O QUE APRENDER COM UMA ABORDAGEM EQUIVOCADA DE UM CASO NEUROLÓGICO EM APS

What can be learned from an incorrect approach to a Primary Health Care neurological case

José Luiz Pedroso*

*Médico
Rua Santo Antônio nº696/ap301,
Juiz de Fora - MG
Fone: (32) 3218- 1666, (32) 99686025

E-mail:zeluizpedroso@yahoo.com.br

Resumo
Este artigo enfatiza o quão importante é desenvolver uma boa técnica de entrevista e exame físico em atenção primária, evidenciando que muitos diagnósticos poderiam ser elaborados com mais precisão, bastando usar o método clínico. Mostra também que mesmo o especialista muitas vezes se encontra despreparado para abordar pacientes na sua própria área de atuação. Utilizando um relato de caso, entendemos que, antes de tecnologia, precisamos de uma boa formação médica.
Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Prática Profissional; Educação Médica; Exame Físico; Relações Médico-Paciente.

Abstract
This article highlights how important it is to acquire a good beside manner and to do a proper physical exam are in a primary care approach, making evident that an a great deal of diagnoses could be performed more precisely, if coherent clinical methods were followed. It also emphasizes that even specialists sometimes are unprepared to treat patients in their area. Making use of a case report, we believe that, even more than technology, a good medical background and training is essential.

Key words: Primary Health Care; Prefessional Practice; Education, Medical; Physical Examination; Physician-Patients Relations.

INTRODUÇÃO

A intenção deste artigo vai muito além de um simples relato de caso. Dessa maneira, tentamos utilizar a situação real de um paciente, a partir do qual elaboramos críticas que contribuirão para ilustrar a dificuldade de abordagem em atenção primária em determinadas situações que, na sua grande maioria, são decorrentes do nosso despreparo como médicos. A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o lócus da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-los de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Acreditamos que, dentre outros fatores relevantes para uma boa prática médica em APS, como adequação dos serviços para prevenção de doenças, entrevista médica e exame físico pertinentes sejam a chave para entender o meio sócio-cultural e conseqüentemente o mecanismo saúde doença que envolve cada indivíduo. Além disso, outro ponto de extrema relevância a ser colocado em discussão, é o fato inquestionável de que, o uso inadvertido e indiscriminado de exames complementares, pode acometer negativamente os usuários da saúde pública. O desenvolvimento desse artigo corrobora essa idéia ao deixar clara a necessidade imediata de um exame de alta complexidade, cuja realização foi impossível devido à sobrecarga de exames da mesma natureza. Certamente não deixaremos de mencionar que grande parte desse problema também se deve às limitações financeiras impelidas pelo SUS, estipulando limites ao uso da tecnologia de maior complexidade.

Com freqüência, muitos profissionais médicos, em especial os super-especialistas, insistem em afirmar que a única e exclusiva função das Unidades Básicas de Saúde é triar hipertensos e encaminhar pacientes, distanciando o médico de atenção primária de uma medicina de excelência, o que é um grande equívoco! Na realidade, o médico de atenção primária é aquele que tem uma conscientização frente às necessidades sociais da comunidade e, acima de tudo, é um exemplo da tomada de decisões de uma demanda que parece crescer sempre.(PEDROSO, 2005) Assim, este artigo também visa mostrar que é possível desenvolver uma medicina de qualidade, capaz de gerar diagnósticos precisos e hipóteses diagnósticas bem formuladas. É vital lembrar que, antes da chegada a um hospital de referência, em nível terciário, grande parte dos pacientes, e não foi diferente com este,

são primeiramente vistos e consultados em Postos de Saúde ou atendidos em serviços de urgência e emergência do SUS.

CASO CLÍNICO

Um homem branco, de 60 anos de idade, divorciado, morador do bairro Jardim Natal em Juiz de Fora, aposentado do exército brasileiro, se apresenta ao pronto atendimento em uma unidade regional queixando-se de *tonteira súbita e fraqueza nas pernas*.

O paciente relata que estava em ambiente familiar, em pé, quando subitamente notou tonteira do tipo desequilíbrio, com sensação de ser jogado ou puxado para a direita, sensação essa que nunca havia sentido antes, associada à fraqueza nas pernas, tendo que ser segurado por amigos, pois não conseguia permanecer em pé sem ajuda. Foi imediatamente levado ao serviço de urgência. Em momento algum houve perda da consciência, dor precordial, dispnéia, vômitos, vertigem ou sudorese. Inicialmente teve a suspeita clínica de Infarto Agudo do Miocárdio. As enzimas cardíacas foram solicitadas e revelaram: CK: 334,0 e CKMB: 14,0. Um ECG foi imediatamente realizado (figura 1).

O paciente ficou hospitalizado na Unidade Regional por sete dias, sem melhora dos sintomas, com permanência da tonteira, fraqueza nas pernas e dificuldade de deambulação. Foi transferido ao CTI para investigação dos sintomas. Uma Tomografia Computadorizada de crânio foi realizada no sétimo dia de CTI, tendo resultado normal. O paciente teve alta sem nenhuma prescrição, apenas com a seguinte orientação: “procure o posto de saúde do seu bairro”.

No posto de saúde, 5 dias após a alta hospitalar, o paciente é atendido pelo acadêmico que, ao entrevistar o paciente, observa que ele continua com tonteira do tipo desequilíbrio persistente, com sensação de estar sendo jogado para a direita, além de dificuldade para deambulação e intensa disestesia em dimídio direito, poupando face. O paciente diz: “o braço e a perna direitos estão fogueando o tempo todo”. Além disso, a história também revela dispnéia aos grandes esforços, que o incomoda há cerca de um ano, e uma tosse com expectoração clara há cerca de dois meses, sendo na maioria das vezes matutina.

Os ritmos excretores estão mantidos. O apetite está preservado, assim com o peso. É sabidamente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica há cerca de 10 anos, fazendo uso de captopril 25mg duas vezes ao dia, hidroclorotiazida 25mg uma vez ao dia e digoxina 0,25mg uma vez ao dia. É tabagista 40 anos maço. Não etilista.

Exame físico:

- TA: 36,5 ºC
- PA: 130/85 mmHg
- ACV: RR3T, com 4ª bulha em ponta, BNF, sopro mesossistólico +/6 em 2º EID, sem irradiação. FC: 72 bpm.
- AR: murmúrio vesicular presente, com prolongamento da fase expiratória, crepitações protomesoinspiratórias. FR: 15 ipm

Exame neurológico:

- Ataxia de marcha; Romberg negativo;
- Ptose palpebral à esquerda, com miose do mesmo lado;
- Discreta disdiadococinesia à esquerda;
- Perda da sensibilidade térmica e hipoestesia em dimídio direito poupando face;
- Sem sinais de liberação piramidal;
- Pares cranianos preservados;
- Força muscular globalmente preservada (4)

O paciente foi referenciado a um Serviço de Neurologia, onde foi reexaminado, recebendo o diagnóstico de dissociação siringomiélica. Uma RNM foi solicitada pelo SUS, sendo explicado ao paciente a demora do exame (cerca de 8 meses). Não satisfeito, o acadêmico agenda nova consulta para o paciente no posto de saúde, com manutenção de todos os sinais de exame físico listadas acima.

Alguns exames complementares são solicitados:

- Hb: 13,7 Colesterol total: 284,0
- VCM: 89,3 HDL: 28,0
- LC: 8.600 Triglicérides: 582,0
- Se: 75% Glicemia: 137,0(numa primeira ocasião)
- Eo: 3% Glicemia(repetida uma semana depois): 177,0

- Mo: 3% Creatinina: 1,4
- Li: 19% K: 4,6

Um ecocardiograma transtorácico é realizado e confirma hipertrofia ventricular esquerda de grau avançado. A radiografia de tórax é normal.

O paciente é, então, novamente referenciado, agora ao Serviço de Neurologia do Hospital Universitário de Juiz de Fora, onde uma nova hipótese diagnóstica é elaborada.

DESENVOLVIMENTO

A partir do momento em que estes achados estão bem organizados, que é a fase mais difícil da Medicina (entrevistar e examinar bem) (COULEHAN; BLOCK, 1989), fica fácil chegar a algumas conclusões:

- Sobre um paciente que desenvolve um quadro súbito de fraqueza em membros inferiores a ponto de não permanecer em pé, deve-se levantar a possibilidade de eventos vasculares do SNC.
- Junte-se a isso, o fato de estar-se diante de vários fatores de risco cardiovasculares: diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica, o que obriga a selar o diagnóstico de síndrome plurimetabólica, além, é claro, do tabagismo.
- Hipoestesia e perda da sensibilidade térmica em dimídio direito, poupando face, e com pares cranianos normais, remete à possibilidade de lesão do funículo lateral ou porção lateral do bulbo do lado oposto. A síndrome de Horner nos indica comprometimento da via simpática do mesmo lado, que pode ocorrer por lesão alta de medula ou tronco encefálico. A ataxia lateralizada obriga a pensar em comprometimento cerebelar agudo. Estar-se-á diante de um Acidente Vascular de Tronco Cerebral?

É exatamente isso! Estamos diante da Síndrome de Wallenberg, cujo diagnóstico foi eminentemente clínico, sem imagem! Esta síndrome se caracteriza por um comprometimento da artéria cerebelar póstero inferior, que tem como causa mais comum a aterosclerose, cujos fatores de risco a este paciente não faltam. A Síndrome de Wallenberg, na sua forma clássica de apresentação, se caracteriza por lesão do pedúnculo cerebelar inferior, causando ataxia; lesão do trato espinhal do trigêmeo e seu núcleo, responsável por perda das sensibilidades térmica e dolorosa na metade da face situada do lado da lesão;

lesão do trato espino-talâmico lateral, com perda das sensibilidades térmica e dolorosa na metade do corpo situada do lado oposto ao da lesão; lesão do núcleo ambíguo, cursando com disfagia e disfonia; lesão da via simpática descendente, com síndrome de Horner do mesmo lado da lesão (PATTEN, 2000; MACHADO, 1993). O paciente em discussão apresenta uma Síndrome de Wallenberg parcial, poupando algumas estruturas (VUADENS, 1998), provavelmente devido a variações anatômicas.

Certamente, um exame de imagem seria fundamental. Mas devido às limitações impostas pelo Sistema Único de Saúde e, estando certos de que, uma Ressonância Nuclear Magnética levaria vários meses para se concretizar, além de poucas dúvidas quanto aos achados clínicos, optou-se por tratar o paciente. Em vista de seus riscos cardiovasculares (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo e hipertrofia ventricular esquerda), a probabilidade pré-teste para uma etiologia aterosclerótica é no mínimo elevada. Neste sentido, estipulou-se a seguinte conduta: mudança do estilo de vida, principalmente com controle dietético e abandono do tabagismo, captopril (para controle pressórico e impedir a remodelação ventricular, além de proteção contra a nefropatia diabética), hidroclorotiazida (como agente adjuvante na terapia anti-hipertensiva), aspirina (em vista do quadro vascular encefálico, além de proteção quanto à provável presença de doença coronariana, ainda não sintomática) e sinvastatina (para controle dos níveis lipêmicos, além de ser droga importante na estabilização de placas de aterosclerose, diminuindo o risco de episódios futuros de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e até coronarianos) (TIERNEY et al., 2004).

DISCUSSÃO

Mas por que foi tão difícil chegar a este diagnóstico, tendo esse paciente feito toda essa "*romaria*"?

A Medicina vivencia uma era em que há um distanciamento cada vez maior entre o meio médico e o método clínico. Exames laboratoriais que oneram e sobrecarregam os sistemas de saúde, principalmente o do setor público, são, quase sempre, a regra. Há trinta anos, o clínico chegava ao diagnóstico de Esclerose Múltipla com as próprias mãos, utilizando quase que exclusivamente o método clínico, que se baseia em entrevista médica

e exame físico, muitas vezes fechando diagnósticos com grande certeza, sem sequer utilizar qualquer exame de imagem, fato inerente à deficiência tecnológica da época. Não se entenda que a modernidade veio contra a Medicina, o que não é verdade. Na realidade, o que ocorre é uma banalização da arte médica em ouvir o paciente e examiná-lo de forma coerente, fato crescente que fere os princípios de uma boa Medicina. Isto nos leva fatalmente a diagnósticos muitas vezes equivocados, simplesmente pelo fato de não termos ou disponibilizarmos tempo suficiente, ou estarmos despreparados para aplicar o método clínico. O fato de algumas escolas médicas enfatizarem aulas teóricas, em detrimento da real prática médica; professores desestimulados pela falta de estrutura de algumas faculdades e pela falta de apoio governamental; o fato de a Medicina ter se transformado em um "mercado", já que hoje, o acesso a uma faculdade de Medicina foi facilitado na medida em que se tem poder econômico, o que agravou ainda mais a situação de despreparo dos universitários ao ingressarem em uma escola médica são determinantes dessa história.

Apesar das críticas descritas acima, mais importante que diagnosticar é entender o paciente. É comum que não se chegue a um diagnóstico definido em uma primeira consulta, o que não configura um problema em função da facilidade de acesso, à indiferenciação dos pacientes e ao fato de que muitos deles são vistos em um momento precoce da doença. A incerteza é parte do trabalho em atenção primária. Um dos aspectos mais desafiadores da prática em atenção primária é alcançar a excelência clínica. Como se manter atualizado, como não sucumbir à rotina, não superficializar os problemas? Promover educação permanente baseada nas análises de demanda pode ajudar a solucionar essas questões. Não é mais aceitável que o médico de atenção primária possa ter apenas um conhecimento superficial e amplo dos problemas de saúde (DUNCAN et al., 2004).

Contrariamente ao que pretendem os entusiastas, a confiabilidade de um diagnóstico não guarda a menor relação com o número de exames complementares encomendados: a verdade é que, na maioria das vezes, estes não só se revelam redundantes, mas podem mesmo mostrar-se nocivos ao diagnóstico, desencaminhando o raciocínio clínico, conduzindo-o por rumos falsos (é lastimável que a respeito desses achados casuais o silêncio seja quase total) (DUNCAN et al., 2004).

O caso exposto acima retrata fielmente o descaso em relação ao método clínico e a apologia aos achados inespecíficos de exames laboratoriais: ao ser evidenciado um nível de CK aumentada, o paciente teve o diagnóstico inicial de Infarto Agudo do Miocárdio, o que se mostrou incoerente, na medida em que os achados de entrevista e especialmente de exame físico nos direcionaram para uma síndrome neurológica.

Outro aspecto a ser questionado é a freqüência com que os pacientes são encaminhados a outros serviços sem uma referência médica. Uma das causas desse despreparo, talvez seja a inexistência de uma disciplina que aborde tal técnica durante a graduação. A referência médica é de fundamental importância para o entendimento das enfermidades em geral, permitindo ao médico de atenção primária acompanhar o tratamento de um paciente de forma mais efetiva. Mais do que isso, a referência médica permite uma maior resolutividade diagnóstica, ao expressar com clareza do porquê de um encaminhamento a um serviço especializado. Foi intrigante e curioso notar que, a despeito de muitas buscas, nenhuma bibliografia foi encontrada no que tange ao tema referência médica.

O que deve ser enfatizado nesta discussão, não é o fato de essa ser uma síndrome rara, mas a forma como este diagnóstico pode ser realizado em mãos hábeis, não necessariamente experientes. Como podemos perceber, bastou o uso do método clínico para que um diagnóstico concreto pudesse ser alcançado. Os atendimentos públicos de urgência e emergência ou os chamados “pronto socorro”, são retrato real do desestímulo dos médicos em praticar uma Medicina de qualidade. Deparam-se sempre com o excesso de trabalho; noites mal dormidas; cansaço físico e mental; grande volume de pacientes e falta de estrutura, sem mencionar ainda que, possivelmente, aquele paciente jamais será visto pelo mesmo médico novamente para acompanhamento de sua enfermidade, o que fere gravemente a Medicina de excelência.

Alia-se a isso o fato de que, cada vez mais o meio médico se torna dependente de planos de saúde. Esses pagam cada vez menos, obrigando os profissionais a dedicarem tempo ínfimo, como quinze minutos para uma consulta, o qual é evidentemente insuficiente. Será que ainda existe tempo para pensar em hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais?

CONCLUSÃO

Certamente, esse caso traz uma grande lição. O pré-julgamento e a inabilidade para identificar evidências básicas de história e exame físico revelam o despreparo na arte do método clínico e a superficialidade com que certas atitudes médicas são tomadas, incrivelmente baseadas em dados laboratoriais inespecíficos, a ponto de desprezar o que é realmente de valor (COULEHAN; BLOCK, 1989). A conseqüência desse despreparo foi um equívoco diagnóstico e uma tomada de decisão imprecisa e incoerente: o paciente foi liberado sem diagnóstico, sem referência médica e sem qualquer orientação terapêutica. A demonstração de uma abordagem equivocada pode certamente servir como aprendizado, permitindo identificar erros grosseiros que, ao serem sanados, contribuem para uma melhora dos sistemas de saúde, melhor satisfação por parte dos pacientes, diagnósticos mais precisos e, conseqüentemente, maior eficácia terapêutica, especialmente em atenção primária.

Além disso, conhecer medidas de atenção primária à saúde é primordial para entender o modelo de demanda que, apesar de na maioria das vezes lidar com situações mais simples, como lombalgia, cefaléia e hipertensão arterial sistêmica, em alguns momentos se tornam um verdadeiro desafio clínico, exigindo conhecimento médico mais profundo, tornando explícita a necessidade de atualização e estudo constante (livros, artigos, periódicos).

REFERÊNCIAS

COULEHAN, J.; BLOCK, M. **A entrevista médica**. Porto Alegre: ArtMed, 1989. cap.1, p.25-39.

DUNCAN, B.B. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências**.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p.102-103, p.139.

MACHADO, A.B.M. **Neuroanatomia funcional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993. cap. 21, p.205-213.

PATTEN, J. **Diagnóstico diferencial em neurologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap.11, p.157-172.

PEDROSO, J.L. Decisões clínicas 3: “Ele não anda mais”. **HU Rev.,** Juiz de Fora, v.31, n.1-2, p.58-62, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. cap. 10, p.314.

TIERNEY, L. M. J. **Current medical diagnosis and treatment**. New York**:** McGraw-Hill, 2004. cap.10, p. 306-400.

VUADENS, J.B. Face-arm-trunk-leg sensory loss limited to the contralateral side in lateral medullary infarction: a new variant. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, London, v. 65, n.8, p.255-257, ago.1998.

Submissão: julho de 2005

Aprovação: novembro de 2005