

Típico

Alfredo José Mansur¹

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

A língua portuguesa dispõe de abundância de adjetivos que a matizam. Muitos deles são coloquiais no âmbito da prática clínica e da comunicação entre médicos, profissionais de saúde e pacientes. A reflexão sobre o uso do adjetivo típico nessas circunstâncias foi suscitada há tempos em razão de sintomas de pacientes que na linguagem dos corredores foram descritos como típicos ou atípicos, segundo um modo de entender, interpretar e depois comunicar ou registrar. Em tempos passados, a reflexão latente era sempre reiterada a partir da prática clínica com pacientes e em diálogos com colegas, e foi reavivada ao receber um comunicado que se referia a algo “típico”, em que houve dificuldade de entender a aplicação do adjetivo.

Situações de não entendimento podem ser encorajadoras de reflexão e convite ao melhor entendimento, sempre útil para aqueles que se dedicam à experiência diagnóstica e à sua sucedânea, a terapêutica. Os sintomas atípicos podem servir de aprendizado e estímulo para o avanço no conhecimento, particularmente no que diz respeito a doenças potencialmente graves que poderiam ter o reconhecimento postergado ou dificultado em razão de sintomas atípicos^{1,2} e, por outro lado, desconfortos menores que não demandariam a necessidade de propedêutica exaustiva ou invasiva.³⁻⁵ De fato, essas ocorrências motivaram estudos e troca de experiências entre os médicos nos periódicos médicos científicos e contribuem continuamente para o avanço do conhecimento de tal forma a permitir que as competências desenvolvidas retornem a pacientes na forma de diagnóstico e terapêutica.

Para os sintomas considerados típicos, havia a expressão dos mestres: “sintomas de livro” e outras expressões congêneres, significando que o que o paciente descrevia na sua história clínica se aproximava do que os livros de texto descreviam como característico ao descrever uma determinada doença e, por isso, era reconhecido pelo médico com

desembaraço. Por outro lado, no caso de sintomas atípicos, a dificuldade era maior. Os antigos mestres também advertiam para isso continuamente, com uma pitada de humor – pacientes não leem os livros de Medicina! Sintomas podem estar ausentes na vigência de alguma doença. Para efeito dessa nossa reflexão, a ausência de sintoma poderia ser considerada ocorrência atípica.

Os exames complementares não necessariamente resolvem a questão do sintoma atípico, pois há situações em que, na falta do sintoma típico, o exame complementar não se alça à relevância de contribuição diagnóstica. Reiteram o ensinamento as múltiplas intervenções de rastreamento que no decorrer do tempo se revelaram infrutíferas ou contraindicadas. Também é de se lembrar que na falta de sintomas, os demais achados obtíveis na clínica têm a sua interpretação limitada no sentido de embasamento terapêutico.

Infelizmente, há doenças caracteristicamente assintomáticas por longo tempo e quando se tornam sintomáticas, já se encontram em fase não prevenível de interferir positivamente na evolução. A frequência de ausência de sintomas é difícil de ser precisada, pois o número do denominador seria desconhecido.

Há situações em que o exame físico é suficientemente eloquente e demonstra que alguma doença existiu ou deve ser pesquisada, mesmo na ausência de sintomas exaustivamente procurados no interrogatório que faz parte do exame clínico. Outras vezes, os exames complementares auxiliam e demonstram doenças mesmo na ausência de sintomas. Por outro lado, muitas vezes na ausência de sintomas não estaríamos tão autorizados a rastreamento, particularmente a fazê-lo com exames invasivos e caros, a não ser em situações específicas e melhor definidas.

Para os sintomas ausentes (ou “atípicos”) há tantas possibilidades quanto para os presentes e típicos: a) são sintomas que de fato não existem, por características da própria

¹ Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — Brasil — CEP 05403-000

Tel. InCor (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889

E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.

Entrada: 15 de junho de 2020. Última modificação: 15 de junho de 2020. Aceite: 30 de junho de 2020.

doença; b) sintomas que não são percebidos pelos pacientes; c) sintomas que não são narrados pelos pacientes, por não entenderem como informação significativa; d) sintomas de difícil descrição pelos pacientes; e) sintomas narrados em contexto de narrativa tal que podem passar despercebidos e f) sintomas que ainda não tenham sido descritos para uma determinada doença ou nova condição clínica.

Portanto, a dicotomia típico-atípico tem um enorme hiato de possibilidades, de tal forma que evitar a dicotomia pode ser interessante. De modo semelhante advertiu-se que a dicotomia entre sintomas orgânicos (típicos?) e sintomas inexplicáveis do ponto de vista médico (atípicos?) não é possível e nem auxilia no diagnóstico.⁴

O mesmo pode se dizer para todas as demais características semiológicas de algum sintoma como a localização, os desencadeantes, a intensidade, a duração, a qualidade, a irradiação, os fatores de melhora ou piora, os sintomas concomitantes, a evolução temporal, entre outras características. Para cada uma dessas características pode haver uma situação que se define como típica ou de uma certa maioria, e, no outro extremo, uma situação que destoa em muito dessa maioria dificilmente quantificável. Entre os dois extremos há uma imensa transição difícil de ser estimada. A somatória de todas as características com suas intrínsecas gradações em cada uma dessas características semiológicas, torna o processo diagnóstico um exercício intelectual complexo, que muito se distancia da simplória dicotomia típico-atípico. As caracterizações extremas são úteis conceitualmente quando se fala em grupos ou populações ou tendências, mas frequentemente podem não atender as individualidades.

Talvez seja moderno dualismo⁶ clínico, que pode ser informatizado e facilita a computabilidade⁶ já que o computador e as organizações computacionais, mesmo a denominada inteligência artificial, ainda enfrentam desafios em algumas interpretações clínicas diagnósticas e de previsibilidade. Possivelmente, a natureza não dualista e contínua dos dados clínicos, particularmente dos sintomas, que são expressões vivas e individuais, contribuem para essa dificuldade.

Aplicativos – Recentemente em uma experiência de avaliação de sintomas com auxílio de aplicativos em telefones celulares, descobriu-se que a aderência aos aplicativos foi de início baixa, aquém de 30% do que seria esperada. De fato, uma vez acionado o aplicativo, ele é rápido. Entretanto, para se chegar ao aplicativo há etapas, de tal forma que para cada indivíduo essas etapas são mais ou menos longas a depender do que se trata – a) a percepção do desconforto; b) a percepção de que aquele desconforto não é um aborrecimento corriqueiro ou transitório; c) o entendimento de que o desconforto pode ser um “sintoma”; d) o reconhecimento do “sintoma”; e) a disposição de conferenciar socialmente sobre o “sintoma” e f) a decisão de procurar auxílio; g) dirigir-se a auxílio médico. São etapas que o aplicativo, mesmo à mão, não precisa cumprir!

Algoritmos – Algoritmos são frequentemente utilizados para exprimir a sistematização ou fluxo de uma sequência de ideias ou etapas. Também são interessantes as dinâmicas de sintomas por fluxos ou por algoritmos. São muito úteis, evidentemente, quando bem usados. Mas às vezes pode-se ter a impressão de que se vai do sintoma à terapêutica com uma velocidade mágica, pois o fluxo está “garantido”. O algoritmo opõe-se à natureza heurística da interpretação médica e sempre garante um resultado, o que não acontece com o processo heurístico, que faz parte do raciocínio clínico.⁶

Talvez se aplique nesse contexto o raciocínio do grande escritor João Guimarães Rosa: “Baixei, mas fui ponteando opostos. Que isso foi o que sempre me invocou, o senhor sabe: eu careço de que o bom seja bom e o ruim ruim, que dum lado esteja o preto e do outro o branco, que o feio fique bem apartado do bonito e a alegria longe da tristeza! Quero os todos pastos demarcados... Como é que posso com este mundo? A vida é ingrata no macio de si; mas transtraz a esperança mesmo do meio do fel do desespero. Ao que, este mundo é muito misturado”.⁷ E que em “literatura translacional” aplicada à clínica, ao que sintomas são muito misturados.

Finalizando, nunca é demais lembrar que a experiência dos demais colegas pode aprofundar e ampliar as reflexões ora apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Whitaker KL, Scott SE, Winstanley K, Macleod U, Wardle J. Attributions of Cancer ‘Alarm’ Symptoms in a Community Sample. *PLoS O* 2014;9(12):e114028. PMID: 25461959; doi: 10.1371/journal.pone.0114028.
2. Kim I, Kim MC, Park KH, et al. Prognostic significance of non-chest pain symptoms in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction. *Korean J Intern Med*. 2018;33(6):1111-8. PMID: 29117666; doi: 10.3904/kjim.2017.071.
3. Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med*. 2001;134(9 Pt 2):803-8. PMID: 11346314; doi: 10.7326/0003-4819-134-9_part_2-200105011-00002.
4. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamland A, et al. “Medically unexplained” symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):18. PMID: 28173764; doi: 10.1186/s12875-017-0592-6.
5. Bobbio M, Venero S. Choosing wisely, the reasons for its success. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2019;89(2):1104. PMID: 31199102; doi: 10.4081/monaldi.2019.1104.
6. Branquinho J, Murcho D, Gomes NG. *Enciclopédia de termos lógico-filosóficos*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
7. Rosa JG. *Grande sertão: veredas*. São Paulo: Nova Aguilar; 1994.