unido, que assistiram a um dos dois vídeos e depois tiveram de responder a uma série de perguntas sobre qual era a doença de que suspeitavam, que tratamentos ou recomendações sugeriam e assim por diante. A doença arterial coronariana (DAC) foi escolhida por ser a principal causa de morte em homens e mulheres, e, embora as taxas de mortalidade conforme a idade sejam mais altas em homens, existem duas vezes mais mulheres entre 45 e 64 anos com DAC não detectada ou "silenciosa", o que sugere que a incidência real entre homens e mulheres pode ser semelhante. Em outras palavras, estamos diante de um exemplo no qual os médicos *não* devem ser tendenciosos em suas decisões – neste caso, o sexo do paciente não deve pesar em suas decisões.

Os resultados do estudo, entretanto, demonstraram claramente a existência desse viés. Observou-se que o sexo do paciente teve uma influência importante em todos os aspectos da estratégia diagnóstica dos médicos; na quase totalidade das vezes mulheres receberam menos atenção que os homens ao se apresentarem com sintomas de DAC. Os médicos fariam mais perguntas aos homens que às mulheres (em média 7 e 5,7 perguntas, respectivamente) e realizariam exames mais completos em homens que em mulheres (5,1 contra 4,3 partes do corpo ou sistemas corporais examinados, respectivamente). A DAC foi citada como um diagnóstico possível mais para homens que para mulheres (95% e 88%, respectivamente), e os médicos disseram ter mais certeza do diagnóstico de DAC nos homens que nas mulheres, 57% contra 47%, respectivamente, numa escala de 0% (incerteza total) a 100% (certeza total).

Os autores da pesquisa concluíram: "Nossos achados indicam que as mulheres que se apresentam com sintomas de DAC estão em desvantagem nos serviços de atendimento médico primário. Os médicos lhes oferecem um procedimento de pesquisa diagnóstica menos completo que aos homens que relatam sintomas idênticos, e menos mulheres recebem prescrições apropriadas para o tratamento de DAC."

O impacto da parcialidade consciente ou inconsciente no raciocínio diagnóstico dos médicos se soma às demais complexidades de toda a relação entre médico e paciente. Os melhores médicos reconhecem suas vulnerabilidades e fazem um grande esforço para se recondicionar ou por monitorar o processo de seu raciocínio ao deparar com algum desafio diagnóstico.

O ÚLTIMO TIPO DE ERRO COGNITIVO de que quero falar é algo que a literatura sobre o tema costuma chamar de inércia diagnóstica. Trata-se de uma espécie de pensamento médico coletivo pelo qual, uma vez que um paciente recebe um rótulo diagnóstico, ele tende a se firmar cada vez mais. Na faculdade de medicina, os estudantes aprendem que não devem aceitar de pronto um diagnóstico atribuído a um paciente; temos de reavaliar pessoalmente as informações antes de aceitarmos ou às vezes rejeitarmos o diagnóstico. Somos ensinados, como o ex-presidente Ronald Reagan tantas vezes alertou (num contexto muito diferente), a "confiar, mas checar". Em vez de aceitarem um diagnóstico prévio, supõe-se que os médicos deveriam recomeçar do zero, refazendo o raciocínio por conta própria. Isso é algo fácil de dizer, mas difícil de ser posto em prática.

Se um médico estiver cansado ou com pressa, é muito menos provável que dedique tempo para rever todos os resultados de exames e outras informações que geraram o diagnóstico. Mesmo que se dedique a isso, é difícil não cair no mesmo modelo de doença – potencialmente errado ou não – já definido pelos que viram o paciente antes. No entanto, esse esforço adicional às vezes pode valer muito a pena.

O último recurso médico

Graciela Moity falava em voz lenta, rouca e trêmula. Parecia abatida, desanimada. "Eu me lembro do dia em que tudo começou", contou. "Foi pouco mais de um ano atrás. Eu acordei, e minhas pernas pareciam estar pegando fogo."

Ela falava com o dr. David Podell – o último de uma série de médicos que a avaliaram desde o dia em que ela acordara com essa dor. Os três médicos anteriores não tinham conseguido desvendar o problema. O melhor palpite deles era esclerodermia, doença causada pela hiperprodução de um dos componentes do tecido conjuntivo, o colágeno. Os sintomas da paciente não se encaixavam muito bem, mas a doença às vezes podia se manifestar de forma atípica. Graciela foi encaminhada ao dr. Podell para que este confirmasse o diagnóstico e tratasse esse raro transtorno autoimune.

Com anos de experiência nas costas, David sabe que, quando um paciente já passou por um bando de especialistas antes de chegar à nossa porta, temos de abordar o caso com uma disposição mental diversa – com diferentes pressupostos. Já sabemos, por exemplo, que, o que quer que o paciente tenha, nada será óbvio. Talvez seja uma doença incomum, mais conhecida por especialistas – como esclerodermia –, ou a apresentação rara de uma doença mais comum. De qualquer forma, não será nada trivial. Nessas situações, David sabia que deveria começar do zero, mesmo que a paciente se apresentasse com um diagnóstico já pronto. Assim, pediu a ela que continuasse sua história, desculpando-se, pois sabia que já a havia contado muitas e muitas vezes no último ano.

Graciela relatou que, até aquela manhã, cerca de um ano antes, sempre fora saudável. Mas a dor ardente que sentia nas pernas agora estava tão intensa que ela mal conseguia caminhar. Também tinha fraqueza – em especial na perna esquerda. Graciela foi a seu médico de sempre, mas ele não soube o que dizer daqueles sintomas e encaminhou-se para um neurologista. Este a examinou, pediu uma dezena de exames de sangue e solicitou uma TC do crânio e da coluna antes de mandá-la de volta ao clínico geral, ainda sem diagnóstico.

Graciela passou então a ter tosse. Geralmente era uma tosse seca e irritante, mas ela tinha tossido sangue uma ou outra vez. Há pouco passara a sentir falta de ar ao realizar qualquer esforço, por menor que fosse. Naquela manhã, contou ao dr. Podell, ela tivera de parar para descansar durante a curta caminhada que levava do estacionamento ao consultório. O clínico de Graciela a mandara a um pneumologista, pois seus pulmões pareciam afetados. Ele pediu uma radiografia de tórax, depois uma TC, novos exames de sangue e até uma biópsia. A radiografia de tórax mostrou que os pulmões tinham sido afetados. Nas áreas normalmente pretas da imagem, correspondentes ao tecido pulmonar cheio de ar, havia manchas brancas, pálidas. A biópsia acusou inflamação, mas nada mais específico. O médico não sabia ao certo o que era aquilo. Fez um teste, tratando-a com diferentes antibióticos. Por fim, mandou-a de volta ao clínico geral, sugerindo a possibilidade de esclerodermia.

O clínico acabou por mandá-la a Podell, que é reumatologista – um especialista em doenças do tecido conjuntivo. Como esse tipo de tecido está presente em todo o organismo, doenças complexas, que afetam múltiplos sistemas, são o feijão com arroz dos reumatologistas.

A paciente era uma mulher magro; seu cabelo preto, liso e volumoso, tinha algumas mechas grisalhas. A pele de Graciela era clara, mas seus olhos estavam inchados de cansaço. E, apesar dos 52 anos, ela parecia mais velha. Ao examiná-la, David Podell encontrou poucos sinais evidentes de doença. Apesar da tosse e

dos problemas respiratórios, os pulmões pareceram limpos quando os auscultou. Ela tinha uma fraqueza leve no quadril esquerdo, mas, a não ser por isso, suas articulações, pele e músculos estavam normais.

David entendeu por que os médicos anteriores haviam ficado intrigados. Os sintomas de Graciela sugeriam uma doença que envolvesse o sistema nervoso e o sistema pulmonar – combinação incomum. Embora a esclerodermia pudesse afetar tanto o tecido nervoso quanto o muscular, Graciela não tinha a tradicional pele espessa, característica da doença. Seria uma forma atípica de esclerodermia? Ou algo completamente diferente?

Poderia ser síndrome de Sjögren, uma doença na qual o sistema imune ataca indevidamente as glândulas produtoras de líquidos do organismo? Esta síndrome pode afetar os pulmões e às vezes se espalha para o sistema nervoso. Os pacientes em geral se queixam de dor nos olhos ou boca seca, e Graciela comentara que sua boca estava seca.

David pediu exames de sangue para pesquisar a síndrome de Sjögren. Ele tranquilizou a paciente, dizendo que faria o máximo para descobrir o que ela tinha, mas que isso ainda levaria algum tempo. Com um olhar abatido, Graciela Moity marcou uma nova consulta dentro de duas semanas e caminhou pesadamente em direção ao estacionamento.

David queria examinar a longa história médica da paciente, em particular os exames e resultados pedidos pelos outros médicos. Ele não lia os prontuários antes da consulta em casos complicados, pois sentia que era importante reunir as informações sem qualquer noção preconcebida sobre o que havia de errado com a pessoa. No final do dia, David pegou o grosso prontuário de Graciela e examinou página por página. Quando o médico é o último de uma longa série de profissionais, uma de suas funções mais importantes é reavaliar cada peça do quebra-cabeça com um novo olhar, questionando cada hipótese e conferindo os laudos dos exames. Em casos complexos como aquele, a resposta às vezes já está ali, à espera de alguém que a perceba.

Já haviam feito uma longa série de exames de sangue em Graciela. Vários indicavam um processo inflamatório, mas nenhum identificava a causa. A paciente também se submetera a ressonâncias magnéticas do crânio e da coluna, além de uma TC de tórax. David se interessou em particular pela TC de tórax, que mostrava algo que ele não poderia detectar no exame físico: manchas pálidas e turvas que ocupavam toda a área dos pulmões. Ele não era especialista na interpretação de TCs, portanto pediu a um radiologista que desse uma olhada. Mas o colega apenas confirmou o que David já percebera: áreas esbranquiçadas mostravam a presença de líquido nos dois pulmões. Etiologia: desconhecida.

A paciente também fizera uma biópsia pulmonar. O laudo do patologista dizia

haver evidências de inflamação, porém, assim como os exames de sangue, não dava indicação alguma da causa. Mais uma vez, David buscou a opinião de um especialista – neste caso, do patologista Tom Anderson. David e Tom se sentaram diante de um microscópio duplo no laboratório de patologia, examinando as lâminas que continham o tecido colhido para a biópsia. Tom Anderson concordava que a primeira lâmina mostrava sinais de inflamação extensa, e nada mais. Ao passar para a segunda lâmina, Tom disse novamente que via ali uma grande inflamação. De repente parou. Girou depressa as lentes do microscópio para amplificar a imagem sobre um grupo de células amontoadas, de aparência bastante diferente das outras ao redor.

"Isso parece um granuloma", falou.

Essas formações celulares características são grupos de células gigantes, de tamanho até cem vezes maior que o das células normais. Só são encontradas nos pulmões em poucas doenças – sobretudo sarcoidose e tuberculose. David quase soltou uma gargalhada. Afinal, haviam encontrado uma agulha no palheiro. Ele pegou o telefone e ligou para a paciente.

"Já sei qual é o problema", informou-lhe. "Posso explicar tudo."

David disse a Graciela que quase com certeza o culpado era a sarcoidose, doença crônica misteriosa caracterizada pela inflamação de tecidos, que muitas vezes apresentam a rara coleção de células conhecida como granuloma. A doença em geral afeta os pulmões; no entanto, em um terço dos casos, pode atacar outras partes do corpo, inclusive (raramente) o sistema nervoso. David explicou a Graciela que ela precisaria fazer um exame contra tuberculose, que também pode provocar granulomas, mas ele tinha bastante certeza de que o problema não era esse. Ela não apresentava nenhum dos sintomas habituais da tuberculose, como suores noturnos, perda de peso ou febre. Não, disse David, há uma chance enorme de que seja sarcoidose.

David prescreveu um corticoide chamado prednisona, um medicamento anti-inflamatório muito potente. A respiração de Graciela melhorou quase de imediato, e a tosse desapareceu. Poucos dias depois ela já conseguia subir e descer escadas, algo que não era capaz de fazer havia mais de um ano. As lesões nos nervos das pernas precisariam de um tratamento mais longo e talvez não fossem completamente reversíveis, mas o diagnóstico estava claro. Com os tratamentos eficazes de que dispunham, a perspectiva de uma recuperação completa era excelente.

O DR. DAVID PODELL NEM SEMPRE fora um ótimo diagnosticador. Antes, não se preocupava tanto em checar e conferir o trabalho dos outros médicos que já houvessem cuidado de algum paciente em particular. Ele aprendeu essa

importante lição sobre o diagnóstico, e muitas outras, no decorrer de sua longa carreira. E isso, afinal, é o que nos dá a confiança de que outros médicos e profissionais da saúde podem evitar e até eliminar os erros cognitivos que encontramos neste capítulo. Sim, os médicos são seres humanos e, portanto, suscetíveis a prejulgamentos, perspectivas distorcidas e dificuldades de compreensão. Mas podem aprender com os próprios erros, superar preconceitos interiorizados e se proteger contra as falhas de raciocínio que, em outras profissões, significariam apenas um incômodo.

Lembro-me de um momento bastante vergonhoso durante a minha formação. Eu estava no terceiro ano da faculdade. Um médico mais experiente me passou uma tarefa bastante simples: intubar um paciente inconsciente. Intubar está para a medicina assim como ferver água está para a culinária – é uma das técnicas mais básicas que podemos imaginar. E eu fiz tudo errado. Como a traqueia (o tubo por onde passa o ar) e o esôfago (o tubo pelo qual passam os alimentos) se dividem no fundo da garganta, é relativamente fácil inserir o tubo para respiração artificial no esôfago. Esse equívoco pode ser fatal. Os estudantes, portanto, várias vezes são treinados a auscultar os pulmões para detectar o som da passagem de ar após a inserção do tubo. Se, por acidente, colocarmos o tubo no estômago, não haverá ruído nos pulmões. Quando auscultei os pulmões e ouvi aquele silêncio terrível, notei que havia cometido um erro básico. Sob o olhar atento do meu supervisor, retirei o tubo e tentei de novo, sentindo-me extremamente envergonhada. Mas o médico não se mostrou irritado nem decepcionado. E jamais me esqueci do que ele disse a seguir. “Intubar o esôfago não é vergonha alguma”, falou. “O que é realmente vergonhoso é não checar nem perceber o erro.”

O que ele estava dizendo era que os erros em si são inevitáveis. Sempre acontecerão equívocos – todo tipo de equívoco, do técnico ao cognitivo. Mas isso não significa que devamos nos considerar incapazes e desistir. O segredo é projetarmos nossos sistemas, procedimentos, protocolos e até nossos processos mentais de modo a minimizar os erros e a detectá-los sempre que forem cometidos.

A medicina não é a única área em que os erros podem ser fatais. As companhias aéreas, apenas para tomar um exemplo, tiveram de instituir muitos sistemas para prevenir e detectar falhas humanas. Nos anos 1930, depois de um acidente no qual um piloto de testes e um tripulante morreram em razão do erro que o piloto cometeu, a Força Aérea respondeu exigindo que todo piloto e copiloto percorressem uma lista de itens a ser verificados antes de cada voo.[13] A taxa de acidentes despencou, e a verificação acabou por se tornar uma prática habitual entre pilotos militares e comerciais. Hoje, as companhias aéreas exigem

que os pilotos e a tripulação repassem o plano de voo logo antes da decolagem. Isso é feito em grupo, e qualquer membro da tripulação, do piloto aos comissários de bordo, podem comentar qualquer problema que notem ou prevejam. Os pilotos e a tripulação fazem exercícios sobre procedimentos de segurança a serem executados diante de uma grande variedade de problemas, muitas vezes usando simuladores de voo para tornar a experiência o mais real e proveitosa possível. Essas etapas básicas fazem parte de um movimento mais amplo que melhorou drasticamente a segurança das viagens aéreas.[14]

Nos Estados Unidos, existe uma iniciativa nacional com o objetivo de eliminar muitos dos desacertos na medicina pela implementação de vários níveis de verificação para detectar erros antes que ocorram. Inúmeras das estratégias concebidas pelas companhias aéreas foram adaptadas e adotadas por hospitais e centros cirúrgicos de diversas regiões do país. Existe, por exemplo, a tentativa de fazer com que os cirurgiões chequem, com a equipe, uma lista de itens antes de cada cirurgia.[15] Antes de cada operação, a equipe se reúne e qualquer pessoa, do anestesista ao instrumentador, pode comentar qualquer problema percebido ou previsto. Um estudo recente do *New England Journal of Medicine* mostrou que o uso de uma lista de 19 itens de segurança a serem verificados reduziu a mortalidade em quase 50%, e a taxa geral de complicações, em um terço. Outra pesquisa mostrou que o uso de uma lista de verificação antes de certos procedimentos na UTI também pode reduzir os erros médicos em 80% e salvar vidas.[16]

Essas iniciativas se dirigem sobretudo aos erros do sistema – situações como a administração de uma droga errada ou a transfusão de um tipo sanguíneo incompatível. Ou a amputação da perna errada. Esses foram os erros identificados no relatório *Errar é humano*, do Instituto de Medicina (IOM, na sigla em inglês) dos Estados Unidos, publicado em 2000. Os hospitais estão na linha de frente desse movimento, e existe uma iniciativa dedicada a punir os que demorarem a corrigir os problemas.

Os erros diagnósticos, no entanto, não estão incluídos nesse trabalho. De fato, quando um pesquisador investigou o texto do relatório do IOM, o termo “erro na medicação” apareceu 70 vezes, mas a expressão “erro diagnóstico” só apareceu duas. E isso ocorreu embora o estudo no qual o relatório se baseou tivesse revelado que os erros diagnósticos eram responsáveis por 17% de todas as incorreções cometidas.

As pesquisas sobre as causas e soluções dos erros diagnósticos estão apenas engatinhando. A maior parte dos estudos da área tem como objetivo abordar uma das limitações cognitivas mais fundamentais com as quais os médicos devem lidar: a capacidade limitada do nosso próprio cérebro. O conhecimento médico

se tornou tão amplo que nenhum ser humano é capaz de absorvê-lo por inteiro – por mais experiência e pacientes que se tenha, por mais livros que se leia, por mais revistas científicas que se acompanhe. Alguns tipos de erros cognitivos têm suas raízes nessa limitação – não podemos enxergar o que não sabemos que devemos procurar. E, mesmo que conheçamos uma doença, talvez não pensemos nela se um paciente se apresentar com sintomas incomuns.

Uma solução óbvia para esse dilema é fazer com que os médicos complementem seus computadores neurais pessoais com computadores de fato, que não se cansam, não se confundem e têm uma capacidade de memória muito maior que a de qualquer cérebro humano. Porém, como veremos, contrariando o que muitos profissionais médicos acreditaram um dia, não tem sido nada fácil implementar essa solução tão “óbvia”.

10. Diagnóstico digital

EM 1976, PETER SZOLOVITS TEVE UMA VISÃO DO FUTURO. Ele acabava de concluir o doutorado em ciência da informação no Instituto de Tecnologia da Califórnia, o Caltech. Estava na vanguarda da informática. E Peter acalentou um sonho: unindo a capacidade do médico de reunir informações à memória e processamento de dados quase ilimitados do computador, poderíamos atingir uma precisão sem precedentes na arte do diagnóstico.

Peter Szolovits chegou à maturidade intelectual numa época de grande otimismo quanto à capacidade dessas invenções maravilhosas. Era o despertar da era dos computadores. Os microcomputadores estavam na crista da onda. Eles tinham o tamanho de uma mesa – muito menores que os grandes *mainframes*, do tamanho de uma sala inteira, que haviam representado a alta tecnologia do período anterior. O computador pessoal – que pudesse ser usado por pessoas comuns, dentro de casa – era apenas um sonho numa garagem em Palo Alto. Os dados ainda eram armazenados em enormes rolos de fita eletromagnética. As recém-inventadas unidades de disco, que tinham o tamanho de um LP, eram maravilhas da tecnologia de armazenamento de dados, pois suportavam sete megabytes de informação.

A capacidade dos computadores de armazenar cada vez mais informações parecia corresponder perfeitamente às demandas da medicina, em particular às dificuldades do diagnóstico médico. Era evidente que o conhecimento médico também crescia de maneira exponencial. Num artigo escrito em 1976, um grupo de médicos que trabalhava numa simulação computadorizada da “cognição clínica” estimou que um profissional médico armazena e utiliza no mínimo dois milhões de fatos médicos.[1] Estava claro que essa montanha de conhecimentos só iria crescer com o tempo. Para Peter Szolovits, o uso de um “cérebro” eletrônico para auxiliar os cérebros humanos na função tantas vezes problemática de diagnosticar doenças parecia ser um objetivo lógico e tecnologicamente factível.

Nessa época de grande entusiasmo, Peter iniciou uma série de conversas com médicos, buscando colaboração para projetar um computador que os auxiliasse a suprir as demandas do universo do conhecimento na área, que se encontravam

em rápida expansão. Ele ficou surpreso com a reação que obteve. Uma conversa com um médico muito experiente e bastante conceituado de um hospital universitário foi marcante. Depois de ouvir Peter descrever a possibilidade, por exemplo, de digitarmos um conjunto de sintomas num computador, que geraria então uma lista de diagnósticos prováveis, o médico o interrompeu.

"Meu filho", disse ele, erguendo as duas mãos na frente de Peter, "estas são as mãos de um cirurgião, não de um datilógrafo". Então deu meia-volta e foi embora.

Aquela foi uma indicação precoce de que o uso dos computadores no diagnóstico médico talvez não fosse tão simples e direto quanto Peter havia imaginado.

Passemos para 30 anos depois.

Em 2006, Peter Szolovits já era professor titular do MIT, o Instituto de Tecnologia de Massachusetts. Ele é um homem energético, de barba grisalha, que mal apresenta sinais de ter chegado à meia-idade, e lidera um grupo do MIT dedicado a projetar computadores e sistemas de inteligência artificial para solucionar problemas ligados ao diagnóstico e às decisões médicas. No segundo semestre de cada ano ele compartilha suas ideias e visões de mundo num seminário chamado Suporte às Decisões Biomédicas, apresentado aos alunos de pós-graduação. Eu havia lido um pouco sobre esse curso e queria ver como seria o futuro dos softwares diagnósticos.

Visitei-o no final do semestre, quando os alunos apresentam seus projetos de conclusão de curso. Sentada numa cadeira de plástico dura, na sala de aula, observei a passagem dos slides no PowerPoint, acompanhados por explicações rápidas e cheias de abreviaturas. Um grupo apresentou uma nova técnica para procurar "pistas interessantes" em meio a enormes bases de dados; outro apresentou uma interface de fácil manuseio para um programa de prontuários médicos eletrônicos on-line; um terceiro grupo apresentou um programa que reforça a privacidade das informações extraídas de testes genéticos. Um dos grupos excedeu seu tempo de 15 minutos ao descrever um programa elegante, dedicado a identificar interações potencialmente perigosas entre medicamentos, que funcionava de modo mais eficaz que o programa hoje tido como o mais avançado na área.

Todos os projetos pareciam melhorar ou expandir as fronteiras de um ou outro aspecto do atendimento médico. De fato, depois das apresentações, Peter conversou com a equipe que havia criado o programa de interações medicamentosas, pois, além de dar a impressão de ser publicável, talvez fosse algo que os alunos pudessem transformar numa oportunidade comercial.

E ainda assim, faltava alguma coisa. Apesar do título do curso, nenhum dos

projetos abordava a questão que parecera tão atraente a Peter 30 anos antes – aprimorar o diagnóstico clínico pelo uso dos computadores.

Em sua sala, após a aula, Peter se reclinou na cadeira, pensativo.

"Trinta anos atrás, achamos que poderíamos identificar todas as melhores práticas clínicas, criar um sistema que tornasse o diagnóstico mais rápido e fácil, e levá-lo aos médicos por meio de um computador", disse ele. Há 20 anos ele escreveu um artigo para a revista *Annals of Internal Medicine* proclamando que as técnicas de inteligência artificial acabariam por fazer com que o computador ganhasse uma função importante como consultor especializado do médico. E hoje? Peter suspirou. "O que estamos vendo é que isso é simplesmente impossível." Talvez fosse uma ideia interessante, mas não há mercado para ela. Os médicos não estão interessados em comprar um produto assim, e as empresas não estão interessadas em projetá-lo e construí-lo. "Em vez de fazermos com que os médicos regulares cheguem a se tornar superdiagnosticadores, a ênfase e a atenção se voltaram para fazer com que os médicos que se encontram abaixo da média atinjam um nível hoje considerado aceitável e evitar que até mesmo os bons médicos cometam erros realmente tolos. Isso acaba por trazer maiores benefícios aos pacientes. Além do mais, são produtos com maior viabilidade financeira."

Peter citou alguns dos principais motivos pelos quais, ao fazer um diagnóstico, os médicos ainda confiam em seu próprio cérebro e no de seus colegas, em vez de utilizarem um apoio computadorizado.

Em primeiro lugar, os computadores não têm como reunir eles próprios as informações sobre o paciente. As máquinas são ótimas no processamento de dados, mas não para recolhê-los. Os médicos devem coletar os dados e inseri-los no programa. E os programas em si não facilitam esse processo. Existem muitas maneiras de descrever os sintomas de um paciente e os achados do exame físico, mas a maioria dos computadores não tem capacidade linguística suficiente para nos entender. O que nos resta são menus contendo todas as variações possíveis de cada sintoma, ou acabamos por utilizar termos que o computador simplesmente não reconhece.

Também existem dificuldades técnicas. Médicos, laboratórios e hospitais utilizam programas diferentes. Nenhum sistema, por si só, pode servir como interface para reunir a enorme variedade de programas utilizados para armazenar dados sobre os pacientes. Mais uma vez, o médico deve inserir os dados se quiser que estes sejam considerados. Há também dificuldades financeiras. Quem irá pagar para que o médico ou o hospital invistam nesse tipo de programa? Peter observou que os hospitais não são reembolsados por *entender* coisas, e sim por *fazer* coisas.

A maior dificuldade, contudo, talvez esteja em convencer os próprios médicos a utilizar esse tipo de programa. Quando um médico é confrontado com um quadro clínico confuso, muitas vezes é mais fácil fazer o que sempre fez – pedir ajuda de seus pares.

Por essas razões, e muitas outras, a comunidade médica ainda não adotou qualquer sistema de apoio computadorizado ao diagnóstico em particular. O sonho de um sistema informático que saiba "pensar" melhor, com maior rapidez e de maneira mais abrangente que qualquer médico ainda não se concretizou. Apesar de todas as suas limitações, os seres humanos bem-treinados ainda são incrivelmente eficazes na tarefa de avaliar um problema, eliminar depressa as informações irrelevantes e se concentrar numa decisão "boa o suficiente".

Foi por isso que os enxadristas resistiram tanto tempo a jogar contra adversários cibernéticos cuja memória e capacidade de processamento estavam muitas ordens de grandeza acima daquelas do cérebro humano. Os homens concebem atalhos mentais ao tomar decisões e chegar a conclusões, o que é simplesmente impossível para os computadores. Além disso, somos bons demais na identificação de padrões – no xadrez, jogadores bem-treinados são capazes de avaliar o tabuleiro por inteiro e formular um palpite, uma intuição quanto a possíveis ameaças e oportunidades.

Passaram-se várias décadas e foram gastos milhões de dólares até o surgimento de um computador que fosse tão bom quanto um ser humano no jogo do xadrez. Este é um jogo complexo, que requer um raciocínio superior, mas ainda assim é bidimensional e se baseia em regras claras e fixas sobre a utilização das peças, regras que nunca se alteram. O diagnóstico de seres humanos, por outro lado, é quadridimensional (engloba as três dimensões espaciais e a quarta dimensão do tempo), *não* tem regras imutáveis e envolve "peças" (corpos) que nunca são exatamente iguais.

Além disso, claro, os seres humanos têm um conjunto de ferramentas diagnósticas que os computadores talvez jamais possam igualar – cinco órgãos dos sentidos independentes e maravilhosamente poderosos. Com um breve olhar, o médico pode absorver e processar quase de imediato uma enorme quantidade de informações sobre um paciente – sua postura, tom da pele, tipo de contato ocular, aroma, características da voz, higiene pessoal e pistas ou indicações tão sutis que desafiam a descrição verbal. Um computador, por outro lado, só trabalha com palavras e números digitados por um ser humano, que representam de forma inadequada um paciente vivo, pensante e imensamente complicado.

APESAR DESSAS DIFICULDADES, Peter Szolovits foi um dos pioneiros na tentativa de projetar programas de computador para diagnosticar afecções médicas.

Dezenas de protótipos foram criados e testados em laboratório. A maioria deles, porém, fracassou quando os profissionais da informática tentaram ampliá-los, levá-los ao ambiente clínico e lucrar com eles. Os computadores não tinham a memória e a velocidade de processamento necessária para tornar grandes bases de dados rapidamente utilizáveis. Até o advento da web, os programas tinham de ser distribuídos por meio de disquetes, por conexões discadas ou então dentro de um computador especializado. Todas essas dificuldades reduziram o ímpeto dos profissionais da área.

Nem os sistemas que adotaram os avanços tecnológicos mais recentes foram muito bem-sucedidos. Exemplo disso foi uma das primeiras tentativas de utilizar os computadores para aprimorar o diagnóstico. Em 1984, uma equipe de cientistas do Laboratório de Ciência da Computação do MIT se uniu a um grupo de médicos do Hospital Geral de Massachusetts, que fica bem em frente, do outro lado do rio. Eles trabalharam por dois anos para criar um sistema eletrônico de referências médicas e um sistema de apoio ao diagnóstico. O programa foi lançado em 1986, com o nome DXplain, e continha uma base de dados com informações sobre 500 doenças. Em 1987 começou a distribuição nacional do programa, com uma base de dados ampliada para cerca de duas mil doenças, por um precursor da internet – uma rede especializada de computadores que usava o acesso discado. Entre 1991 e 1996, o DXplain também foi distribuído numa versão independente que podia ser instalada em qualquer PC. Desde 1996, o acesso a uma versão on-line substituiu todos os métodos anteriores. O programa foi expandido continuamente ao longo dos anos, estando agora disponível para cerca de 35 mil profissionais médicos, quase todos em faculdades de medicina e hospitais universitários, onde é usado como ferramenta educacional.

O DXplain e outros programas de apoio ao diagnóstico de primeira geração empregam compilações de informações sobre síndromes e doenças com seus sinais, sintomas e achados laboratoriais característicos. Os usuários inserem as informações sobre seus pacientes selecionando um menu de opções, e os programas recorrem à lógica bayesiana ou aos algoritmos de reconhecimento de padrões para sugerir possibilidades diagnósticas.

“Nos anos 1980, se fez um grande trabalho sobre o uso de computadores na solução de problemas diagnósticos, mas, na década de 1990, esse esforço começou a definhar”, diz Eta Berner, professora de Informática da Saúde na Universidade do Alabama. Ela talvez seja uma das responsáveis por esse definhamento. Em 1994, a pesquisadora e um grupo de outros 13 médicos testaram quatro dos programas mais utilizados, publicando seus resultados num artigo do *New England Journal of Medicine*.[2] O grupo reuniu pouco mais de 100

casos difíceis com especialistas de todo o país. Eles inseriram então os dados sobre os pacientes nas quatro bases de dados. Os quatro programas diagnosticaram corretamente 63 dos 105 casos incluídos no estudo. De modo geral, os programas geraram o diagnóstico correto entre 50% e 70% das vezes – um desempenho apenas passável, na melhor das hipóteses.

Os autores do estudo concluíram que os programas testados poderiam ter alguma utilidade em situações clínicas: “Os profissionais que desenvolveram estes sistemas querem que os programas sirvam para propor diagnósticos aos médicos, recordando-lhes opções que talvez não tenham sido consideradas, ou incitando seu raciocínio quanto a possibilidades diagnósticas relacionadas.” Mas, como mostrou a pesquisa, os programas muitas vezes não fornecem as respostas que os médicos estão buscando.

“Essa área ficou um tanto estancada por algum tempo”, explicou Eta Berner, mas depois acrescentou: “Agora está ganhando velocidade outra vez”.

Consultando um sistema especializado

Uma das dificuldades dos sistemas de diagnóstico computadorizado como o DXplain é o fato de que tentam cobrir todas as áreas da medicina. Desenvolveram-se outros programas sob a forma de “sistemas especializados”, utilizados pelos médicos em casos que apresentam uma dificuldade diagnóstica particular.

O dr. Frank Bia é diretor médico da AmeriCares, organização de ajuda humanitária internacional. Ele também é especialista em doenças infecciosas – em particular, doenças tropicais – e até pouco tempo era professor de medicina em Yale. O dr. Bia utiliza um programa chamado Gideon (sigla em inglês para Rede Global de Doenças Infecciosas e Epidemiologia) quando atende pacientes enfermos que regressaram há pouco de outros países. Não muito tempo atrás, ele descreveu um caso no qual o Gideon forneceu indicações para um diagnóstico muito difícil.

Nas primeiras horas da manhã, uma mulher de 21 anos gemia baixo na cama do hospital. Ao lado dela, um frasco gotejava soro em seu braço delgado. Sua mãe estava sentada ao lado da cama, com as roupas elegantes amassadas, por causa da longa vigília, e o rosto marcado pelo cansaço.

A jovem havia sido levada tarde da noite ao pronto-socorro daquele pequeno hospital em Connecticut, pálida e febril. “Ela está assim há duas semanas”, disse a mãe ao jovem médico que entrou no quarto. “E ninguém consegue descobrir por quê.”

Sua filha sempre fora muito saudável. Recentemente, passara um mês fazendo

uma pesquisa na África, e não tivera qualquer problema de saúde. Somente duas semanas depois de voltar à universidade, a jovem começou a se sentir quente e suada. O mero ato de ficar em pé a deixava tonta. Depois de um bom cochilo, ela se sentiu um pouco melhor, mas no dia seguinte se deu conta de que estava com febre, por isso foi à enfermaria.

"Eu falei a eles que achava que era malária", explicou a paciente ao médico, numa voz quase inaudível. "O professor nos falou que era comum no lugar onde estávamos, na Tanzânia." Ela não tomara regularmente o medicamento preventivo enquanto esteve na África. A enfermeira da escola achou que talvez fosse uma gripe. Mas, como a jovem não melhorou nos dias seguintes, encaminhou-a ao especialista em doenças infecciosas da cidade. Talvez fosse realmente malária. Como ela estivera numa área fortemente afetada por essa doença, transmitida por mosquitos, o especialista lhe prescreveu uma semana de quinino e doxiciclina.

A jovem tomou os remédios por sete dias, mas não melhorou. Nos dias seguintes, passou a ter uma tosse tão violenta que lhe provocou vômitos. Sentia uma dor abdominal que lhe causava dificuldade até para ficar em pé. E uma diarreia terrível. Na próxima seguinte em que foi à enfermaria, tiveram de chamar uma ambulância para levá-la a um hospital ali perto.

O dr. Fadi Hammami, o médico que estava de serviço aquela manhã, escutou a história da paciente em silêncio. Ele me contou depois: "Eu não queria deixar passar o diagnóstico. Ela provavelmente pegara alguma coisa na África; eu só tinha que descobrir o quê."

Deitada na maca, a paciente estava magra e pálida; sua pele parecia muito esticada sobre a face. Ela tinha uma temperatura de 38,9°C. Sua pressão estava baixa, e o coração batia rápido e com força. Apresentava sons intestinais normais, e, embora sua barriga estivesse dolorosa à palpação, o médico não notou nada fora do comum.

Fadi Hammami checou então os resultados dos exames laboratoriais pedidos naquela manhã. A contagem de leucócitos da jovem estava elevada, o que indicava uma infecção. Alguns dos leucócitos estavam aumentados, e seus núcleos tinham um formato irregular. Outro achado nos exames de sangue intrigou o médico: quase metade dos leucócitos era de um único tipo de célula dedicada ao combate de infecções – os eosinófilos. Normalmente, os eosinófilos constituem apenas 2% a 7% dos leucócitos de uma pessoa. Nesta paciente, representavam 41% dos leucócitos em seu organismo. Ele vira pouquíssimos casos assim, e esta era uma pista importante. Esse tipo de célula é a defesa mais eficaz do organismo contra uma classe de agentes infecciosos: os parasitas.

Mas qual parasita? Existem dezenas, cada qual com um tratamento diferente.

A triquinose, causada por um verme minúsculo transmitido pela carne infectada, pode produzir esse tipo de transtorno. É uma doença raramente encontrada nos Estados Unidos, mas endêmica em muitos países africanos. O *Strongyloides*, parasita que vive no solo contaminado, também causa reação semelhante nos leucócitos, assim como a filariose, doença transmitida por mosquitos. Qual agente infeccioso era mais comum na área da Tanzânia que a jovem visitara?

Fadi logo reconheceu que precisava de ajuda. Ela veio do dr. Frank Bia. Fadi tinha ouvido falar desse médico, por isso lhe telefonou. Apresentou-se e logo passou aos detalhes do caso. Frank tomava nota enquanto escutava. Ele imediatamente se deu conta de que a lista de doenças que podiam causar uma eosinofilia tão intensa era bastante curta. O dr. Bia explicou a Fadi Hammami que a triquinose era improvável, pois a paciente não tinha dor muscular. A filariose era uma doença de progressão muito mais lenta, que em geral desenvolvia os sintomas meses depois da exposição, e não semanas. Uma boa possibilidade era a estrongiloidíase. Outra era a esquistossomose, causada por um parasita transportado por caramujos e transmitida pela água doce. Ambas infectam o trato gastrointestinal e provocam diarreia, podendo causar grandes elevações dos eosinófilos.

Mas nesse momento o dr. Bia hesitou. Ele tinha certeza de que havia esquistossomose na Tanzânia. Mas e quanto ao *Strongyloides*? Haveria outro micro-organismo capaz de causar aqueles sintomas? Embora fosse sua especialidade, Frank queria ter certeza de que não deixaria passar possibilidade alguma. Culturas de sangue e fezes em laboratório sem dúvida identificariam com precisão a doença, mas isso levaria vários dias. E aquela paciente estava doente demais para esperar.

O DR. BIA DISSE AO DR. HAMMAMI que telefonaria de volta. Em seguida Frank ligou seu computador e consultou seu especialista particular – o Gideon. Trata-se de um sistema especializado, criado para ajudar os médicos a diagnosticarem doenças infecciosas com base no país em que ocorreu a exposição. O programa reconhece 337 doenças, organizadas por país. Frank abriu o módulo de diagnóstico do programa e inseriu as informações transmitidas pelo dr. Hammami. Ele também verificou o módulo de epidemiologia, pesquisando os parasitas da estrongiloidíase e da esquistossomose, e então passou ao módulo de terapia, para rever as melhores opções de tratamento. Dez minutos depois, já havia bolado um plano.

“Eu usei o Gideon para ter certeza de que não iria deixar passar nada”, contou-me mais tarde. “O programa confirmou meu palpite sobre a melhor forma de proceder.”

O dr. Bia ligou de volta para Fadi Hammami. “Vamos tratar os dois parasitas”, falou. “Dois dias de ivermectina para a estrongiloidíase e uma dose dupla de praziquantel para pegar a esquistossomose. Antes de começar os remédios, mande amostras de sangue e fezes para o nosso laboratório.”

Dois dias depois de começar a tomar os medicamentos, a jovem já não tinha vômitos nem diarreia. A febre desapareceu. Ela voltou a comer. Foi mandada para casa quatro dias depois, sentindo-se muito melhor, embora só voltasse completamente ao normal meses depois.

Os exames feitos em Yale mostraram que a paciente tinha esquistossomose. O minúsculo parasita é transportado por uma espécie de caramujo encontrada no leste da África. Durante as chuvas fortes, os caramujos são levados aos rios, onde os parasitas se dispersam. A paciente havia feito parte de sua pesquisa coletando amostras de água dos rios. Depois ela contou que não havia usado as botas protetoras para entrar na água. Eram incômodas demais.

Por ser uma doença tão incomum nos Estados Unidos, não é de surpreender que o diagnóstico tenha passado em branco no começo. Mas a paciente poderia ter morrido se ninguém detectasse o mal. O tratamento correto só foi encontrado porque o dr. Hammami reconheceu a importância da contagem anormalmente elevada de eosinófilos e consultou um especialista em doenças infecciosas. Neste caso, o especialista reconheceu suas próprias limitações e consultou um “cérebro digital” – um sistema especializado que confirmou seu palpite, descartou outras possibilidades e indicou as terapias mais eficazes.

“Não sou um cara muito ligado em tecnologia”, contou-me o dr. Frank Bia. “Mas, quando não sabemos muito sobre uma doença ou região em particular, podemos deixar passar alguma coisa. O programa nos ajuda a reduzir o diagnóstico diferencial. Podemos investigar doenças em países específicos. Se alguém tiver febre e uma erupção na pele e tiver acabado de voltar do Equador, podemos digitar os sintomas e o país, e o programa nos dará uma lista de infecções possíveis.”

HOJE PELO MENOS EVENTUALMENTE, especialistas como o dr. Bia utilizam sistemas especializados como o Gideon. No entanto, médicos mais generalistas não empregam esses sistemas – e *nenhum* outro tipo de apoio computadorizado ao diagnóstico. No caso descrito, o dr. Fadi Hammami – que não é especialista – reconheceu a pista gerada pelos eosinófilos anormalmente elevados usando apenas seu conhecimento médico adquirido com grande esforço. Mas, e quanto à enfermeira e ao médico que atenderam a paciente antes? Esse é precisamente o tipo de situação na qual um cérebro digital, de memória infalível, pode parecer uma ferramenta ideal. Se os resultados laboratoriais houvessem sido digitados

num programa de computador “treinado” para pesquisar anomalias, poderia ter surgido um alerta na tela, incitando a enfermeira a considerar a presença de uma infecção parasitária e lembrando o médico de que a malária não causa uma elevação desse tipo de leucócito.

Essa, claro, foi a visão que inspirou Peter Szolovits, do MIT, e muitos outros na década de 1970: um assistente informático rápido, preciso e bem-integrado ao fluxo de informações médicas que poupasse tempo aos médicos e salvasse vidas. Ainda não existe essa ferramenta. Com o advento da internet, com os avanços na velocidade e memória dos computadores e com a proliferação da informática nos sistemas de saúde, no entanto, foi desenvolvida uma segunda geração de sistemas de apoio ao diagnóstico que, embora não seja uma tábua de salvação, tem trazido a esperança de que o sistema atual possa ser aperfeiçoado.

O programa hoje considerado o ápice dos sistemas de apoio ao diagnóstico de segunda geração, ironicamente, foi concebido a partir de um diagnóstico equivocado, de consequências quase fatais.

Era o início do verão de 1999. Num bairro nos arredores de Londres, Isabel Maude, uma menina de três anos, teve um caso bastante forte de catapora. Seus pais, Jason e Charlotte, levaram a menina ao médico da família, embora não estivessem nem um pouco preocupados. Afinal, a catapora é um rito de passagem esperável na infância. O médico confirmou o diagnóstico e os mandou para casa com as sugestões habituais para reduzir a coceira.

No entanto, vários dias após a consulta, Isabel passou a ter febre alta, vômitos, diarreia e dor intensa, e as lesões da catapora mudaram de cor. Agora preocupados, Jason e Charlotte levaram Isabel ao pronto-socorro. Os médicos a examinaram e os reconfortaram, dizendo que aqueles sintomas, embora fossem mais fortes que o normal, eram algo que podia ocorrer na catapora. Asseguraram aos pais da menina de que os sintomas desapareceriam em poucos dias.

Os sintomas não desapareceram. E pioraram. A preocupação de Jason e Charlotte se transformou em pânico. Eles levaram Isabel novamente ao PS. Desta vez, poucos minutos após sua chegada, a pressão arterial da menina caiu drasticamente e ela precisou de uma reanimação de emergência. De repente, ficou óbvio que Isabel sofria de algo muito mais grave que uma catapora. Mas o quê? Os médicos não tinham ideia. Ela foi mandada às pressas para a Unidade de Terapia Intensiva pediátrica do Hospital St. Mary, em Londres, e o caso foi assumido pelo dr. Joseph Britto, especialista em terapia intensiva pediátrica.

O dr. Britto reconheceu que Isabel sofria de uma complicação rara, porém bem-descrita, da catapora – síndrome do choque tóxico e fasciite necrosante, doença na qual as bactérias carcomem a camada profunda da pele do paciente. Para tratar a fasciite necrosante, Isabel fez uma operação de emergência para

remover a pele infectada, o que deixou grandes cicatrizes em sua barriga, obrigando-a a passar por várias cirurgias reconstrutivas. A menina permaneceu dois meses no hospital, um deles na UTI pediátrica. Ela teve insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência respiratória. Seu coração parou várias vezes, e ela teve de ser reanimada. A menina esteve à beira da morte durante semanas.

Lentamente, porém, começou a se recuperar. Hoje, as cicatrizes da cirurgia são a única marca física de seu sofrimento. No momento em que escrevo estas palavras, Isabel é uma aluna muito inteligente e ativa em sua escola primária.

Esses eventos traumáticos, entretanto, mudaram a vida do pai de Isabel. A angústia de assistir ao sofrimento da filha e a frustração de vê-la receber um diagnóstico errado despertaram em Jason Maude o desejo profundo de fazer algo para melhorar o sistema de diagnóstico.

Na época, Jason era chefe do setor de pesquisa de patrimônio da AXA Investment Managers, administrando recursos da ordem de 500 bilhões de dólares. Ele estava familiarizado com o uso de computadores para analisar grandes quantidades de dados complexos. Jason conversou com o dr. Joseph Britto sobre a possibilidade de usarem computadores para aprimorar o diagnóstico médico. Joseph já havia considerado ideias semelhantes, e, em julho de 1999, os dois formaram o Isabel Healthcare, com o objetivo de desenvolver um sistema de diagnóstico on-line para médicos.

Joseph Britto estava convencido de que o risco de um diagnóstico errado poderia ser solucionado. Ele gosta de comparar a atitude da medicina em relação aos erros com a das companhias aéreas. Joseph comenta diversas vezes que, graças à insistência dos pilotos – que, afinal, têm o maior dos incentivos para que nada dê errado –, as companhias aéreas estudaram os erros e praticamente eliminaram os acidentes.

“Os médicos”, acrescenta Joseph, “não caem com seus aviões.”

O sistema que ele ajudou a desenvolver é consideravelmente mais avançado que sistemas especializados como o Gideon. Ao recorrerem à ferramenta diagnóstica que Joseph Britto e Jason Maude chamaram de Isabel, os médicos podem inserir as informações sob a forma de achados clínicos essenciais (como no Gideon) ou digitando textos inteiros, como descrições clínicas copiadas e coladas de outro programa. O Isabel também utiliza um novo tipo de estratégia de busca para identificar os possíveis diagnósticos a partir dos achados clínicos. O programa traz um dicionário de sinônimos e palavras relacionadas que facilita o reconhecimento de uma ampla gama de termos para a descrição de cada achado. O programa emprega um sistema de processamento de linguagem natural e algoritmos de busca para comparar esses termos com os que são arquivados numa biblioteca de referências selecionadas. Nos casos ligados à

clínica médica, a biblioteca inclui seis livros-texto fundamentais e 46 revistas científicas importantes sobre medicina geral e especialidades, além de toxicologia. Os resultados da busca são filtrados, levando em consideração idade, sexo, localização geográfica, estado ou não de gravidez e outros parâmetros clínicos do paciente, que são selecionados pelo médico ou incluídos automaticamente, se o sistema estiver integrado com o prontuário médico eletrônico do paciente. O sistema apresenta então os diagnósticos sugeridos. A ordem da lista reflete o grau de correspondência entre os achados selecionados e os materiais de referência pesquisados. Assim como nos sistemas de primeira geração, podemos obter informações mais detalhadas sobre cada diagnóstico instantaneamente, usando links que levam a textos consagrados sobre o tema.

O programa Isabel já teve êxito na resolução de uma boa dose de casos, dos quais a companhia está orgulhosa. Um deles ocorreu não muito depois do lançamento do programa. O dr. John Bergsagel, amável oncologista de um hospital pediátrico no norte de Atlanta, soube do novo sistema e quis ser um dos médicos a testar a versão beta do programa.

Num fim de semana, não muito tempo depois, um casal do interior da Geórgia levou o filho de quatro anos ao PS do hospital. Não era a primeira visita deles. Seu filho estava doente havia meses, com uma febre que simplesmente não desaparecia. Os médicos de plantão pediram exames de sangue, que revelaram leucemia – um câncer que ataca as células do sangue. Mas alguns aspectos da condição do paciente não pareciam se encaixar. Por exemplo, ele tinha estranhas manchas marrons na pele desde que a febre começara. Ninguém sabia por que aquelas manchas haviam aparecido, mas os médicos acharam que não fossem importantes e prescreveram um ciclo de quimioterapia com drogas potentes, que começaria na segunda-feira à tarde. O tempo, afinal, é nosso inimigo na leucemia.

Quando John Bergsagel assumiu o caso na segunda-feira, era apenas mais um entre uma série de casos novos. Revendo os resultados dos exames laboratoriais e as anotações feitas pelos outros médicos, o dr. Bergsagel também ficou intrigado com as manchas marrons, mas concordou que o exame de sangue era bastante claro – o garoto tinha leucemia. Porém, as inconsistências no caso o incomodavam. Ele suspeitou que, embora todos houvessem notado as manchas, o diagnóstico claro de leucemia poderia ter abafado qualquer pergunta remanescente.

“Depois que escolhemos um caminho clínico”, disse John, “é muito difícil mudar de rumo.”

Mas ele resolveu fazer exatamente isso; decidiu dar uma chance ao Isabel. Sentou-se diante do computador numa salinha branca, atrás do posto de

enfermagem, e digitou os sintomas do garoto.

Quase no topo da lista gerada pelo programa apareceu uma forma rara de leucemia que o dr. Bergsagel jamais havia visto – uma doença que muitas vezes causa manchas marrons na pele. “Tive vontade de gritar eureca!”, contou.

Ele imediatamente suspendeu a ordem de iniciar a potente quimioterapia. O tipo de leucemia que o garoto tinha era muito letal e não podia ser curado nem retardado por qualquer das drogas quimioterápicas disponíveis. A dor e o sofrimento gerados pela quimioterapia seriam exaustantes para o garoto e sua família; o tratamento era potencialmente fatal, além de inútil. A única cura possível para essa forma de leucemia era outra opção perigosa: um transplante de medula óssea. O procedimento foi realizado, embora as chances de cura fossem baixas. O menino viveu por mais um ano e meio.

Histórias isoladas como esta não servem como provas da verdadeira utilidade do Isabel. Para medir a eficácia do programa, dois pesquisadores (que não tinham interesse financeiro algum, nem de qualquer outra ordem, no sistema) decidiram testá-lo de maneira mais sistemática.[3]

Mark Graber e um colega examinaram o sistema em 50 casos retirados das páginas do *New England Journal of Medicine*. Como o Isabel aceita informações de duas maneiras, os pesquisadores testaram o programa nos dois modos. Num deles, Graber digitou manualmente entre três e seis achados de cada caso estudado. Em média, isso levou menos de um minuto. O diagnóstico correto estava incluído na lista de diagnósticos possíveis gerada pelo Isabel em 48 dos 50 casos (96%). Quando o texto do relato de caso foi copiado e colado por inteiro no Isabel (uma abordagem artificial, mas simples), a precisão caiu drasticamente: o diagnóstico correto só apareceu em 37 dos 50 casos (74%).[4]

Segundo os autores, esse desempenho mostra que os sistemas de apoio ao diagnóstico evoluíram de modo significativo desde o surgimento dos sistemas de primeira geração nas décadas passadas. Ainda assim, a aceitação do sistema ainda esbarra em muitos dos antigos problemas. Como o Isabel e outros programas semelhantes não estão plenamente integrados aos sistemas de informações médicas, os dados precisam ser incluídos pelo médico. Isso leva tempo e é entediante, embora o Isabel pareça ter se esforçado bastante para minimizar o trabalho necessário. Usando esse sistema, os médicos podem descrever os sintomas do paciente numa linguagem cotidiana. E a máquina é mais inteligente, portanto a quantidade necessária de informações detalhadas é muito menor.

Mais importante, porém, é que os médicos saibam decidir quando usar o sistema. O erro diagnóstico mais comum na medicina é, de longe, o fechamento prematuro – quando um médico para de procurar diagnósticos depois de

encontrar uma doença que explica a maior parte dos achados, ou todos eles, sem se fazer aquela pergunta essencial: o que mais isto poderia ser? Se um médico está satisfeito com seu diagnóstico, é pouco provável que decida utilizar o cérebro digital, portanto, essa possível vantagem do sistema se perde.

NEM A NOVA GERAÇÃO DE SISTEMAS de auxílio à decisão clínica, por mais que se tenham aprimorado os programas mais antigos, é amplamente utilizada. O próprio dr. John Bergsagel, cujo uso do Isabel ilustra claramente a força do sistema, afirma lançar mão dele poucas vezes por mês.

"Os sistemas disponíveis hoje ainda não são muito práticos", diz Jerome Kassirer. "Os médicos têm de inserir todo tipo de dado nesses programas, … e ninguém tem tempo para ficar digitando. Além disso, na maioria das vezes, não precisamos do sistema. Grande parte das questões cotidianas que um médico presencia pode ser resolvida com as abordagens diagnósticas tradicionais, usadas há anos. Na verdade, é até mais fácil hoje em dia, porque temos ecocardiogramas, TCs e ressonâncias."

O Isabel e seus competidores enfrentam ainda um último impedimento: o preço. O que se cobra aos hospitais pelo Isabel depende do número de leitos da instituição, e isso representa cerca de 80 mil dólares num hospital típico. Os médicos que atendem em consultórios particulares podem comprar o serviço por 750 dólares ao ano.

Embora sejam oferecidos a um preço pouco acessível tanto para instituições quanto para médicos autônomos, o custo dos sistemas de apoio ao diagnóstico faz com que tais programas estejam vulneráveis à concorrência por parte de um competidor imprevisto: o Google.

Diagnóstico via Google

Pacientes, amigos e parentes me contam de quando em quando que utilizam o Google regularmente para pesquisar seus próprios sintomas. Minha a filha adolescente faz o mesmo sempre que se vê afetada por algum comportamento novo e peculiar de seu corpo. E eles não são os únicos. Segundo uma pesquisa realizada pelo Pew Center, 95 milhões de pessoas nos Estados Unidos procuraram informações de saúde na internet em 2005. Eu poderia apostar que a maior parte delas usou o Google em algum momento da pesquisa.[5]

Vários anos atrás, recebi o e-mail de uma leitora que conseguiu descobrir o próprio diagnóstico usando o Google quando se viu com febre e uma erupção na pele. Ela não começou pelo Google, mas com um homem no qual sempre havia confiado – seu médico.

“Eu sempre ouvi falar que, quando a gente sente coceira nas palmas das mãos, é porque vai ganhar dinheiro”, disse ela a seu médico ao entrar na sala de exames. “Até agora não ganhei nenhum”, continuou, “mas tive bastante febre.” O dr. Davis Sprague a inspecionou atentamente. Os dois se conheciam havia anos, e apesar do tom brincalhão da paciente, o médico teve a impressão de que ela estava bastante doente.

Ela se sentira bem até poucos dias antes. Então, passou a sentir um pouco de dor quando ia ao banheiro, o que a fez pensar numa infecção urinária, e por isso passou a tomar muita água. Como isso não adiantou, no dia seguinte foi ao ambulatório e se consultou com outro médico, que lhe prescreveu um antibiótico e um analgésico. A paciente não melhorou; na verdade, foi aí que notou a coceira nas palmas das mãos pela primeira vez. Na manhã seguinte, sentia tanta dor que mal conseguiu levantar da cama. Naquela noite, teve calafrios violentos e febre de 38,9°C.

A erupção na pele surgiu no dia seguinte. Começou nos braços, rosto e peito. Ela parou de tomar o analgésico, pensando que poderia ser uma reação alérgica, contou ao médico. Mas a erupção continuou a crescer.

O dr. Sprague ficou preocupado. A paciente tinha 57 anos e, a não ser por uma lesão nas costas alguns anos antes e uma hipertensão bem-controlada, sempre fora saudável. Mas não hoje. O médico ficou aliviado ao ver que ela seria a última paciente do dia, pois viu que aquele caso levaria algum tempo.

Ao exame, ela parecia cansada e tinha o rosto vermelho e suado. Seu cabelo preto e curto estava colado à cabeça. Não tinha febre, mas a pressão arterial estava bastante baixa e o coração batia anormalmente rápido. A erupção, que agora cobria o corpo inteiro, era formada por centenas de pequenas marcas vermelhas e planas. As mais recentes, que cobriam as pernas, pareciam sardas vermelhas. As marcas nos braços e peito eram maiores – cerca de 2cm de diâmetro – e menos definidas. A erupção não coçava nem doía. Mas as palmas das mãos, embora não apresentassem marcas, estavam bastante vermelhas e irritadas. O exame de urina não mostrou sinais de infecção, mas detectou a presença de sangue. Isso poderia ser uma consequência da febre ou indicar lesão nos rins.

“Você precisa ir ao pronto-socorro”, disse o dr. Sprague à paciente. “Talvez até deva ser internada. Não sei muito bem o que você tem, mas com certeza é sério.”

Ela talvez tivesse alergia a um dos remédios que estava tomando, explicou o médico, o que poderia ser perigoso e talvez exigisse o uso de outros medicamentos. Mas o que realmente o preocupava era a possibilidade de algum tipo de infecção que estivesse se disseminando pelo corpo. Num hospital, seria

possível fazer exames de sangue e ter uma ideia melhor do que estava ocorrendo.

O médico do PS pediu uma sequência infindável de exames de sangue, além de uma radiografia de tórax. Como todos os exames estavam normais, ele decidiu que a paciente poderia voltar para casa sem problema. Provavelmente era uma reação alérgica, explicou, passando-lhe um antibiótico diferente e orientando-a a procurar seu médico dali a dois dias.

Dois dias depois, a paciente voltou ao consultório do dr. Davis Sprague. Estava um pouco melhor, contou, mas ainda tinha febre, e agora sentia falta de ar ao mínimo esforço. “O que você acha que eu tenho?”, perguntou.

Davis não sabia ao certo. O médico do PS talvez estivesse certo e realmente fosse uma alergia – ela estava um pouco melhor desde a mudança do antibiótico. Mas a falta de ar começara depois disso. E ele ainda estava preocupado com a possibilidade de uma infecção. Febre e erupção cutânea são sintomas comuns. Poderia ser uma doença viral – pelo vírus Coxsackie? O vírus do oeste do Nilo? Ou seria bacteriana? Esses sintomas, explicou Davis, eram tão inespecíficos que podiam ser encontrados em qualquer tipo de doença, da variedade doméstica da doença de Lyme a algo realmente exótico, como a febre maculosa das montanhas Rochosas. “É possível que jamais saibamos”, confessou. Mas como ela melhorava, o médico estava disposto a esperar mais alguns dias. Se a paciente ainda tivesse picos de febre, ele pediria alguns exames de sangue para tentar descobrir a causa.

Em casa, porém, a paciente continuou preocupada. Naquela noite, sentou-se diante do computador para fazer uma pequena pesquisa por conta própria. “Erupção, adulto, febre”, colocou no Google.

Quando procuramos um conjunto de sintomas no Google, não vamos encontrar necessariamente as doenças mais comuns ou prováveis; achamos aquelas que têm o maior número de links a partir de outros sites. A pesquisa da paciente gerou dezenas de doenças bastante raras nos Estados Unidos, mas que apresentavam muitos links: coccidioidomicose – uma infecção fúngica comum na Costa Oeste do país, dengue, sarampo, escarlatina.

Mas a paciente logo se concentrou no primeiro resultado: febre maculosa das montanhas Rochosas, que seu médico havia mencionado. Ao ler sobre a doença, começou a ficar em pânico. A descrição dos sintomas, contou a paciente, se encaixava perfeitamente no que ela sentia: erupção na pele, febre, dor muscular. A erupção, segundo o que ela leu, podia tomar as palmas das mãos, o que é bastante raro. Ela não tinha erupção nas mãos, mas as palmas estavam vermelhas e coçavam. Além disso, a doença é transmitida por carrapatos de cachorros – ela tinha um cão. É mais comum no verão – exatamente a estação em que estavam. Apesar de infrequente, é mais comum na Costa Leste que nas montanhas

Rochosas, e ela vivia no interior de Nova York, justamente na Costa Leste. Havia casos fatais, leu a paciente. É a mais letal de todas as doenças transmitidas por carrapatos.

Ela telefonou para o pronto-socorro onde estivera. Eles por acaso haviam pedido exames contra a febre maculosa das montanhas Rochosas? Não, disseram-lhe, por que deveriam? Jamais haviam visto um único caso naquela área. Ela desligou o telefone um tanto aliviada. Os médicos do hospital não achavam que ela tivesse febre maculosa das montanhas Rochosas; o dr. Sprague também não. Provavelmente era outra coisa.

Nos dias seguintes, a paciente sentiu que praticamente voltava à normalidade. A erupção estava desaparecendo – ainda que agora lhe causasse uma coceira infernal – e sua energia se restaurava. Mas ela continuou a ter febre à noite e por vezes ainda sentia falta de ar. Decidiu voltar mais uma vez ao consultório do dr. Sprague. “Fico feliz de saber que você está melhor, mas essa febre me preocupa”, disse ele. “Acho melhor fazermos alguns exames.”

“E quanto à febre maculosa das montanhas Rochosas?”, perguntou a paciente. Ela contou que havia pesquisado a doença na internet e achava que os sintomas eram parecidos com o que ela tinha. O médico pensou por um momento. “Não acho que seja isso, mas vamos colocar essa doença na lista.” Davis Sprague já tinha ouvido queixas de médicos sobre pacientes que buscavam diagnósticos na internet, mas não se importou. Ele já vira casos de febre maculosa das montanhas Rochosas – a paciente talvez estivesse certa.

Os resultados chegaram poucos dias depois. “Você é o sonho de todo clínico”, disse o médico com um sorriso ao entrar na sala de exame. “Você realmente *tem* febre maculosa das montanhas Rochosas, e eu teria deixado esse diagnóstico passar completamente em branco se não lhe desse ouvidos.” Ele prescreveu doxiciclina à paciente – o antibiótico de escolha para a bactéria causadora da doença. O corpo dela parecia enfrentar a doença mesmo sem o remédio, mas o médico não quis correr riscos. Depois de poucos dias, a febre se foi, a erupção desapareceu e as palmas das mãos voltaram ao normal.

Eu perguntei a ela que opinião tinha sobre seu médico, que estivera tão perto de perder o diagnóstico. “Mas ele não perdeu. Ele foi o primeiro a pensar nessa possibilidade. E pediu o exame – ainda que o resultado pudesse demonstrar que ele estava errado. Ele só queria descobrir qual era o problema.”

Esse caso ilustra uma tendência real e cada vez mais acentuada – pacientes que diagnosticam a si mesmos usando a internet ou que acompanham o diagnóstico do médico pela web. Mas hoje não são só os pacientes que recorrem ao Google e a outros mecanismos de busca. Um médico escreveu ao *New England Journal of Medicine* sobre um diagnóstico incrível feito na instituição

em que trabalha. O caso foi o de um bebê com diarreia, uma erupção incomum e várias anormalidades imunológicas. Os sintomas foram discutidos demoradamente numa conferência entre os residentes, médicos responsáveis e um professor convidado. Eles não conseguiram chegar a consenso algum. A carta prossegue: “Por fim o professor convidado perguntou à pós-graduanda se ela havia fechado algum diagnóstico, e ela disse que de fato mencionara uma síndrome rara chamada Ipex (imunodeficiência, poliendocrinopatia e enteropatia ligadas ao X). Aparentemente a síndrome se encaixava ao caso, e todos pareceram satisfeitos. ‘Como você fez esse diagnóstico?’, perguntou o professor. E a resposta foi: ‘Bem, eu tinha o resultado da biópsia de pele e uma tabela dos testes imunológicos. Então coloquei os achados mais relevantes no Google, e a síndrome apareceu na hora.’”[6]

ESSA HISTÓRIA E EXPERIÊNCIAS com pacientes que consultaram a internet para buscar informações sobre seus sintomas instigaram uma dupla de pesquisadores australianos a testar a precisão diagnóstica do Google.[7]

Assim como Graber, eles usaram estudos de casos médicos publicados no *New England Journal of Medicine*, selecionando entre três e cinco palavras-chave de cada artigo e colocando-as no Google antes de lerem o diagnóstico correto. Eles selecionaram e registraram os três diagnósticos de maior destaque gerados pelo Google em cada caso. Depois compararam os resultados com o diagnóstico real.

E qual foi o resultado? O Google foi reprovado. O site encontrou o diagnóstico correto em apenas 15 dos 26 casos (58%). Naturalmente, ele não foi projetado para fornecer apoio diagnóstico a médicos, portanto, qualquer resposta certa gerada por esse poderoso mecanismo de busca vem como um bônus. Os autores fizeram uma observação interessante: o Google foi mais preciso em doenças que tinham sinais e sintomas únicos ou apresentações raras. Para quem está acostumado a usar essa ferramenta, isso não é de surpreender, mas não deixa de ser interessante. Qualquer pessoa que utilize um mecanismo de busca sabe que, quanto mais incomum for o tema procurado, mais fácil será encontrá-lo. Por exemplo, se quisermos achar duas amigas no Google, será muito mais fácil no caso de uma chamada Jônia Khammouane que de outra chamada Ana Maria Gonçalves. As informações sobre Jônia vão surgir imediatamente, como ocorreu com o diagnóstico da criança que tinha leucemia e as manchas marrons na pele.

O interessante é que os transtornos incomuns – aqueles com sintomas peculiares que os médicos poucas vezes encontram – são os que podem ser mais desconcertantes tanto para médicos como para pacientes. No caso que apresentei num capítulo anterior, uma residente de nosso programa conseguiu diagnosticar o transtorno de uma paciente com náusea e vômitos intermitentes graças a um

sintoma incomum – sua náusea melhorava com banhos quentes. Ao procurar essa característica no Google, Amy Hsia conseguiu identificar uma doença rara, descrita recentemente, chamada hiperêmese canabinoide.

Como o Google está disponível para todos, é simples, rápido e grátis, talvez venha a se tornar o auxílio diagnóstico de escolha para casos mais excêntricos. Até o venerável *New England Journal of Medicine* considera o Google "útil no diagnóstico de casos raros e difíceis".[8] O Google dá aos usuários acesso rápido a mais de três bilhões de artigos na internet, sendo usado com muito mais frequência que o PubMed na busca de artigos médicos.

Os autores do estudo sobre o Google observam que, na verdade, este mecanismo de busca talvez seja uma ferramenta diagnóstica mais precisa para os médicos que para o público leigo, porque os médicos irão pesquisar termos mais específicos ("infarto do miocárdio" em vez de "ataque cardíaco", por exemplo) e, graças a seus conhecimentos prévios, serão

capazes de identificar os resultados com chance maior de estar certos. Os pacientes, empregando uma linguagem coloquial, provavelmente obterão menos resultados úteis, escondidos em meio a muitas páginas de sites irrelevantes. Sua capacidade de distinguir os resultados mais úteis está comprometida pela ausência de familiaridade com a linguagem médica.

O próprio Google se deu conta de sua força no âmbito do diagnóstico médico. Seus administradores formaram um Painel de Aconselhamento de Saúde que presta consultoria ao trabalho realizado pelo site nessa área. E o Google tem promovido uma grande iniciativa para melhorar a qualidade das buscas ligadas a temas médicos, pedindo a organizações respeitadas (como a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos) e médicos particulares que indiquem páginas da internet contendo informações confiáveis. Esses sites ganham prioridade na lista de resultados de uma busca e vêm marcados com o nome da pessoa ou organização que os ratificou.

O Google fala muito abertamente de seus planos para aprimorar a capacidade de busca dos pacientes, mas a empresa se cala quanto a fazer o mesmo pelos médicos (os representantes do Google se negaram a ceder uma entrevista sobre o assunto). Isso talvez possa ser atribuído ao fato de que os médicos são um público valioso, e se o Google conseguir encontrar uma forma de melhorar a capacidade diagnóstica de seus resultados de buscas a ponto de eles se tornarem mais precisos que o Isabel e outros sistemas comerciais, ele poderá efetivamente dominar o mercado e distribuir propagandas por todos os seus usuários médicos.

Entretanto, um sistema mais preciso de apoio ao diagnóstico, baseado no Google, não resolveria o problema dos diagnósticos não detectados. Em primeiro lugar, qualquer sistema que deva ser consultado separadamente do espaço digital

no qual um médico ou enfermeiro lida com um paciente só será usado se houver alguma incerteza na mente do profissional da saúde. Se um médico tiver certeza de seu diagnóstico, ou se um enfermeiro tiver certeza de que foi prescrito o medicamento correto, eles não se preocuparão em usar o Google (ou o Isabel, o DXplain ou qualquer outro sistema).

Os programas de computador não chegarão a afetar realmente o problema dos diagnósticos errados e outros tipos de erros médicos até que se tornem muito mais "inteligentes" e fáceis de usar do que hoje.

"Os sistemas futuros deverão operar num plano de fundo", diz Eta Berner, a pesquisadora que há décadas investiga o progresso da computação médica. "O médico não deveria digitar coisa alguma. O sistema teria que ser capaz de extrair informações a partir do que o médico ou enfermeiro já está fazendo… de suas anotações, dos resultados laboratoriais ou dos medicamentos prescritos. O sistema deveria ser inteligente a ponto de gerar um alerta ou lembrete somente se algo estiver realmente faltando… um exame, por exemplo, ou um medicamento."

Eta Berner prevê um futuro em que todos os fluxos de informação do sistema de saúde, atualmente fragmentados, serão unificados e homogêneos. Os prontuários médicos dos pacientes serão inteiramente digitais – inclusive as imagens, como ressonâncias magnéticas ou radiografias. Usaremos palavras, frases e unidades de medida ou descrição padronizadas, para que os sistemas informáticos de lugares distantes possam utilizar as informações de maneira inteligente e precisa. Médicos e enfermeiros anotarão todas as informações na forma digital – a escrita a mão (que nunca foi o forte dos médicos, de qualquer jeito) se tornará obsoleta.

Uma vez instalado um sistema como este, a possibilidade de uma infecção pelo parasita da esquistossomose teria surgido na tela da primeira vez em que a jovem antes descrita foi avaliada num pronto-socorro. A possibilidade de que a pequena Isabel Maude estivesse sofrendo de uma complicação rara da catapora não teria sido tão fácil de ignorar. E a paciente com febre maculosa das montanhas Rochosas não precisaria usar ela mesma o Google… Seu médico já teria notado a correspondência próxima entre seus sintomas e aquele diagnóstico possível.

Claro que ainda se passarão anos – décadas, provavelmente – até que esse tipo de sistema seja instaurado. E embora eu acredite que a integração plena dos amplos recursos da era digital ao nosso sistema de saúde e à rotina do médico seja inevitável, isso talvez não ocorra da forma como imaginamos. Os computadores já revolucionaram drasticamente nossa capacidade diagnóstica. A primeira e mais importante ferramenta diagnóstica digital que criamos foi a

tomografia computadorizada. O desenvolvimento de computadores poderosos nos permitiu captar imagens de uma série de cortes bidimensionais para criar uma representação tridimensional do corpo. Desde 1972, ano de produção da primeira TC, essa ferramenta fez com que diagnósticos antes só descobertos após a morte se tornassem rotineiros. Portanto, embora vislumbremos um futuro no qual o computador aprenderá a pensar como um médico, é possível que suas maiores contribuições assumam uma forma muito diferente.

Um sistema informático inteligente, integrado e supereficiente eliminaria todos os desafios diagnósticos? Chegaria a substituir os médicos? Dificilmente. Acredito que o processo diagnóstico se tornará mais eficaz e que, no futuro, será mais rápido e fácil nos concentrarmos no que realmente há de errado com o paciente. Mas sempre teremos escolhas a fazer – entre diagnósticos possíveis, entre exames a serem solicitados e entre opções terapêuticas. Somente um ser humano bem-preparado e dotado de conhecimento pode tomar esse tipo de decisão.

Além disso, claro, as pessoas não precisam apenas do tratamento correto para a doença correta. Elas precisam ser ouvidas, precisam de conforto, explicações, estímulo, solidariedade – todo o apoio emocional que representa uma parte fundamental do que nós médicos tentamos fazer: curar.

Epílogo

O diagnóstico final

"LAMENTO MUITO", DISSE-ME O JOVEM AO TELEFONE. Ele tinha a voz abafada e cheia de compaixão, difícil de ouvir por sobre o tumulto habitual da clínica que se agitava logo atrás da porta do meu consultório. Eu não o conhecia. Apresentou-se como Jorge. Era um velho amigo de uma mulher que nós dois conhecíamos bastante bem. "Eu tinha conversado com ela no telefone talvez uns 20 minutos antes. Ela pediu que eu desse um pulo lá, por isso peguei o carro e fui."

Jorge me contou que tocou a campainha no início daquela manhã ensolarada de setembro, e, como não obteve resposta, entrou pelo portão do quintal. Quando a viu deitada na espreguiçadeira, com roupa de banho, a primeira coisa em que pensou foi na beleza daquela mulher. "Eu sou um homem casado, então não foi desse jeito, mas ela sempre foi muito bonitona." Como ela não respondeu ao seu "Oi, tudo bem?", Jorge se aproximou e pôs uma mão em seu ombro. A pele estava quente, mas Jorge notou que ela parecia estranhamente pálida, apesar do bronzeado. "E, nesse momento, eu saquei, eu saquei. O celular dela estava bem ali, ao lado, como sempre, então eu o apanhei e liguei para a emergência."

Pensei na última vez em que havia visto Julie: as bochechas bronzeadas ainda sem rugas, os olhos tão azuis que até o branco parecia azul-claro. Pude ouvir sua fala arrastada, a voz grave e rouca pelo tabaco, as piadas secas e pesadas. Fechei a porta do consultório e deixei meu corpo desabar sobre a cadeira.

Minha bela e misteriosa irmãzinha estava morta.

O primeiro pensamento que me ocorreu, quando finalmente pude pensar, foi: como? Mais que qualquer outra coisa, eu queria saber como uma mulher jovem podia morrer tão de repente, a ponto de não ter nem tempo de telefonar pedindo socorro. O que acontecera?

Era uma pergunta estranhamente familiar. Quando pacientes meus morreram, seus cônjuges, pais, filhos ou amigos me fizeram a mesma pergunta depois de ouvirem a notícia. Em salas de espera de prontos-socorros ou UTIs, chocados, tristes, chorando – eles indagavam: doutora, como foi que isso aconteceu? Como essa pessoa, tão viva há pouco tempo, morreu? Eu fazia o melhor possível para responder, para tentar juntar as peças a fim de explicar uma doença ou um

falecimento, mas aquela parecia uma pergunta peculiar – como se, de alguma forma, a explicação pudesse aliviar a dor de uma perda. Mas agora fazia sentido. De súbito, entendi aquela terrível necessidade de saber.

AOS 42 ANOS, minha irmã era saudável. Mas também era alcoólatra. Durante os últimos 20 anos, aproximadamente, sua vida fora dominada pelo desejo e depois pela necessidade de beber. Como tantos outros, ela havia começado com esses excessos ainda nos tempos do colégio, mas se acalmou após o casamento e o nascimento do filho que ela tanto amava. Com o tempo, e por razões que jamais saberei, Julie foi passando a beber com mais frequência. As bebedeiras de fim de semana logo se transformaram na dose diária que ela tomava às escondidas assim que o filho estava pronto para ir à creche, ou antes de sair para o trabalho, ao preparar o jantar ou ao colocar o menino para dormir.

Ela tentou parar. Uma ou outra vez se internou num hospital, ou simplesmente passou a frequentar reuniões dos AA para tentar – realmente tentar, acredito – parar. Julie nos ligava quase todos os dias, triunfante com o número exato de dias, horas, até, desde o último drinque. Depois as ligações se tornavam menos frequentes. Sua secretária eletrônica nos dizia que ela iria telefonar de volta, mas raramente o fazia. E então, finalmente, seguia-se o silêncio. Até que ela tentasse mais uma vez. Eu e minhas irmãs – somos cinco irmãs na família – a observávamos angustiadas e impotentes. Ao longo dos anos, aprendemos o que todos os parentes de alcoólatras aprendem: que tudo o que podíamos fazer ainda não era suficiente.

E então ela morreu, de maneira tão misteriosa quanto havia vivido.

O que poderia matar uma mulher tão jovem, tão depressa? Jorge encontrou o telefone celular de Julie ao lado de um maço de cigarros e de uma garrafa de Coca-Cola. Ela estava obviamente se bronzeando, relaxando ao sol de verão. O que quer que a houvesse matado, atingiu-a tão rápido que ela nem teve tempo de apanhar o telefone e ligar para a emergência. O que poderia causar *isso*? Eu não conseguia tirar essa pergunta terrível da cabeça. Enquanto fazia os preparativos para viajar para casa, fiquei remoendo essa interrogação. Entrei no meu modo médico – em parte porque era uma maneira de lidar com a dor, em parte porque é o que fui treinada a fazer. Mesmo sem querer realmente, peguei-me montando um diagnóstico diferencial, buscando situações que poderiam explicar como minha irmã havia morrido tão abruptamente.

Um infarto certamente pode ser rápido e mortal, em particular nas pessoas mais jovens. Mas isso seria incomum numa mulher de 42 anos. E nós não tínhamos histórico familiar de doença cardíaca. O rompimento de um vaso sanguíneo no cérebro poderia causar perda instantânea da consciência e morte

rápida. Um enorme coágulo nos pulmões era outra possibilidade. Ela era fumante; talvez também estivesse tomando anticoncepcional, numa combinação que está ligada à formação desse tipo de coágulo. Uma infecção parecia improvável. Ainda assim, será que ela estava doente? Eu não sabia. O suicídio me parecia impensável, mas era uma possibilidade que deveria ser considerada. Muitas vezes Julie ficava profundamente deprimida durante suas recaídas. Uma overdose acidental também era possível.

O médico legista de Savannah, na Geórgia – onde Julie morava no último ano e onde morreu – pediu que se fizesse uma autópsia. Embora uma de minhas irmãs tenha ficado chateada com isso – para ela era uma violação –, eu fiquei grata. Eu esperava que uma autópsia me desse esse necessário diagnóstico final.

AUTÓPSIA – A PALAVRA VEM DO GREGO e significa ver com os próprios olhos. Historicamente, a autópsia teve um papel fundamental na medicina. Durante séculos, tudo o que sabíamos sobre as doenças derivava do exame do corpo após a morte. Quando meus pacientes me perguntam sobre dores e incômodos para os quais não tenho um diagnóstico, confesso a eles que nosso conhecimento a respeito das doenças que *não* nos matam é bastante novo e menos desenvolvido porque, mesmo hoje, boa parte do que sabemos das doenças foi revelado de maneira póstuma.

O primeiro avanço da medicina em direção ao diagnóstico moderno veio na metade do século XVIII, quando Giovanni Battista Morgagni, médico e professor da Universidade de Pádua, publicou *Sobre os lugares e causas das doenças investigadas anatomicamente*.[1] Esse livro, concluído quando Morgagni tinha 79 anos, era composto de centenas de belos desenhos detalhados de autópsias que ele realizara no decorrer de sua longa carreira. As imagens cuidadosamente desenhadas revelavam a destruição e as distorções da anatomia, ocultas sob a pele, que haviam levado à morte. Mostrando exatamente como uma doença se manifesta de maneira concreta e visível dentro do corpo, esse trabalho inspirou gerações de médicos a investigar o processo pelo qual uma doença pode distorcer ou desordenar nossa anatomia fundamental. Durante séculos, as doenças e a morte foram atribuídas a humores, espíritos ou outros elementos intangíveis, e não a algo real ou claramente visível, como ilustrado naquelas imagens.

Nos últimos 250 anos, a autópsia foi uma das fontes de informação mais confiáveis de que dispusemos na medicina para conhecer a natureza das enfermidades. Câncer, doenças cardíacas e hemorragias eram descobertos pela exploração do corpo após a morte. No século XX, a autópsia foi usada como a derradeira ferramenta diagnóstica. Em seu ápice, até a metade dos pacientes que

morriam nos hospitais passava por essa avaliação póstuma. Tarde demais para ajudar o paciente, tais revelações muitas vezes representavam um conhecimento útil para o médico, o hospital ou a família. Doenças não descobertas ou indetectáveis pela tecnologia disponível finalmente se tornavam visíveis. Os médicos podiam lançar mão desse conhecimento em benefício de seus próximos pacientes. Os hospitais usavam as informações como modo de avaliar a qualidade dos serviços que ofereciam e a habilidade dos médicos que ali trabalhavam. E também havia benefícios para a família do morto, pois a doença que havia levado a pessoa amada também poderia representar um risco para seus parentes.

Hoje os pacientes que morrem num hospital raramente vão para a mesa do patologista.[2] Os hospitais antigamente tinham a obrigação de realizar autópsias. A Comissão Comum de Credenciamento de Organizações de Saúde – a agência que supervisiona os hospitais nos Estados Unidos – exigia que essas instituições mantivessem taxas de autópsias de no mínimo 20% (25% em hospitais universitários), o que era e continua a ser, na opinião da maioria dos especialistas, a taxa mínima necessária para monitorar erros diagnósticos e hospitalares. A comissão eliminou essa exigência em 1970. Alguns anos depois, o serviço público de saúde do país parou de pagar pelas autópsias realizadas.

Até bem pouco tempo atrás, a autópsia também era considerada um aspecto essencial da formação médica. Exigia-se que os programas de residência fizessem autópsias em 15% de todos os pacientes que morressem sob os cuidados de residentes. Observar a destruição real causada pela doença era considerada uma parte importante da educação médica. Mas essas exigências foram eliminadas na maior parte dos centros de formação médica nos anos 1990. Os programas de residência menores se queixaram do custo crescente – os custos da autópsia não eram reembolsados – e tornou-se difícil fiscalizar a lei.[3]

Mesmo antes que se suspendessem as exigências sobre os hospitais e programas de residência, o número de autópsias realizadas já havia despencado. Na década de 1960, praticamente a metade dos pacientes que morriam nos hospitais era autopsiada. Apenas 40 anos depois, na virada do século XXI, essa taxa havia caído para menos de 6% das mortes hospitalares. Sequer sabemos quantas autópsias são feitas hoje, porque esses dados não são mais coletados. No hospital local em que trabalho, foram realizadas 93 autópsias em 1983. Num ano recente, fizemos um total geral de 11 autópsias, e quase a metade delas em bebês natimortos.

O que aconteceu nos Estados Unidos tem ocorrido em toda parte. Houve um decréscimo global na taxa de autópsias – o que reflete, em parte, os custos mais elevados dos serviços de saúde, reforçados por antigas

preocupações culturais com esse tipo de violação do corpo. Mas a verdadeira força motriz por trás dessa grande queda foi a confiança cada vez maior de médicos e pacientes na precisão dos diagnósticos feitos em vida.

Não há dúvida de que a capacidade que um médico tem de realizar um diagnóstico preciso melhorou drasticamente no último meio século.[4] Um estudo recente realizado pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde dos Estados Unidos sugeriu que a probabilidade de que um médico cometa um erro diagnóstico importante caiu 25% em cada década desde a metade do século passado. Isso é um testemunho da eficácia das novas tecnologias que temos à nossa disposição.

Mas esse estudo também mostra que os médicos ainda deixam de detectar problemas importantes. Entre as poucas autópsias ainda realizadas, descobriu-se um diagnóstico em cada 12 que poderia ter alterado o tratamento do paciente – e, portanto, possivelmente mudado o desfecho final do caso. Hoje, os médicos só pedem autópsias quando a morte do paciente veio de surpresa ou quando a doença em questão não foi bem-compreendida. Dessa forma, talvez não seja de surpreender que algo importante tenha passado despercebido; afinal, foi por isso mesmo que o médico pediu a autópsia. Ainda assim, vários estudos revelam que os médicos são incapazes de prever que casos trarão essas surpresas. O que ocorre é que na medicina (assim como na guerra, segundo Donald Rumsfeld, ex-secretário de Defesa dos Estados Unidos) existem coisas que não sabemos, e também coisas que não sabemos que não sabemos. A autópsia é uma das maneiras que temos para explorar essas áreas obscuras. A queda no número de autópsias sugere que nem os médicos nem os hospitais estão interessados em explorar as áreas obscuras do que não sabemos que não sabemos.

MINHA IRMÃ NÃO MORREU NO HOSPITAL, onde a chance de que viesse a ter um diagnóstico final era pequena. Ela morreu “na comunidade”, portanto sua morte se tornou uma questão médico-legal. Casos como esses passam a ser responsabilidade do médico-legista, que tem a função de investigar qualquer morte inesperada ocorrida fora do ambiente hospitalar. Como qualquer espectador da série *CSI* sabe, o objetivo principal é descobrir se a causa da morte foi um crime. Além disso, os médicos legistas podem realizar um serviço de saúde pública, atuando como um sistema de alerta precoce para identificar infecções emergentes. Como minha irmã morreu em seu próprio jardim, o caso foi passado ao legista do estado da Geórgia, e seu corpo foi levado à autópsia. A morte inesperada de uma mulher jovem justificava a investigação – e eu esperava que essa pesquisa me desse uma resposta.

Enquanto aguardávamos que o médico legista terminasse suas sinistras

investigações, continuei tentando descobrir algo mais sobre as horas e os dias anteriores à morte de Julie. Havia alguma pista ali? Jorge, o amigo que a encontrou, me passou alguns detalhes. Foi doloroso escutá-los. Minha irmã tomara um porre durante o feriado do Dia do Trabalho. Bebera muito. Ligou para Jorge naquela manhã, cheia de remorso e culpa, mas também convicta de que daquela vez conseguiria parar. Julie se sentia fraca, cansada, dolorida. Tinha dor de barriga, dor de cabeça, dor nas costas. Jorge falou que iria vê-la logo em seguida, e foi para lá. E então a encontrou.

Outra irmã havia falado com Julie poucos dias antes de sua morte. “Julie foi ao médico na semana passada, e ela nunca fazia isso. Tinha dor na barriga. Mas o médico não descobriu nada. Enfim, eu me pergunto quanto ela chegou a contar ao médico.”

Liguei para o consultório onde Julie fora atendida. “Ela esteve aqui uma vez, vários anos atrás, e voltou há cerca de um mês”, informou o médico. Pude ouvir o som de folhas de papel viradas enquanto ele consultava o prontuário de Julie. “Durante essa consulta, ela se queixou de dor persistente na região abdominal baixa, nos últimos dias. Um pouco de náusea e vômito, sem diarreia. Negou qualquer história clínica prévia, não tomava remédios. Ao exame, era uma mulher magra, de aparência cansada. Sua pressão arterial estava normal, 122/80, frequência cardíaca alta, mas ainda dentro da faixa normal. Não tinha febre. O exame abdominal não mostrou nada de anormal: mínima dor generalizada à palpação, sons intestinais presentes. Não fiz exame retal.” Outras páginas viradas. “O exame de urina foi normal. O hemograma completo [o exame que quantifica leucócitos, hemácias e plaquetas] não mostrou sinais de infecção. Achei que talvez ela tivesse uma infecção viral e receitei algo para a náusea, além de um analgésico leve. Pedi que telefonasse se não melhorasse.” O médico fez uma pausa, e o ruído das páginas parou. “Eu não sabia que ela havia morrido. Lamento muito.”

Peguei um voo para minha cidade natal e fui ao jazigo da nossa família, já bastante ocupado com as lápides das gerações anteriores. Minhas irmãs e eu recebemos flores e condolências. Esperamos até que o legista nos enviasse o corpo de Julie e o enterramos. Vieram pessoas da nossa cidade e da nova cidade de Julie. Encontrei Jorge e alguns outros amigos de Julie, dos AA. Descobri então que todos sofríamos com a mesma pergunta: como?

Depois do funeral, liguei para o escritório do médico legista, com a confiança de que ele me daria uma resposta. O laudo ainda não estava completo – faltavam dados laboratoriais –, mas eu convenci a assistente a pular o relatório e ir direto à conclusão. Eles haviam completado a autópsia, mas não encontraram nada, absolutamente nenhum sinal do que poderia ter matado minha irmã. A mulher ao

telefone foi simpática e compassiva. Ela pôde sentir minha frustração.

EU ASSISTI À PRIMEIRA AUTÓPSIA no primeiro ano da faculdade de medicina. Já tinha meio ano de aulas de anatomia nas costas, portanto vira a morte de perto. Havia ali um pequeno grupo de estudantes de medicina e residentes que iriam observar o procedimento. Enquanto vestíamos o avental de papel, a máscara e os óculos protetores exigidos na sala de autópsia, o patologista resumiu rapidamente o caso. Era uma mulher jovem, que morrera poucos dias após dar à luz seu primeiro filho. As últimas semanas da gravidez haviam sido complicadas por pressão alta – alta demais, impossível de ser controlada mesmo pelos vários remédios que lhe foram receitados. Ela então sofreu insuficiência renal e hepática e recebeu o diagnóstico de pré-eclâmpsia – uma complicação misteriosa e incomum da gravidez. O único tratamento eficaz para essa condição é realizar o parto do bebê, por isso aquela jovem fizera uma cesariana.

No entanto, mesmo depois de dar à luz a mãe continuou doente, e então morreu de repente. O que a matara? Essa era pergunta que aquela autópsia tentaria responder.

Marchamos para a sala de autópsia, uma câmara grande e bem-iluminada, com paredes verdes, típicas de hospitais, e várias mesas compridas de aço inoxidável, grandes o suficiente para receber os corpos. Junto a cada mesa havia uma balança e uma mangueira que pingava água numa cuba debaixo da mesa. O murmúrio grave de um exaustor aumentava o aspecto industrial do lugar.

Apesar da grossa máscara de papel que eu havia ajustado sobre o nariz e a boca, sentia-se claramente o cheiro doce e nauseante dos produtos de limpeza e conservantes, e, por trás dele, o odor fétido e animalesco de sangue e fezes. O corpo da jovem estava deitado sobre a mesa. Ela estava nua – pequenina e vulnerável sobre aquele longo pedaço de chapa fria. Quase podíamos pensar que ela dormia, não fosse a palidez de sua pele, como a de um manequim. O cabelo castanho curto se espalhava sobre a mesa; seu pescoço estava apoiado num bloco de madeira. Uma pequena tatuagem no ombro exibia um pássaro voando.

O legista anunciou a hora e, então, com uma agilidade que demonstrava muita prática, apanhou um bisturi e inseriu a lâmina no peito da jovem, logo abaixo da clavícula esquerda. Avançou com o corte para baixo e para o centro, chegando à parte inferior da caixa torácica. Nenhum sangue correu do corte. Ele seccionou habilmente as costelas do lado direito, completando um V sobre o tórax, e então continuou em linha reta sobre o abdome, passando pela cicatriz cirúrgica ainda nova da cesariana, logo acima do osso púbico. Essa brutalidade calma e utilitária era fascinante e um pouco repulsiva. Ainda assim, o ambiente de laboratório e as alterações sutis no corpo, que pareciam gritar anunciando que não restava vida

alguma naquela carcaça, tornavam possível o impensável.

O legista, um homem de meia-idade com braços musculosos, abriu o tórax e o abdome, revelando os órgãos em seu interior. Uma a uma, as conexões que ligavam os órgãos ao corpo foram cortadas; os órgãos foram retirados, inspecionados e pesados. Cada observação e medição era anunciada e gravada em áudio, para ser transcrita posteriormente.

Os pulmões foram levantados, revelando o coração, que, segundo o que nos disseram, estava aumentado de tamanho. A moça era tão pequena que seu coração me pareceu pequenino, mas, quando foi pesado, ouviu-se um murmúrio entre os entendidos no assunto, um reconhecimento de que o coração estava de fato grande demais. Os outros órgãos foram removidos, inspecionados e pesados, e então alinhados na mesa para serem examinados mais tarde, em maiores detalhes.

O legista passou à cabeça. Fez uma incisão transversal no couro cabeludo, na região da nuca, e então escalpelou o tecido para a frente, com a facilidade de quem tira a casca de uma banana. Usando um instrumento que parecia uma serra elétrica circular, cortou um círculo no alto do crânio. Retirou então a tampa solta do crânio com uma ferramenta delgada, semelhante a um pé de cabra. As circunvoluções cinza-acastanhadas do cérebro, que eu conhecia das minhas pesquisas na aula de anatomia, não estavam lá. Em vez disso, pude ver o que parecia uma bola lisa, de cor cinza, manchada de círculos grandes e brilhantes de coloração marrom ou negra. O cérebro estava enormemente inchado. Os círculos eram sangue velho, coagulado na superfície. Estava claro que algum vaso sanguíneo de grande calibre havia se rompido no cérebro, preenchendo todo o espaço disponível e espremendo o órgão, que ganhou um aspecto antinatural, liso e brilhante. Ela havia sofrido uma hemorragia cerebral – consequência da pressão muito elevada, que nem mesmo o nascimento de seu filho e todos os nossos remédios haviam conseguido reduzir.

Quando a assistente do legista me informou que a autópsia de minha irmã nada havia revelado, eu pensei nessa jovem. Involuntariamente, vislumbrei minha irmã deitada naquela laje de alumínio, com seus profundos olhos azuis fechados, o cabelo, clareado pelo sol, emaranhado ao redor da cabeça, os recantos mais internos expostos aos olhos do especialista que sequer a conhecia. Foi doloroso imaginar a cena. Certamente haveria sinais da vida difícil que ela vivera: linhas escuras nos pulmões, revelando a longa história de tabagismo; um fígado aumentado – ou talvez um fígado cicatrizado e encolhido em consequência dos anos de bebida. Senti uma espécie de vergonha dolorosa ao pensar naqueles técnicos descobrindo os segredos da vida de minha irmãzinha. Era como se eles houvessem entrado de repente na sala onde eu e minhas irmãs

chorávamos e, de alguma forma, pudessem ver todos os nossos segredos também. Ainda assim, nada do que descobriram podia explicar sua morte súbita e inesperada. Desliguei o telefone e respirei fundo.

Na verdade, aquele resultado frustrante tinha algo a me dizer. A autópsia teria revelado, se tivesse havido, um sangramento profuso em alguma parte. Ou um grande coágulo impactado nos pulmões. Ou uma infecção letal. Em vez disso, Julie parecia completamente normal.

São poucas as coisas que podem matar uma pessoa sem deixar marcas. Julie teria sofrido uma overdose? O álcool era sua droga – ela teria acrescentado algo à mistura? E, se o fizera, teria sido de propósito? A ideia de que ela pudesse estar tão desesperada a ponto de tomar uma overdose intencional era quase insuportável. A polícia não encontrara nenhum frasco de remédio nem sinais de drogas ilegais no local, e não havia nenhum bilhete de suicídio. Ou será que ela tivera uma arritmia cardíaca? Nesse caso, qual poderia ter sido a causa? O passo seguinte seria o exame de seu sangue e tecidos, em busca de causas invisíveis a olho nu.

A ÚLTIMA VEZ QUE FALEI COM A MINHA IRMÃ foi no seu aniversário. Pude notar que ela bebera, pois não quis conversar. “Quais são as novidades?”, perguntei. “Nada de mais”, contou Julie. “O mesmo de sempre. Vou ao trabalho, às reuniões, volto para casa.” Deu uma tragada forte no cigarro. “E você?”, perguntou, evitando qualquer conversa mais séria sobre sua vida. Eu lhe contei um pouco dos meus dois filhos e encerramos nossa breve conversa, com descontentamento dos dois lados. Julie disse que frequentava as reuniões, mas, se não estivesse bebendo, teria mil histórias para contar, mil detalhes, com humor. Minha irmã era uma bêbada melancólica: cheia de segredos, defensiva, calada; muito diferente da mulher exuberante e prática que fora antes que o álcool dominasse sua vida.

Enquanto arrumávamos as coisas após o funeral, conversei com minhas irmãs sobre os últimos anos da vida de Julie. A irmã que se mantivera mais próxima a ela, tanto geográfica quanto emocionalmente, se lembrava de ter levado Julie ao hospital uma vez. “Você se lembra, não é? Ela estava vomitando sangue, e eu a levei à Clínica Roper. Eles tiraram sangue e, depois da endoscopia, um médico jovem veio ver Julie. Ele falou que o potássio no sangue dela estava perigosamente baixo, e ela precisou receber potássio na veia.”

Potássio baixo (hipocalemia) é uma bem-descrita complicação do alcoolismo. Quando ingerido em excesso, o álcool pode fazer com que o corpo elimine certos eletrólitos – como o potássio ou o magnésio. Isso normalmente não causaria problemas, pois repomos esses eletrólitos diariamente. A maioria das pessoas come muito mais do que o organismo é capaz de utilizar. Mas os

alcoólatras podem não repor essas substâncias químicas vitais. Uma vez que esses eletrólitos saem da faixa normal, nosso corpo tem dificuldade de operar da maneira correta. Quando os níveis de eletrólitos se afastam muito do normal, o corpo deixa de funcionar: o coração simplesmente para e a pessoa morre.

Em geral, o organismo está bem-protegido contra isso. Mas minha irmã não estava vivendo normalmente. Aquele desequilíbrio crítico teria ocorrido de novo? A circunstância era propícia: ela tinha acabado de sair de um porre e sem dúvida não estava comendo bem. Eu sabia que, no passado, ela havia perdido três, até cinco quilos durante uma bebedeira longa, pois parava de comer. Eu tinha esquecido de seu histórico de hipocalemia. A crise anterior também ocorrera logo após uma bebedeira. Sem potássio, o coração pode parar de bater. Não há dor, não há tempo para alcançar o telefone. Essa poderia ter sido a causa de sua morte?

Depois de várias semanas, o médico legista enfim emitiu o laudo. Não foi encontrada qualquer anormalidade, a não ser pelas que se veem habitualmente após a morte. Havia álcool em seu sangue, mas nenhum veneno, nenhuma droga, nenhum sinal de infecção. Os eletrólitos estavam desajustados. O potássio não estava baixo – como eu esperava –, mas alto demais. Liguei para o patologista que havia feito a autópsia. Minha irmã poderia ter morrido por essa elevação imprevista no potássio? Não. Ele me explicou que o potássio elevado se devia a alterações que ocorrem em qualquer corpo após a morte. Se Julie houvesse sofrido uma redução crítica no nível de potássio ou de outra substância que acabasse por provocar uma parada cardíaca, a própria morte apagaria todos os indícios.

Portanto, a autópsia não trouxera resposta alguma. Ainda assim, juntando todas as peças – a história de hipocalemia, a ausência de um diagnóstico na autópsia, uma morte tão súbita –, eu logo percebi o que havia acontecido. Pude montar a história na minha cabeça. Jorge me contou que Julie bebera, e eu sabia que ela não comia durante as bebedeiras. Essa combinação explicaria a dor abdominal que a mandara ao consultório do médico. O potássio estava baixo. Por isso ela se sentira tão dolorida e cansada na manhã de sua morte. O potássio baixo deve ter feito o coração cair para um ritmo irregular e letal. A morte de Julie teria sido quase instantânea – sem deixar tempo sequer para ela chamar a emergência.

PASSEI O NATAL SEGUINTE com as minhas três irmãs. Numa casa de praia alugada, numa noite fria e cinzenta de dezembro, depois que as crianças e os maridos haviam ido para a cama, as quatro nos sentamos e conversamos sobre Julie. Apesar de haver se passado mais de um ano, a perda ainda era recente, e aquele

Natal – o primeiro que passamos juntas sem ela – tornou a dor ainda mais pungente. Para minhas irmãs, os fatos peculiares que levaram à morte de Julie eram apenas mais alguns dos mistérios confusos e desconectados que tantas vezes a acompanhavam. Então eu lhes expliquei, em palavras simples, aquilo que os meus livros chamam de hipocalemia e contei a minha versão para a morte de Julie. Uma vez colocada essa peça final do quebra-cabeça, tornou-se mais fácil enquadrar a história de sua morte súbita na história mais longa que já conhecíamos – a da doença de Julie, de seu alcoolismo, e depois na história ainda mais ampla de sua vida. Sim, ela era a beberrona que morrera, mas também era a mulher engraçada, com um humor rascante que a ajudava a encarar as maiores dificuldades com um olhar maroto e uma piada rápida.

"Sabe, Julie iria cair na gargalhada se nos visse agora", comentou uma das irmãs, secando as lágrimas num lenço de papel esfarrapado. "Ela sempre dizia que o Natal não é realmente Natal até que todo mundo chore. A gente fica acordada até tarde demais, come demais, bebe demais, vê muita gente que ama e detesta. É demais para o coração humano." E então, de repente, conseguimos começar a contar nossas histórias sobre Julie. Ela tinha uma capacidade invejável de rir do sofrimento mundano da vida diária. Foi bom sentir saudade dela, tanta saudade, ao lado de todas as minhas irmãs, e daquela maneira.

Continuamos a rir e a contar histórias até que o primeiro clarão da madrugada indicou que já era hora de encerrarmos a noite. A essa altura, a medicina já não era um consolo, sequer fazia parte da noite. Essa versão da história já se perdera, esquecida como algo secundário por trás de tudo o que já sabíamos. A linguagem precisa e fria do potássio e da arritmia fora expressada, desembrulhada e traduzida de volta para a linguagem mais confortável que as famílias utilizam depois que os profissionais médicos já deixaram o recinto. Em última análise, a medicina não pode trazer conforto, mas certamente ajuda a contar a história final de uma vida. Quando sabemos como alguém morreu, é mais fácil nos lembrarmos de como essa pessoa viveu. E depois que a medicina termina de fazer o que pode, tudo o que queremos – e, por fim, tudo o que temos – são as histórias.

Notas

Introdução: O pesadelo de todo paciente (p.9 a 27)

1.Berner, E. e M. Graber. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *American Journal of Medicine*, vol.21, 2008, p.2-23.

2.Kassirer, J. "Teaching problem-solving: how are we doing?". *New England Journal of Medicine*, vol.332, 1995, p.1507-9.

3.Kohn, L.T. et al. (orgs.). *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 2000. O texto do livro está disponível online em http://books.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371.

4.Graber, M. et al. "Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal." *Academic Medicine*, vol.77, 2002, p. 981-9. Holohan, T.V., et al. "Analysis of diagnostic error in paid malpractice claims with substandard care in a large healthcare system". *Southern Medical Journal*, vol.98, n.11, 2005, p.1083-7.

5.Berner, E. e M. Graber. "Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine". *American Journal of Medicine*, vol.121, 2008, p.2-23.

6.Leape, L. et al. "The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, vol.324, p.377-84.

7.Goldman, L. et al. "The value of the autopsy in three different eras". *New England Journal of Medicine*, vol.308, 1983, p.1000-5.

8.Sonderegger-Iseli, K. et al. "Diagnostic errors in 3 medical eras: a necropsy study". *Lancet*, vol.355, 2000, p.2027-31.

9.Shojania, K. et al. "The autopsy as an outcome and performance measure". Evidence Report/Technology Assessment n.58 (preparado pela Universidade da Califórnia São Francisco-Stanford Evidence-Based Practice Center, sob contrato n.290-97-0013), AHRQ Publication n.03-E002. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, out 2002.

1. Os fatos, e o que há por trás deles (p.31 a 50)

1.Hasnajn, M., G. Bordage et al. "History taking behaviors associated with diagnostic competence of clerks: an exploratory study. *Academic Medicine*, vol.76, n.10, 2001, p.S14-S16. Hampton, J.R. et al. "Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients". *BMJ*, vol.2, 1975, p.486-9.

2Beckman, H.B. e R.M. Frankel. "The effect of physician behavior on collection of data". *Annals of Internal Medicine*, vol.101, 1984, p.692-6.

3.Dyche, L. e D. Swiderski. "The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns". *Journal of General Internal Medicine*, vol.20, 2005, p.267-70. Marvel, M.K. et al. "Soliciting the patient's agenda: have we improved?". *JAMA*, vol.281, 1999, p.283-7. Rhoades, D.R. et al. "Speaking and interruptions during primary care office visits". *Family Medicine*, vol.33, 2001, p.528-32.

4.Beckman, H.B. e R.M.Frankel. “The effect of physician behavior on collection of data”. *Annals of Internal Medicine,* vol.101, 1984, p.692-6.

5.Baker, L.H., D. O’Connell e F.W. Platt. “What else? Setting the agenda for the clinical interview”. *Annals of Internal Medicine*, vol.143, n.10, 2005, p.766-70.

6.Starfield, B., C. Wray et al. “The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care”. *American Journal of Public Health*, vol.71, 1981, p.127-31. Burack, R.C. e R.R. Carpenter. “The predictive value of the presenting complaint”. *Journal of Family Practice,* vol.17, p.749-54.

7.Epstein, R.M. e R.L. Street. “Patient centered care for the 21st century: physicians’ roles, health systems and patients’ preferences”. ABIM, Fórum de Verão, 2008, From Rhetoric to Reality: Achieving Patient Centered Care.

8.Doyle, A.C. *O signo dos quatro*, in *Sherlock Holmes – edição definitiva, comentada e ilustrada*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, vol.7, 2010.

9.Fosarelli, P. “Medicine, spirituality and patient care”. Jama, vol.300, n.7, 2008, p.836-8.

10.Platt, F. “Two collaborating artists produce a work of art: the medical interview”. *Archiver of Internal Medicine,* vol.163, 2003, p.1131-2.

11.Forem, J. “Make the most of a doctor’s visit”. *Boston Globe*, 19 set 2005.

12.Mechanic, D. et al. “Are patient office visits with physicians getting shorter?” *New England Journal of Medicine,* vol.344, n.3, 2001, p.198-204.

13.Stewart, M. et al. “The impact of patient-centered care on outcomes”. *Journal of Family Practive*, vol.49, n.9, 2000, p.796-804. Levinson, W. et al. “A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings”. *Jama*, vol.284, 2000, p.1021-7.

14.Mauksch, L.B. et al. “Relationship, communication and efficiency in the medical encounter”. *Archives of Internal Medicine*, vol.168, n.13, 2008, p.1387-95.

15.Stewart, M. et al. “The impact of patient-centered care on outcomes”. *Journal of Family Practice*, vol.49, n.9, 2000, p.796-804.

16.Allen, J.H. et al. “Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse”. *Gut*, vol.52, 2004, p.1566-70.

17.Allen, J.H., G.M. de Moore et al. “Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse”. *Gut*, vol.52, 2004, p.1566-70. De Moore, G.M., J. Baker et al. “Psychogenic vomiting complicated by marijuana abuse and spontaneous pneumonmediastinum”. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry,* vol.30, 1996, p.290-4. Roche, E. e P.N. Foster. “Cannabinoid hyperemesis: not just a problem in Adelaide Hills”. *Gut*, vol.54 2005, p.731.

18.Hill, J. “Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthristis”. *Annals of Rheumatic Disseases*, vol.60, 2001, p.869-75. Kripalani, S. et al. “Interventions to enhance medication adherence in chronic disease”. *Archives of Internal Medicine*, vol.167, n.6, 2007, p.540-9.

19.Lin E, H.B. et al. “Working with patients to enhance medication adherence”. *Clinical Diabetes*, vol.26, 2008, p.17-9.

20.Cassell, E.J. “Diagnosing suffering: a perspective”. *Annals of Internal Medicine*, vol.131, 1999, p.531-4.

2. As histórias que eles contam (p.51 a 66)

1.Lucey, C.R. “From problem lists to illness scripts: a new strategy to learn and teach professional thinking in small groups”, palestra feita em 14 jan 2003. Hunter, K.M. *Doctors’ Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge.* Princeton, NJ, Princeton University Press, 1991, p.17. Montgomery, K. *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine.* Nova York, Oxford University Press, 2006, p.45-53. Bowen, J.L. “Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning”. *New England Journal of Medicine,* vol.355, 2006, p.2217-25.

2.Schmidt, H.G. e R.M.J.P. Rikers. “How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation”. *Medical Education*, vol.41, 2007, p.1133-9. Charlin, B. et al. “Scripts and clinical reasoning”. *Medical Education*, vol.41, 2007, p.1178-84.

3.Mangruikar, R.S. et al. “What is the role of the clinical ‘pearl’”. *American Journal of Medicine*, vol.113, 2002, p.617-24. Ioannidis, J.P.A. e J. Lau. “Uncontrolled pearls, controlled evidence, meta-analysis and the individual patient”. *Journal of Clinic Epidemiology*, vol.51, n.8, 1998, p.709-11.

4.Lemierre, A. “On certain septicemias due to anaerobic organisms”. *Lancet*, vol.1, 1936, p.701-3. Centor, R.M. “Should Lemierre’s syndrome re-emergence change pharyngitis guidelines?”. Manuscrito do autor. Singhal, A. e M.M. Kerstein. “Lemierre’s syndrome”. *Medscape*, vol.94, n.9, 2001, p.886-7. http://www.medscape.com/viewarticle/410830.

5.Hunter, K.M. *Doctors’ Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton, NJ. Princeton University Press, 1991.

6.Anderson, A. *On the Other Side: African Americans Tell of Healing*. Louisville, KY, Westminster John Knox Press, 2001.

3. Uma arte em extinção (p.69 a 84)

1.Jauhar, S. “The demise of the physical exam”. *New England Journal of Medicine*, vol.354, 2006, p.548-51.

2Mangione, M., L.Z. Nieman, D. Kaye e E. Gracely E. “The teaching and practice of cardiac auscultation during internal medicine and cardiology training: a nationwide survey”. *Annals of Internal Medicine*, vol.119, n.1, p.46-54.

3.Mangione S. e L.Z. Nieman. “Pulmonary auscultatory skills during training in internal medicine and family practice”. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol.159, n.4, parte 1, p.1119-24.

4.Vukanovic-Criley, J.M., S. Criley et al. “Competency in cardiac examination skills in medical students, trainees, physicians and faculty”. *Archives of Internal Medicine*, vol.166, 2006, p.610-6.

5.Mangione, S. “Teaching and practice of cardiac auscultation during internal medicine and cardiology training”. *Annals of Internal Medicine*, vol.119, n.1, 1993, p.47-54. Mangione, S. e L. Nieman. “Pulmonary auscultatory skills during training in internal medicine and family practice”. *American Journal of Respiratory and Critical Care*, vol.159, 1999, p.1119-24. Mangione, S. e F.D. Duffy. “The teaching of chest auscultation in primary care training: has anything changed in the 1990’s”. *Chest*, vol.124, n.4, 2003, p.1430-6.

6.Chassin, M.R. “Variations in length of stay: their relationship to health outcomes”. Relatório para o Office of Technical Assessment, Congresso dos Estados Unidos, Washington, D.C., 1983.

7.Comunicação pessoal, John Moriarty, Associate Program Director, Yale Tradition, Internal Medicine Residency Program.

8. http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4712.

9.McGreevy, K.M. et al. “Clinical breast examination–practices among women undergoing screening mammography”. *Radiology*, vol.24, 2002, p.555-9.

4. O que só o exame físico pode mostrar (p.85 a 111)

1.Hampton, J.R. et al. “Contribution of history-taking, physical examination and laboratory evaluation to diagnosis and management of medical outpatients”. *BMJ*, vol.2, n.5969, 1975, p.486-9. Sandler, G. “The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests”. *American Heart Journal*,

vol.100, parte 1, 1980, p.928-31.
2.Reilly, B.M. “Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study”. *Lancet*, vol.362, 2003, p.1100-5.

5. Ver para crer (p.112 a 148)

1.De “Prognosis”, in *Hippocratic Writings*. Nova York, Penguin Books, 1983, p.171.
2.Ibid., p.170.
3Mellors, J.W., R.I. Horwitz et al. “A simple index to identify occult bacterial infection in adults with acute unexplained fever”. *Archives of Internal Medicine*, vol.147, 1987, n.4, p.666-71.
4.Doyle, A.C. “O rosto lívido”, in *Sherlock Holmes – edição definitiva, comentada e ilustrada*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, vol.5, 2007; *Um estudo em vermelho*, in *Sherlock Holmes – edição definitiva, comentada e ilustrada*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, vol.6, 2009.
5.Várias fontes foram usadas nesta pesquisa: Klauder, J.V. “Sherlock Holmes as a dermatologist”. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol.68, n.4, 1953, p.363-77. Reed, J. “A medical perspective on the adventures of Sherlock Holmes”. *Medical Humanities*, vol.27, 2001, p.76-81. Massey, E.W. “Joseph Bell MD-Mr. Sherlock Holmes?”. *Southern Medical Journal*, vol.73, n.12, 1980, p.1635-6. Scarlett, E.P. “The old original: notes on Dr. Joseph Bell whose personality and peculiar abilities suggested the creation of Sherlock Holmes”. *Archives of Internal Medicine*, vol.114, 1964, p.696-701. “Conan Doyle dead from heart attack”. *New York Times*, 8 jul 1930. Wisser, K.M. “The creation, reception and perpetuation of the Sherlock Holmes phenomenon 1887-1930”. Tese de mestrado, Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill, 2000. Leibow, E. *Dr. Joe Bel: Model for Sherlock Holmes*. Bowling Green, OH, Bowling Green University Popular Press, 1982.
6.Leibow, E., op.cit.
7.Dolev, J.C., L.K. Friedlaender e I.M. Braverman IM. “Use of fine art to enhance visual diagnostic skills”. *Jama*, vol.286, n.9, 2001, p.1020-1.
8.Este vídeo foi concebido e produzido por Daniel J. Simons, professor adjunto, Universidade de Illinois, Visual Cognition Lab. Mostre-o a seus amigos acessando http://viscog.beckman.uivc.edu/djs_lab/index.html.
9.Simons, D.J. e C.F. Chabris. “Gorillas in our midst: sustained inattention blindness for dynamic events”. *Perception*, vol.28, 1999, p.1059-74.
10.Chun, M.M. e R. Marois. “The dark side of visual attention”. *Current Opinion on Neurobiology*, vol.12, 2002, p.184-9. Most, S.B. et al. “What you see is what you set: sustained inattentional blindness and the capture of awareness”. *Psych Reviceo*, vol.112, n.1, 2005, p.217-42.
11.Kelley, T.A. et al. “Effect of scene inversion on change detection of targets matched for visual salience”. *Journal of Vision*, vol.2, 2003, p.1-5.

6. A cura pelo toque (p.149 a 170)

1.Adams, C.D. (org.). *The Genuine Works of Hippocrates*. Nova York, Dover, 1868, de *The Digital Hippocrates*, http://www.chlt.org/sandbox/dh/Adams/page.160.a.php.
2.Musunuru, S., H. Chen et al. “Computed tomography in the diagnosis of acute appendicitis: definitive or detrimental”. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, vol.11, 2007, p.1417-22.
3.Elmore, J.G., C.K. Wells et al. “Variations in radiologists’ interpretation of mammograms”. *New England Journal of Medicine*, vol.311, 1994, p.1493-9.

7. O coração do problema (p.171 a 209)

1. Salvatore Mangione, comunicação pessoal.
2. Nuland, S.B. *Doctors: The Biography of Medicine.* Nova York, Vintage Books, 1995, p.220.
3. Duffin, J. *To See with a Better Eye: The Life of RTH Laennec.* Princeton, NJ, Princeton University Press, 1998, p.122.
4. Ibid., p.26.
5. Eu geralmente explico a insuficiência cardíaca aos meus pacientes usando uma cena de *I Love Lucy.* Num episódio, Lucy e sua amiga Ethel arrumam empregos numa fábrica de doces, embrulhando balas que passam pela esteira rolante. No início elas conseguem manter o ritmo, e todos os doces acabam muito bem-embrulhados. A esteira ganha velocidade, e mais doces vão chegam, dificultando cada vez mais a tarefa. Pouco depois, as duas estão sobrecarregadas e acabam com balas por toda parte – nos bolsos, nas blusas, no chão. O que acontece com Ethel e Lucy é análogo ao que acontece no coração – ao menor esforço físico, o órgão enfraquecido se vê sobrecarregado pela quantidade de sangue que chega até ele, e assim, como no transbordamento de doces, o líquido em excesso se acumula, inundando quase todo o corpo.
6. Duffin, J. *To See with a Better Eye: The Life of RTH Laennec.* Princeton, NJ, Princeton University Press, 1998, p.157-8.
7. Major, R.H. *Classic Descriptions of Disease.* Springfield, IL, Charles C. Thomas Publisher, 1932, p.371-2.
8. Blanchard, G.P. "Is listening through a stethoscope a dying art?" *Boston Globe,* 25 mai 2004.
9. Jaffe, W.M. et al. "Clinical evaluation versus Doppler echocardiogram in the quantitative assessment of valvular heart disease". *Circulation,* vol.78, 1988, p.267-75.
10. Attenhofer Jost, C.H. et al. "Echocardiography in the evaluation of systolic murmurs of unknown cause". *American Journal of Medicine,* vol.108, 2000, p.614-20.
11. Reichlin, S. et al. "Initial clinical evaluation of cardiac systolic murmurs in the ED by noncardiologist". *American Journal of Emergency Medicine,* vol.22, p.71-5.
12. Smith, C.A. et al. "Teaching cardiac examination skills: a controlled trial of two methods". *Journal of General Internal Medicine,* vol.21, n.1, p.1-6. Barrett, M.J. "Mastering cardiac murmurs: the power of repetition. *Chest,* vol.126, 2004, p.470-5. Favrat, B. et al. Teaching cardiac auscultation to trainees in internal medicine and family practice: does it work?" *BMC Medical Education*, vol.4, p.5 http://www.biomedcentral.com/1472-6920/4/5.
13. Holmboe, E.S. e R.E. Hawkins. "Evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review". *Annals of Internal Medicine,* vol.129, 1998, p.42-8.
14. Hicks, C.M. et al. "Procedural experience and comfort level in internal medicine trainees". *Journal of General Internal Medicine,* vol.15, 2000, p.716-22.

8. Os problemas postos à prova (p.213 a 238)

1. Klempner, M.S. et al. "Two controlled trials of antibiotic treatment in patients with persistent symptoms and a history of Lyme disease". *New England Journal of Medicine,* vol.345, p.85-92.
2. Clark, E. "Lyme disease: one woman's journey into tick country". http://www.yankeemagazine.com/issues/2007-07/features/lymecountry.
3. Steere, A.C. "David France, scientist at work". *New York Times,* 4 mai 1999.
4. Steere, A.C. et al. "The emergence of Lyme disease". *Journal of Clinic Investigation,* vol.113, n.8, 2004, p.1093-101.
5. Tibbles, C.D. et al. "Does this patient have erythema migrans". *Jama,* vol.297, 2007, p.2617-27.
6. Steere, A.C. et al. "Association of chronic Lyme arthritis with HLA-DR4 and HLA-DR2 alleles". *New England Journal Medicine,* vol.323, 1990, p.219-23.

7.Shadick, N.A et al. “The long-term clinical outcomes of Lyme disease. A population-based retrospective cohort study”. *Annals of Internal Medicine,* vol.121, 1994, p.560-7.
8.Cairn, V. e J. Godwin “Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms”. *International Journal of Epidemiology,* vol.34, 2005, p.1340-5.
9.Klempner, M.S. et al. “Two controlled trials of antibiotic treatment in patients with persistent symptoms and a history of Lyme disease”. *New England Journal of Medicine,* vol.345, 2001, p.85-92.
10.Krupps, L.B. et al. “Study and treatment of post Lyme disease”. *Neurology,* vol.60, 2003, p.1923-30. Fallon, B.A. “A randomized, placebo-controlled trial of repeated IV antibiotic therapy for Lyme encephalopathy”. *Neurology*, vol.70, 2008, p.992-1003.
11.The International Lyme and Associated Diseases Society Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease, publicado em nov 2006, p.7, http://www.ilads.org/guidelines.html, acessado em 31 dez 2007.
12.Tugwell, P. et al. “Laboratory evaluation in the diagnosis of Lyme disease”. *Annals of Internal Medicine,* vol.127, n.12, 1997, p.1109-23.
13.Fletcher, K. “Ten most common health complaints”. *Forbes*, 15 jul 2003. http://www.forbes.com/2003/07/15/cx_kf_0715health.html.

9. Falha de raciocínio (p.241 a 266)

1.Bartlett, E.E. “Physicians’ cognitive errors and their liability consequences”. *Journal of Healthcare Risk Manage*ment, outono, 1998, p.62-9.
2.Tai, D.Y.H. et al. “A study of consecutive autopsies in a medical ICU: a comparison of clinical cause of death and autopsy diagnosis”. *Chest*, vol.119, 2001, p.530-6.
3.Berner, E.S. et al. “Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine”. *American Journal of Medicine*, vol.121, 54, 2008, p.S2-S23.
4.Os erros ligados à coleta inadequada de dados provavelmente estão sub-representados nessa amostra, pois ela se baseia na revisão de prontuários. Se algo passou em branco, não estará registrado. Para detectarmos esse tipo de erro precisamos ter acesso ao paciente no momento do diagnóstico.
5.Croskerry, P. “The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them”. *Academic Medicine*, vol.78, n.8, 2003, p.1-6.
6.Croskerry, P. “Overconfidence in clinical decision making”. *American Journal of Medicine,* vol.121, 5A, 2008, p.S24-S29.
7.Gladwell, M. *Blink.* Nova York, Little, Brown, 2005. http://www.gladwell.com/blink/
8.Croskerry, P. “The theory and practice of clinical decision-making”. *Canadian Journal of Anesthesia,* vol.52, n.6, 2005, p.R1-R8.
9.http://www.cdc.gov/cancer/prostate/statistics/race.htm, acessado em 1º mai 2008.
10.McKinlay, J.B., D.A. Potter e H.A. Feldman. “Non-medical influences on medical decision-making”. *Social Science & Medicine*, vol.42, n.5, p.769-76.
11.Idem.
12.Arber, S. et al. “Patient characteristics and inequalities in doctors’ diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment”. *Social Science & Medicine*, vol.62, n.1, 2006, p.103-15.
13.Gawande, A. “The Checklist”. *The New Yorker,* 10 dez 2007. http://www.newyorker.com/reporting/2007/12/10/071210fa_fact_gawande.
14.Wachter, R.E. *Understanding Patient Safety.* New York, McGraw-Hill Medical, 2008, p.23.
15.Haynes, A.B. et al. “A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population”. *New England Journal of Medicine,* vol.360, 2009, p.491-9.
16.Pronovost, Petal. “An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU”.

New England Journal of Medicine, vol.335, 2006, p.2725-32.

10. Diagnóstico digital (p.267 a 292)

1.Pauker, S.G. et al. “Towards the simulation of clinical cognition taking a present illness by computer”. *American Journal of Medicine*, vol.60, 1976, p.981-96.

2.Berner, E.S. et al. “Performance of four computer-based diagnostic systems”. *New Englang Journal of Medicine*, vol.330, 1994, p.1792-6.

3.Leonhardt, D. “Why doctors so often get it wrong”. *New York Times*, 22 fev 2006.

4.Graber, M.I. e A. Matthew. “Performance of a web-based clinical diagnosis support system for internists”. *Journal of General Internal Medicine*, vol.23, supl. 1, 2008, p.37-40.

5.Boone, S. “Computer users can catch the health bug on line”. *McClatchy-Tribune Regional News–The Walton Sun*, 17 nov 2007.

6.Greenwald R. “…And a diagnostic test was performed”. *New England Journal of Medicine*, vol.353, carta, 2005, p.2089-90.

7.Tang, H. e J. Hwee Kwoon Ng. “Googling for a diagnosis – use of Google as a diagnostic aid: Internet based study”. *BMJ*, vol.333, 2006, p.1143-5.

8.Fan, E. et al. “A gut feeling”. *New England Journal of Medicine*, vol.359, 2008, p.75-80.

Epílogo: O diagnóstico final (p.293 a 306)

1.Boa parte disso vem da maravilhosa história da medicina escrita por Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, Nova York Norton, 1999; e também da biografia de René Laennee escrita por Jacalyn Duffin, *To See with a Better Eye*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1998.

2.David Dobb escreveu um texto magnífico sobre a autópsia, “Buried answers”, para a *New York Times Magazine*, 24 abr 2005.

3.Do Accreditation Council for Graduate Medical Education, organização privada sem fins lucrativos que avalia e credencia os programas de residência médica nos Estados Unidos, comunicação pessoal.

4.Um informe da Agency for Healthcare Research and Quality, escrito por A.E. Washington e K.M. McDonald, “The autopsy as an outcome and performance measure” (Evidence Report/Technology Assessment 58, out de 2002), forneceu boa parte das informações sobre a história moderna da autópsia.

Agradecimentos

Este livro teve origem nas páginas da *New York Times Magazine* e só se tornou possível porque Paul Tough, um dos editores da revista, acreditou que as histórias que eu contava em conversas casuais poderiam ser transportadas para as páginas do periódico. Obrigada, Paul, por ter se dado conta disso. Durante meus anos aqui, pude me beneficiar da orientação generosa de vários editores excelentes. Obrigada, Dan Zalewski, Joel Lovell, Catherine Saint Louis, Ilena Silverman, Katherine Bouton e Gerry Marzorati.

Aos pacientes que dividiram comigo alguns dos momentos mais aterrorizantes de suas vidas – as horas, dias, às vezes semanas entre o surgimento de sintomas misteriosos até que o diagnóstico correto fosse afinal determinado – a gratidão que sinto por vocês é incalculável. Aprendi muito com todos. Agradeço também aos médicos que me permitiram ver e narrar a incerteza que enfrentaram ao tentarem desvendar os mistérios de seus pacientes. O processo diagnóstico é muito mais que a declaração triunfante da causa de uma doença, e tenho uma dívida profunda com os médicos que me ajudaram a mapear os contornos dessa incerteza.

Com tantas histórias maravilhosas nas mãos, fiquei perplexa com o desafio que seria colocá-las em um livro. Mindy Werner acalentou essa massa rudimentar de ideias e histórias até que se tornasse a base deste livro. Steve Braun usou seu grande talento como repórter para me ajudar a encontrar o material adequado para esta construção. Karl Weber, obrigada por me ajudar a moldar estes capítulos, fazendo-os tomar a forma que o livro tem hoje. Meus parceiros de corrida, Elizabeth Dillon e Serene Jones, me escutaram enquanto encarávamos os morros de East Rock nas épocas em que eu estava lutando para escrever estes capítulos. Por mais ofegantes que estivéssemos, eu sempre podia contar com eles quando buscava respostas para as perguntas que precisava fazer. Anna Reisman, Eunice Reisman, John Dillon, Pang Mei Chang, Betsy Branch e Allyx Schiavone leram todos estes capítulos um número incontável de vezes – e sem reclamar. Seus comentários me traziam de volta sempre que eu mergulhava muito fundo na linguagem arcana da medicina, e minhas histórias estão mais bem-contadas graças a sua ajuda. Em Yale, Steve Huot, Julie Rosenbaum, August Fortin, Donna Windish, Andre Sofair, David Podell, Michael Green, Dan

Tobin, Steve Holt, Michael Harma, Jeanette Tetrault, Jock Lawrason e os demais membros do corpo docente, equipe e residentes constituíram uma comunidade na qual encontrei muito estímulo e apoio para realizar este trabalho. Tom Duffy, Frank Bia, Nancy Angoff, Asghar Rastegar, Patrick O'Connor, Majid Sadigh e Eric Holmboe me ensinaram quase tudo o que sei sobre o que é ser médica e me ajudaram a dar forma a muitas das ideias contidas neste livro. As reuniões de residentes presididas por Jerome Kassirer foram modelos de pensamento médico claro e de excelentes narrativas. Enquanto produzia estes capítulos – especialmente os que tratam do raciocínio –, folheei com frequência as anotações que fiz durante essas horas de exegese médica.

Jake Brubaker, Edmund Burke, Laura Cooney, Onyi Offor, Valerie Flores, Marjory Guerra, Jason Brown e Clayton Haldeman foram uma torcida entusiasmada a cada semana, vendo-me avançar lentamente no trabalho de escrita. Paul Attanasio teve o vislumbre de que histórias como as minhas poderiam ser contadas na televisão. Obrigada por me convidar para o mundo miraculoso da medicina televisiva. Agradeço também a David Shore – que encontrou seu House interior para dar vida ao médico-detetive Gregory House e sua busca apaixonada pelo diagnóstico, fazendo com que este tema, que me é tão próximo e querido, passasse a estar presente nas conversas de todo o país.

Charles Conrad, meu editor e estrela guia na Broadway Books, acreditou neste livro desde o início. Sua perspicácia, visão de futuro e (graças a Deus) paciência me deram o apoio firme de que eu precisava a cada momento. Frederick Chase e seu olho detalhista me impediram de cometer um sem-número de erros vergonhosos. Minha amiga e agente Gail Ross teve certeza de que isto daria um livro muito antes que eu e me ajudou durante todo o caminho. Gail, estou te devendo essa. Meus agradecimentos também a Jennifer Manguera, que trabalhou duro para manter a minha casa literária em ordem.

Finalmente, sou grata às minhas filhas Tarpley e Yancey. Vocês duas são o centro do meu mundo e a gravidade do meu sistema solar. Quando a órbita deste livro me levou ao lado mais obscuro do meu universo pessoal, o seu amor me trouxe de volta à ternura dessa família maravilhosa da qual consegui fazer parte. E ao Jack, sem o qual nada disto teria sido possível – por isso este livro é dedicado a você.

Índice remissivo

abandono
Abend, William, 1-2
abscesso na medula espinhal, 1-2
Academia Americana de Médicos de Família
ACGME (Conselho de Credenciamento Pós-Graduação Médica dos EUA)
aciclovir
acidentes de carro, 1-2
AHRQ (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde),
alcoolismo, 1, 2-3, 4, 5
Alguire, Patrick, 1-2
Alvarado, Alfredo
ambiguidade:
  desconforto com a, 1, 2-3
  e erro diagnóstico, 1-2
Anderson, Alita, 1-2
Anderson, Tom
anemia, 1-2, 3, 4
anemia perniciosa, 1, 2, 3
aneurisma de aorta, 1, 2
aneurisma da aorta, ruptura de, 1-2
aneurisma dissecante de aorta
Angoff, Nancy, 1-2
anticorpos, 1, 2-3
apendicite, 1-2
Arnot, Bob
arterite de células gigantes, 1-2
artrite reumatoide, 1, 2
  juvenil, 1, 2
  juvenil sistêmica
Asch, Bill, 1, 2-3
ascite

Associação Médica Americana (AMA)
Atkins, Clark, 1-2
Attanasio, Paul
Attenhofer, Christine
autópsia:
  diagnósticos via, 1-2
  diminuição no número de, 1, 2-3, 4
  discrepâncias diagnósticas descobertas por, 1-2
  funções médicas da, 1-2
  procedimento da, 1-2
AVC, pérolas clínicas do, 1-2

Balint, George
banhos repetitivos, 1-2
batimento cardíaco, sistólico e diastólico, 1-2
Bell, Joseph, 1-2
Berger, Alfred
Bergsagel, John, 1-2
Berner, Eta, 1-2, 3
Bia, Frank, 1-2
Biblioteca Nacional de Medicina
Bierce, Ambrose
Bockenstedt, Linda, 1-2
Borrelia burgdorferi, 1, 2
Braverman, Irwin, 1-2
Britto, Joseph, 1-2
Brown, Cynthia, 1-2
Buranosky, Raquel
Burgdorfer, Willy, 1-2
Burrow, Gerald

câncer de mama
Cassell, Eric, 1-2
catapora, 1-2, 3
cegueira da desatenção, 1-2
cegueira, 1-2, 3
  desatenção, 1-2
células do corno anterio, 1-2
cérebro:

abordagem intuitiva do
capacidade limitada do
de computador, 1-2
Chatterton, Thomas
Chen, Herbert
Chun, Marvin:
estudos sobre visão e atenção, 1-2, 3, 4, 5
sobre a expectativa do espectador, 1, 2-3
cianótico, 1-2
Clostridium difficile (C. diff.), 1-2, 3
coagulação intravascular disseminada (CID), 1-2
coágulos sanguíneo, 1-2
coarctação, 1-2
coarctação da aorta, 1, 2
colágeno
coleta falha de dados, 1-2
colite isquêmica, 1-2
computadores, 1, 2-3
inteligência artificial
lógica bayesiana em
programas de xadrez, 1-2
comunicação médico-paciente, 1-2, 3
Conan Doyle, sir Arthur, 1-2
conexão médico-paciente
conhecimento médico, amplidão do, 1-2, 3-4
Conselho Americano de Clínica Médica (Abim), 1, 2
Conselho Nacional de Examinadores Médicos
coração, 1-2
doença arterial coronariana, 1-2
doença cardíaca reumática, 1-2
e estetoscópio, 1-2
e ecocardiograma, 1-2
e frêmito
estenose mitral, 1-2
exame do, 1-2, 3-4, 5-6
palpação
corpo, objetificação do, 1-2
Crosby, Michael, 1-2
Croskerry, Pat, 1, 2

custo de, 1-2, 3-4

DAC (doença arterial coronariana), 1-2
Davidson, Matthew:
caso de Carol Ann, 1-2, 3-4, 5-6, 7-8
e doença de Lyme crônica, 1-2, 3-4
e o movimento de entendidos em Lyme, 1, 2-3
sobre a falibilidade de exames, 1-2
Davis, Carlotta, 1-2
Delacroix, Gayle, 1-2
Delano, Anna, 1, 2-3
Descartes, René
DeVries, Carol Ann, 1-2, 3-4, 5, 6-7, 8, 9-10
diagnóstico:
avanços tecnológicos auxiliando o, 1-2
como entretenimento, 1-2
compreensão do paciente do
de exclusão, 1-2
digital *ver* computadores
discriminação no, 1, 2-3
e exames complementares, 1-2
e prognóstico, 1-2
e scripts de doenças, 1-2, 3
e tratamento, 1-2
em autópsias, 1-2
erros cognitivos no, 1-2, 3-4, 5-6
erros do sistema no, 1-2
erros no, 1, 2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 11, 12-13, 14-15, 16
erros “sem culpa” no, 1-2
exame físico no, 1-2, 3
falha de comunicação no, 1-2
fechamento prematuro do, 1-2, 3
história do paciente no, 1-2
incerteza no, 1-2
padrões no, 1-2, 3-4
palpite refletido no, 1-2, 3-4
precisão do, 1, 2-3, 4
processo de, 1-2, 3; ver *também* casos específicos
processos de inferência do

quadridimensional
rejeição do paciente do, 1-2, 3, 4
valor da visão no, 1-2, 3-4
vieses no, 1-2
diagnóstico digital *ver* computadores
discriminação, 1-2, 3-4
doença arterial coronariana (DAC), 1-2
doença cardíaca reumática, 1-2
doença de Lemierre, 1-2
doença de Lou Gehrig, *ver* esclerose lateral amiotrófica, 1, 2
doença de Lyme, 1, 2, 3-4, 5-6
causa bacteriana da, 1-2
"crônica", 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10
descoberta da, 1-2
exames complementares para, 1-2, 3-4, 5-6
falsos-positivos na, 1-2
padrão para interpretação de resultados de exames, 1, 2
síndrome pós-doença de Lyme, 1-2, 3-4
sintomas de, 1, 2, 3-4, 5
volta dos sintomas, 1-2, 3-4
doença de Parkinson, 1, 2
doença de Still, 1-2
doença de Wilson
doenças transmitidas por carrapatos, 1-2
doença de Lyme, 1, 2, 3-4, 5-6
febre maculosa das montanhas Rochosas, 1, 2-3, 4
Donnally, Patty, 1-2
dor abdominal, 1-2
dor de cabeça, migrânea
dor e sofrimento, alívio de, 1-2
Doyle, sir Arthur Conan, 1-2
Duffy, Tom, 1, 2-3
Dxplain, 1, 2-3

ecocardiografia, 1-2
Elisa (teste imunoenzimático), 1, 2-3
embolia pulmonar, 1-2
empatia
encefalite

enfisema, 1-2
ennis, 1-2, 3, 4, 5
eosinófilos
eritema migratório
Errar é humano (NIH)
erros cognitivos, 1-2, 3-4, 5
erros do sistema, 1-2, 3-4
erros fatais, 1-2, 3-4
erros “sem culpa”, 1-2
erupção em “alvo”
erva-do-diabo (datura), 1-2
esclerodermia, 1-2
esclerose lateral amiotrófica, 1, 2
esclerose múltipla
escore de Alvarado
escrófula
escutar, 1-2
esquistossomose, 1-2, 3
estatística kappa, 1-2
estenose mitral, 1-2
estetoscópio, 1-2, 3
estrongiloidíase
Exame Clínico Racional, 1-2
exame físico:
  avaliação do, 1-2
  componentes do, 1-2, 3-4, 5-6
  declínio do, 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10
  diagnóstico e/ou tratamento alterado em virtude do, 1-2
  como algo que vale a pena salvar
  como padrão diagnóstico para certas doenças, 1-2
  conexão médico-paciente no
  desconforto do médico no, 1-2
  e estetoscópio, 1-2
  e história do paciente, 1-2, 3
  escuta durante o, 1-2, 3-4
  evidências produzidas no, 1-2, 3-4, 5-6
  exame do coração no, 1-2, 3-4
  exames complementares no lugar do, 1-2, 3-4, 5, 6, 7-8, 9, 10-11
  importância da visão no, 1-2

intimidade do, 1-2
perda da fé no, 1-2, 3-4
perda de habilidades no, 1-2, 3, 4
pistas geradas pelo, 1, 2
sons pulmonares no, 1-2
toque no, 1-2, 3, 4
treinamento no, 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9, 10-11
exame pélvico
exames complementares diagnósticos:
benefícios dos
limitações dos, 1-2, 3
exames de mama, 1-2, 3
exames de sangue, precisão dos
exames laboratoriais
expectativas, 1, 2-3

Fahey, John
Fallon, Brian
faringite estreptocócica
fasciculações
fasciite necrosante
febre maculosa das montanhas Rochosas, 1, 2, 3-4, 5
febre reumática, 1-2, 3-4, 5-6
fechamento prematuro, 1-2, 3
fisiopatologia
Fitzgerald, Faith, 1-2, 3
Freeman, Vera, 1-2
frêmito
Friedlaender, Linda

Gaito, Andrea, 1-2, 3, 4, 5
gênero, como fator em doenças, 1, 2-3
Gideon (Rede Global de Doenças Infecciosas e Epidemiologia), 1-2, 3-4
Gifford, Robert
Gladwell, Malcolm, *Blink*
gonorreia, 1, 2, 3
Google, 1-2
busca de artigos médicos no
Painel de Aconselhamento em Saúde

sintomas incomuns apresentados ao, 1-2
testando a precisão diagnóstica do, 1-2
Graber, Mark, 1-2, 3, 4
granulomas, 1-2
Groopman, Jerome, *Como os médicos pensam*,

Hammami, Fadi, 1-2, 3, 4
Hammer, Will, 1-2, 3-4
Harvey, William
Hayslett, John, 1-2
hemoglobinúria paroxística noturna
Henderson, Jennifer, 1-2, 3-4
hepatite, 1, 2
hiperêmese canabinoide, 1-2, 3
hipertensão
hipocalemia (potassio baixo), 1-2
Hipócrates, 1, 2
Aforismos
hipotemia
história do paciente, 1-2, 3, 4
"apenas os fatos" na, 1-2, 3-4
como script de doenças, 1-2, 3
devolvida ao paciente
emoções na, 1-2
falta de treinamento na obtenção da, 1-2
interrupções do médico na
mentiras contadas na
pérolas clínicas, 1-2
poder de cura da, 1-2
pressão do tempo na, 1-2
processo colaborativo na
suposições feitas na, 1-2
trabalho de detetive na, 1-2
visão do médico *versus* visão do paciente na, 1-2, 3-4, 5, 6-7, 8
HIV
Holmboe, Eric, 1-2, 3-4, 5, 6-7
Holmes, Sherlock (ficção), 1, 2-3, 4, 5
hospitais:
ensino à beira do leito em, 1-2

erros em, 1-2
internato em, 1-2
processos jurídicos contra
residência médica em, 1-2, 3, 4, 5-6
sistema de quarenta horas semanais em, 1-2
tempo dos pacientes em, 1-2
House (série de TV)
Howard, Pat
Hsia, Amy, 1-2, 3-4, 5, 6
Huebner, Dennis, 1-2, 3, 4, 5

icterícia, 1, 2-3
idade, como fator em doenças
inércia diagnóstica, 1-2
infarto do miocárdio
infecção do trato urinário, 1-2
instinto
Instituto de Medicina (IOM), *Errar é humano*,
Instituto Nacional de Medicina (NIH)
insuficiência hepática, 1-2
inteligência artificial
internação, custos crescentes da, 1-2
internato médico, 1-2
internet, informações de saúde na, 1-2
intubação
intuição
Ipex
Isabel (ferramenta diagnóstica), 1-2
Ixodes scapularis, carrapato

Jackson, Charlie, 1-2
Jauhar, Sandeep
Julie (irmã da autora), 1-2
alcoolismo de, 1, 2-3, 4-5
autópsia de, 1-2, 3-4, 5-6
memórias das irmãs de, 1, 2-3
morte de, 1-2, 3-4
nível de potássio de, 1-2
última conversa da autora com, 1-2

Kassirer, Jerome
Killian, Michael, 1-2
Kowalski, Michael, 1-2

Laennec, René Théophile-Hyacinthe, 1-2, 3-4
Lemierre, André
lesão da medula espinhal, 1-2
lesão nervosa, toxinas como causa de, 1-2
Lessing, Barbara, 1-2
Lessing, Crystal, 1-2, 3-4, 5-6
leucemia, 1-2
linfoma de Hodgkin
lista de verificação cirúrgica, 1-2
lista de verificação pré-cirúrgica, 1-2
lúpus

maconha, uso de, 1-2, 3
malária, 1-2
mamografias, 1-2
Mangione, Salvatore, 1-2, 3, 4-5, 6
Manis, Tom
manobra de Adson (teste)
Marx, Chico
Maude, Isabel, 1-2, 3
Maude, Jason e Charlotte, 1-2
McFarland, Jack, 1-2
McGee, Steven, *Evidence Based Physical Diagnosis*, 1-2, 3, 4, 5-6, 7
medicina, linguagem da
medicina baseada em evidências
Mellors, John, 1, 2
migrânea abdominal
mixoma
mnemônicos na medicina, 1-2
Moity, Graciela, 1-2
Morgagni, Giovanni Battista, *Sobre os lugares e causas das doenças investigadas anatomicamente*, 1, 2-3
movimento dos “entendidos em Lyme”, 1-2, 3-4, 5, 6-7, 8, 9-10
Murray, Polly, 1-2

Nasir, Javed, 1-2
New England Journal of Medicine, 1, 2, 3, 4

Obeso, Vivian, 1-2
Osler, sir William, 1, 2, 3, 4, 5-6
Princípios e prática da medicina, Os,
osteoartrite
oxigênio, falta de, 1-2

paciente, foco no
Pahlavi, Mohammed Reza (xá do Irã), 1-2
palpação
parada respiratória
parasitas, 1, 2
patologia
penicilina, 1-2
pensamento analítico, 1-2
pensamento dedutivo
percepção, estudos sobre, 1-2
perda de memória, 1-2
pericardite
pérolas clínicas
pesquisa, exame controlado e randomizado na
Pfeiffer, Carol, 1-2
plano de saúde
Podell, David, 1-2
poliartrite migratória
polimialgia reumática, 1-2, 3-4
Ponsard, Louis, 1-2
potássio, níveis de, 1, 2, 3-4
Powell, David, 1-2, 3-4, 5-6
pré-eclâmpsia
privacidade, zonas de
processos jurídicos
prognóstico
prontuário médico digital
próstata
  câncer de
  exame de, 1-2

prova para obtenção do título, 1-2

radiografia de tórax
radiografia:
  confiabilidade da, 1-2
  desenvolvimento da, 1-2
  registro digital da
Reagan, Ronald
Reardon, Tamara, 1-2
reconhecimento de padrões, 1-2, 3-4, 5, 6-7, 8
Reemsma, Judy, 1-2
Reilly, Brendan, 1-2
relação médico-paciente
renina
residência médica, 1-2, 3, 4, 5, 6-7
ressonância magnética, 1, 2
reumatologista, 1-2
Roer, David
Rogers, Maria, 1-2, 3-4, 5
Sackett, David
Sadigh, Majid, 1-2
Sands, Peter, 1-2
sarcoidose, 1-2
scripts de doenças, 1-2, 3, 4
Sedlack, Jeff
sexo (gênero), como fator em doenças, 1, 2
Shadick, Nancy, 1-2
Shin Ru Lin, 1-2
sibilos, 1-2
Simms, Michael, 1, 2
Simons, Daniel J
simulação de “cognição clínica”, 1-2, 3-4
sinal da poça
sinal da roda dentada
sinal de Spurling, 1, 2
Sinal de Tinel, 1, 2
síndrome de Munchausen, 1-2
síndrome de Sjögren
síndrome do choque tóxico

síndrome do desfiladeiro torácico
síndrome do túnel do carpo, 1-2, 3-4
síndrome paraneoplásica
síntese inadequada
sintomas idiopáticos, 1-2
Sociedade Internacional para Lyme e Doenças Associadas (Ilads)
software de apoio ao diagnóstico, 1, 2-3, 4-5
sons pulmonares, exame dos, 1-2
sopro cardíaco, 1, 2-3, 4-5, 6
sopro
Sprague, Davis, 1-2
Spurling, Roy Glenwood
Staphylococcus aureus,
Steere, Allen, 1-2, 3-4, 5
Stoppard, Keith, 1-2
Sukhoo, Susan, 1-2
Suporte à Decisão Biomédica, 1-2
Szolovits, Peter,1-2, 3, 4-5, 6

tamponamento
tendencioso, legitimamente
Thompson, Justin, 1-2
Tinel, Jules
tomada de decisão:
  contínuo cognitivo na
  no diagnóstico, *ver* fatores não médicos no diagnóstico em, 1-2
tomografia axial computadorizada, 1-2, 3-4, 5
tomografia computadorizada (TC)
  capacidade de armazenamento
  decisão de usar, 1, 2
  Dxplain, 1-2, 3
  erros diagnósticos de, 1-2
  Gideon, 1-2, 3
  Google, 1-2
  incompatibilidade de software em, 1-2
  inserção de dados em, 1-2
  Isabel (ferramenta diagnóstica), 1-2
  limitações de, 1-2, 3-4
  reconhecimento de padrões em, 1-2, 3-4

sentidos humanos *versus*, 1-2
sistemas especializados, 1-2, 3-4
software de apoio ao diagnóstico, 1, 2-3, 4-5
testando a precisão de, 1-2
toque, 1-2
como forma de comunicação, 1-2
conexão médico-paciente no
cura pelo
desconforto com, 1-2, 3
e dor abdominal, 1-2
no exame físico, 1-2, 3, 4
toxinas, lesão nervosa causada por, 1-2
tradição médica
transaminases
transplante de medula óssea
tríade de Charcot
Trombeta (datura), 1-2
tuberculose, 1-2
Twining, Christine, 1-2, 3

ultrassonografia
USMLE (United States Medical Licensing Examination), 1, 2

varíola
vírus do oeste do Nilo, 1-2
visão, 1-2
aprendendo a ver, 1-2
aspecto da doença, 1-2
e expectativas, 1, 2-3
e percepção
no exame físico, 1-2
ver sem notar, 1-2
vitamina B12, deficiência de,1-2
vômitos, 1-2, 3, 4
Vukanovic-Criley, Jasminka

Wagoner, Daniel, 1, 2-3
Wainapel, Stanley, 1-2, 3-4
Walerstein, Steven, 1-2, 3-4

Wallis, Henry, *A morte de Chatterton*,
Warner, Ralph, 1-2
web, 1-2
Wein, Marc
westernblot, exame, 1-2
Whittier, Randy, 1-2

xadrez com computadores, 1-2
    Zawahir, Parvin, 1-2, 3, 4-5

Título original:
Every Patient Tells a Story
(Medical Mysteries and the Art of Diagnosis)

Tradução autorizada da primeira edição americana,
publicada em 2009 por Broadway Books, selo de Crown Publishing Group,
divisão de Random House Inc., de Nova York, Estados Unidos.

Copyright © 2009, Lisa Sanders

Copyright da edição brasileira © 2010
Jorge Zahar Editor Ltda.
rua Marquês de São Vicente 99 - 1º andar | 22451-041 Rio de Janeiro, RJ
tel (21) 2529-4750 | fax (21) 2529-4787
editora@zahar.com.br | www.zahar.com.br

Todos os direitos reservados.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo
ou em parte, constitui violação de direitos autorais. (Lei 9.610/98)

Parte do conteúdo deste livro apareceu sob outra redação no *New York Times*.

Grafia atualizada respeitando o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Preparação: Ângela Ramalho Vianna | Revisão: Taísa Fonseca, Sandra Mager
Indexação: Nelly Telles
Capa: Rafael Nobre | Imagem da capa: © Digital Vision/Getty Images

Edição digital: junho 2011

ISBN: 978-85-378-0269-4

Arquivo ePub produzido pela **Simplissimo Livros** – **Simplicissimus Book Farm**