



## MAS AFINAL, COMO FAZEMOS DIAGNÓSTICOS?

Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, et al. Diagnosis in General Practice: diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 2009 April 20; 338: b946. Disponível em: [http://www.bmj.com/cgi/content/full/338/apr20\\_1/b946](http://www.bmj.com/cgi/content/full/338/apr20_1/b946) [acedido a 25/05/2009].

A capacidade do médico para efectuar um diagnóstico com precisão é fundamental para a avaliação do prognóstico e prescrição de terapêutica adequada. Contudo, a investigação médica e o ensino ainda se dedicam pouco a esta área.

Estudos da década de 1970 revelam que a abordagem que normalmente é ensinada, desde a anamnese ao exame físico até chegar a um diagnóstico diferencial e depois final, não é a que os clínicos fazem na realidade. Na realidade, as hipóteses diagnósticas são formuladas no início da consulta, direccionando a história clínica e exame físico.

Assim, os autores pretenderam definir estratégias e métodos usados pelos médicos de família na prática clínica.

Trata-se de um estudo prospectivo realizado com um grupo de médicos de família (MF). As coortes incluíram MF e investigadores na área dos Cuidados de Saúde Primários. Estes, com base em consenso e na revisão da literatura, identificaram várias estratégias de diagnóstico. Posteriormente, estas estratégias foram utilizadas em 100 pacientes que foram observados por apenas um MF. No fim, foram discutidos os resultados e foi redefinida e reavaliada a definição das estratégias utilizadas.

Posteriormente foi pedido a seis MF, com experiências clínicas dife-

rentes, para registarem no fim de cada consulta as estratégias de diagnóstico utilizadas em 50 novos utentes. No final, em conjunto com um consultor de estatística, reavaliaram os dados das 300 consultas efectuadas, através de um consenso de abordagem, clarificando as definições usadas para as estratégias de diagnóstico.

### Etapas para chegar a um diagnóstico

Os autores determinaram que o raciocínio diagnóstico pode ser dividido em três etapas: início das hipóteses diagnósticas, clarificação das hipóteses diagnósticas e escolha do diagnóstico final.

Em cada etapa são usadas diferentes estratégias tais como: «queixa inicial», que pode levar ao reconhecimento de possíveis diagnósticos (hipóteses); posteriormente a história clínica e/ou o exame físico ajudam a incluir e excluir hipóteses diagnósticas; e finalmente, uma ou várias estratégias podem ser usadas para confirmar o diagnóstico.

### Estratégias de início das hipóteses diagnósticas

Identificaram-se quatro estratégias possíveis: diagnóstico inicial, rotulação, queixa inicial e padrão de reconhecimento.

O diagnóstico inicial é normalmente instantâneo, inconsciente e advém do reconhecimento de um padrão não-verbal, habitualmente visual (ex. acne) ou auditório (ex. tosse canina). O grande determinante desta estratégia é a experiência do médico. Esta estratégia foi utilizada em 20% dos casos e em 63% destes não foi usada nenhuma es-

tratégia diagnóstica adicional.

Na rotulação, os pacientes têm tendência a se auto-diagnosticar, o que pode ou não estar correcto e normalmente baseia-se numa experiência anterior (ex. «Eu estou com amigdalite»).

A queixa inicial, tal como «eu tenho uma dor de cabeça», foi a mais usada pelo grupo de MF.

No padrão de reconhecimento, um conjunto de elementos da história clínica ou do exame físico ou de ambos podem accionar uma hipótese de diagnóstico.

### Estratégias na etapa de clarificação das hipóteses diagnósticas

Uma vez formuladas as hipóteses diagnósticas, outras estratégias podem ser utilizadas para a diminuir o leque de possibilidades. Nesta etapa são empregues cinco estratégias: processo de exclusão, escolha passo-a-passo, raciocínio probabilístico, padrão de reconhecimento e regra de decisão clínica.

O processo de exclusão depende do conhecimento da causa mais comum do problema e da presença de uma pequena lista de diagnósticos graves que têm de ser excluídos. Por exemplo, as causas mais comuns de cefaleia são a cefaleia de tensão e a enxaqueca, mas deve-se excluir por rotina hipertensão maligna, artrite temporal e hemorragia subaracnoideia. Desta forma, esta estratégia permite evitar erros na prática clínica.

A escolha passo-a-passo é baseada quer na localização anatómica do problema quer no processo patológico subjacente (ex. decisão se uma conjuntivite é alérgica ou infecciosa).



O raciocínio probabilístico é o uso específico, mas provavelmente imperfeito, de sintomas, sinais ou meios auxiliares de diagnóstico para incluir ou excluir determinado diagnóstico (ex. exame da artéria temporal para o diagnóstico de artrite temporal). Este processo implica o conhecimento da medida em que um resultado positivo ou negativo influencia a probabilidade do diagnóstico.

No padrão de reconhecimento, estratégia mais utilizada pelos MF, os sintomas e sinais são comparados com padrões ou casos anteriores, ou seja, reconhecimento de um padrão (ex. enfarte agudo do miocárdio).

A regra de decisão clínica é uma versão formal do padrão de reconhecimento baseada no reconhecimento duma série de casos semelhantes validados (ex. uso da regra de Ottawa para o tornozelo).

### **Estratégias na etapa de diagnóstico final**

Menos de 50% dos casos resultaram na certeza de um «diagnóstico conhecido» sem avaliação posterior. Nos restantes foram utilizadas outras estratégias, tais como: meios auxiliares de diagnóstico (MCDT), prova terapêutica e teste do tempo.

Estamos perante um diagnóstico conhecido, quando se atinge um nível de certeza suficiente para iniciar um tratamento apropriado ou para excluir doenças graves sem necessitar de posteriores MCDT. Por exemplo, a conjuntivite necessita de cultura e PCR (*polymerase chain reaction*) para identificar o agente infeccioso em 80% das crianças, contudo isto não interfere na decisão clínica do MF.

Alguns testes de rotina podem incluir ou excluir uma determinada doença, e podem ser usados em resposta a sinais de alarme ou quando o diagnóstico não encaixa num determinado padrão.

A prova terapêutica é utilizada quando não há certeza acerca do diagnóstico e a resposta ao tratamento é utilizada para o confirmar ou infirmar.

No teste do tempo, a evolução prevista da doença é usada para confirmar ou não o diagnóstico suspeito.

A ausência de diagnóstico ocorre quando os sintomas e sinais são muito vagos e quando não encaixam em nenhum padrão conhecido, podendo-se utilizar as seguintes estratégias: reavaliação posterior, partilha da incerteza com o doente ou referenciação para os cuidados de saúde secundários para uma segunda opinião.

### **Sinais de alarme**

Os sinais de alarme são sintomas ou sinais específicos que podem ser indicados pelos doentes, como dor torácica em aperto, ou que podem surgir da história clínica ou exame físico e são usados para excluir uma doença grave. Por exemplo, pesquisa de sinais meníngeos num doente com cefaleia de forma a excluir meningite.

### **Discussão**

Os autores descreveram as etapas e estratégias utilizadas na prática clínica por um grupo de MF. Os MF concordaram com estas etapas e estratégias, porém a forma como foram utilizadas variou. Por exemplo, um dos MF usou as regras de deci-

são clínica em casos comuns (ex. infecções respiratórias), outros usaram em casos raros e mais graves (ex. trombose venosa profunda).

Poucos MF reconheceram o uso de raciocínio probabilístico, o que entra na linha de estudos anteriores, que indica que a maior parte dos médicos não usam formalmente nenhum método quantitativo recomendado. Para o diagnóstico, a prova terapêutica e o teste do tempo foram utilizados em média num quarto das consultas, apesar de existir pouca fundamentação que apoie este método.

Os resultados apresentados têm limitações, visto não se conseguir determinar se as diferenças obtidas no uso de estratégias resultaram dos casos ou dos médicos. Um factor de viés foi o facto de, durante a consulta, os médicos terem tendência a registar apenas o problema principal, não reportando selectivamente os problemas secundários. Desta forma não foi possível a determinação de outras estratégias utilizadas.

Nenhuma das estratégias discutidas neste estudo é nova, apenas o seu reconhecimento formal. Reconhecimento este que deve incentivar o uso da experiência para guiar a busca do diagnóstico.

### **Comentário**

Este estudo, apesar de alguns vieses e limitações, traz-nos uma organização formal da nossa prática clínica, que é utilizada por todos nós de forma intuitiva. Se a partir de um dado momento nos inteirarmos das etapas que temos de assumir para chegar a um determinado diagnóstico e das estratégias que existem e que nos podem ajudar, talvez consi-



gamos uma maior promoção da segurança do utente. E, apesar de não repararmos em todas estas etapas e estratégias, elas já são utilizadas por todos nós. De facto, grande parte dos diagnósticos ou hipóteses diagnósticas ocorrem inconscientemente na nossa cabeça quando o utente nos entra no consultório. Talvez esta capacidade advenha da experiência de cada um, de um caso que tivemos no passado que nos marcou e que nunca mais nos esquecemos, e não só.

É importante que os profissionais de saúde façam uma avaliação das suas consultas, de forma a perceberem qual o caminho que intuitivamente optam para chegar a um diagnóstico e se de facto foi o mais correcto.

Ana Lopes Rodrigues  
US Eiriz  
CS de Baião