

À DISMENORRÉA E AS LEIS DO ENSINO MÉDICO *)

Martim Gomes

(Notas clínicas, em contribuição ao tema oficial).

Todos os médicos têm encontrado, na clínica, alguns casos por demais difíceis de curar: são as dismenorréias que se eternizam, e que melhoram muito pouco, e por pouco tempo. Tenho notado três grupos principais: 1.^o — pacientes sem defeito orgânico importante, porém dando preferência nítida a uma droga, com aspecto de hábito, apesar de não se tratar de morfina. A droga preferida é muito variável, no conjunto dos casos; porém a preferência individual é em geral cada vez mais nítida, e inflexível, cada paciente preferindo uma determinada droga, na convicção manifestada de que a sua escolha recai na única cousa que lhe não dá dor de cabeça, suores, náuseas, mal-estar, etc.

Entre as mais encontradiças aparecem a beladona, os barbitúricos, o piramido, a cafiaspirina, o veramon, ou combinações de alguns desses, como o beladenal, etc. Esse é o grupo das habituadas a uma droga única.

O segundo grupo é o das *descrentes*: pouco ouvem o médico, pouco lhe percebem os conselhos ou prescrições, e procuram alegar que *nunca conseguiram melhorar*, sem logo depois recair na mesma situação de antes; mesmo usando muito tempo o mesmo remédio. Além de pessimistas, e de não se deixarem levar pelas afirmações do médico, elas só querem ver alguém que se tenha curado dessa maneira indicada pelo médico. São as doentes que têm a *obsessão da dúvida*.

O terceiro grupo tem matizes da nevrose de renda, assim como o segundo mostrou matizes da nevrose de compulsão: esse terceiro grupo é o daquelas que tiraram algum proveito das suas dores; mesmo que seja o simples sentimento de ser mais interessante, ou de ficar mais em evidência, porque a sua doença parece um sinal de dedicação, esforço, ou valor... Entretanto o rendimento mais comum nesses casos é o de poder descansar,

diminuir o trabalho, repousar um pouco, evitar atividade árdua... É o grupo das que gostam de estar doentes...

Nestas condições, se verificarmos que o primeiro grupo habituou-se com as drogas, para afastar uma *ansiedade*, — poderíamos resumir o lado psíquico da conduta dessas doentes dizendo que o primeiro grupo é o das *ansiedades*; o segundo, o das *descrentes*, com a *obsessão da dúvida*; o terceiro, das que gostam de estar com dores, porque acharam nas dores alguma utilidade.

Apesar de tudo, analisando bem os casos, e apesar da resistência, e da ausência de moléstias somáticas, não acredito que a maioria dessas doentes mereça pura e simplesmente o diagnóstico de: 1.^o — nevrose de angústia ou *ansiedade*; 2.^o — nevrose de compulsão; e 3.^o — nevrose de renda ou de desejo.

Porque não? Pois então não é evidente, no estilo de vida, o aspecto caraterológico da *ansiedade*, da *compulsão* da dúvida, e da *nevrose de renda*, com aspecto pitiático ou neurastênico?

É com essa *presença* positiva, que mostra um elemento neurótico, não está se notando a *ausência* de uma afecção somática, de uma doença orgânica?

Pois então, não é verdade que se tornou clássico admitir que basta, para diagnosticar a nevrose, num dado caso, levar o labor diagnóstico através de dois momentos? Um primeiro momento, que *exclui toda doença orgânica*? É um segundo momento, que *descobre os elementos caraterísticos da nevrose*?

Como se poderia compreender que, na vigência da dismenorréia, não seja suficiente que haja esses dois momentos do diagnóstico, e que, em consequência dessas duas etapas do labor diagnóstico, não se possa dizer pura e simplesmente que é uma nevrose?

*) (Terceiro congresso brasileiro de ginecologia e obstetrícia, realizado em julho de 1951).

Para responder a essas perguntas, e para compreender as particularidades do caso das dismenorréias, precisamos lembrar duas condições especiais ao funcionamento do aparelho genital da mulher.

Uma dessas condições refere-se à irrigação sanguínea, e a outra à endocrinologia: (fatores neuro-vasculares e fatores endocrínicos).

Naturalmente, quando tais fatores se sobrepõem às anomalias anatômicas, (como o hipogonadismo), completam um todo instável, mais propício à influência emocional.

Quando não existe hipogonadismo ou retroflexão, ou outras alterações anatômicas, — quais são os achados não psíquicos? os que não parecem só alteração física, e humoral, alterando apenas a estrutura e o funcionamento dos diversos elementos que a histologia conhece nos órgãos? As alterações físico-químicas que fazem o médico errar, porque o levam a excluir:

- 1.º — uma nevrose, porque não achou sinais positivos dela;
- 2.º — uma condição emocional simples mas importante, vitalmente ligada às aquelas perturbações físico-químicas. Alterações, estas últimas, que não são uma nevrose, e sim um estado psicossomático. (Uma alteração de ordem psíquica, sem chegar à estrutura de uma das entidades psiconeuróticas admitidas em psicopatologia).

Pois bem: os achados habituais de natureza anatomo-fisiológica são os seguintes, em breve resumo:

1.º — Modificações tumorais de ordem neoplásica, inflamatória, degenerativa ou endometriósica; estenoses, hipoplasias, varicocele, desvios.

2.º — Alterações humorais e metabólicas, inclusive o quimismo endocrínio: *a* — fatores extra-ovários, como o hiper e hipotireoidismo, hiperadrenalismo, hiperpituitarismo posterior e as modificações no equilíbrio cálcio-fosfórico; *b* — efeitos androgênicos; *c* — fatores estrogênicos; *d* — fatores luteínicos; *e* — gonadotropinas foliculo-estimulantes; *f* — gonadotropinas lúteo-estimulantes.

3.º — Alterações do sistema autônomo, ou neuro-vegetativo.

Em relação com as diversas categorias reunidas nesse esquema, e também para orientar a pesquisa clínica, importa relembrar as seguintes interpretações, geralmente admitidas:

1.º — Os estrógenos influem no vago, bloqueiam o simpático, e corrigem a dor dismenorréica, diminuindo a anoxia e vasoconstricção.

2.º — A reação normal, para o lado vasomotor, aparece com um equilíbrio entre estrogênios e progesterona.

3.º — O tratamento mais importante da dismenorréia, atualmente, é o da prolactina, demoradamente administrada, que não só alivia, como pode curar definitivamente a dismenorréia, fazendo desaparecer a cistose do ovário.

4.º — Como essa cura é mais eficiente quando a prolactina é administrada na segunda metade do ciclo, deve-se admitir que o mecanismo de ação se produz, não através de uma queda de estrogênios, mas através de outro meio.

5.º — Deve-se concluir que o efeito se produz através de uma elevação da luteína? Sim, no caso em que a paciente dismenorréica sofra de uma deficiência de corpo lúteo. Por quê?

6.º — Por causa das observações com o tratamento pelos estrogênios, de Mac Gregor: a supressão da ovulação por êsse meio trouxe alívio a quase todos os casos e cura permanente em 13 por cento; mas quando a estrogenoterapia se fez após a postura ovular, houve 55 por cento de cura permanente.

7.º — Como a estrogenoterapia não antagonizada produz um sangramento sem dor, (anovular), deve ser a intervenção da progesterona a responsável pela dor.

8.º — Como, além disso, a maioria das mulheres que menstruam o fazem sem dor, e têm seus filhos, isto é, têm corpo lúteo e luteína, — deve-se admitir que é o equilíbrio estrógeno-progesterona o fator a menstruação normal; e deve ser o excesso de um deles que produz, pelo desequilíbrio, a dismenorréia. (P. R. S. M., London — 1950).

9.º — Enfim, a contração uterina, que é o mecanismo mais freqüente da dor, deve possuir, no estado normal, isto é, antes da dismenorréia, — uma certa qualidade ou condição fisiológica, que é a sua *coordenação na evolução normal*, que mostra adaptação a uma finalidade expulsiva: também essa condição tende a ser geralmente admitida, depois das pesquisas de Woodbury. As pacientes dismenorréicas apresentam gráficos de contrações *desorganizadas*.

Passemos agora a notar as categorias fora do domínio do físico, isto é, no domínio do mental, do psíquico: o que praticamente tenderia a responder à seguinte pergunta:

QUAIS SÃO AS MODIFICAÇÕES QUE PODEM SURTIR NA EVOLUÇÃO DOS SINAIS FISIOLÓGICOS E QUE MOSTRARIAM UMA ALUSÃO, MAIS OU MENOS SIMBÓLICA, À INFLUÊNCIA DE UM FATOR PSÍQUICO?

Essa pergunta ficou propositadamente situada nesta altura logo depois daquela noção das *contrações uterinas desorganizadas e descoordenadas*, que estão na base das contrações dolorosas. Porque é notável que essas descoordenações e desorganizações mostrem a fonte onde brota o patológico: *quando a contração uterina deixou de ser coordenada, começou a ser patológica*. Isso é domínio fisiológico. Mas também no domínio psíquico a *incoordenação*, a *desadaptação a uma finalidade vital* mostra o começo do patológico. Exemplo: uma conduta, que é normal para uma criança, se for adotada por um adulto, pode ser patológica, na medida em que caracterize uma desadaptação, uma incoordenação à vida do adulto. Lembremos uma definição concreta, hoje esquecida injustamente: a definição, por Janet, da *nevrose*:

NEVROSE É UMA PERTURBAÇÃO OU UMA PARADA, DA EVOLUÇÃO DAS FUNÇÕES OU SIMPLEMENTE UMA PERTURBAÇÃO DE FUNÇÕES EM QUALQUER DAS SUAS FASES, DESDE AS RUDIMENTARES ATÉ ÀS MAIS PERFEITAS E EVOLUCIONADAS; OU, (MESMO QUE O FUNCIONAMENTO EM SI NADA TENHA DE ANORMAL, NEM DE PERTURBAÇÃO), É UMA FALTA OU ATRASO DA EVOLUÇÃO, COMO NO CASO EM QUE O ADULTO SÓ CONSEGUE ADOTAR UMA CONDUTA QUE CORRESPONDE À CRIANÇA NORMAL, QUANDO DEVIATER DEIXADO A INFÂNCIA.

Freud adotou e ampliou essa concepção de Janet, delimitando o conceito da “regressão à infância” e repressão libidinal.

O que assim fica evidente é, sem dúvida, o aspecto holístico, que pode assumir uma tal desorganização e descoordenação.

Essa definição é ainda incompleta, por não esclarecer em que consistiria a alegada PERTURBAÇÃO. Quero, contudo, advertir que eu, pessoalmente, e para as minhas necessidades práticas de clareza, estabeleci que aquelas perturbações são as que entendem com uma deficiência dos aparelhamentos naturais de preservação da vida totalizada. (Isso pode ser lido nas minhas últimas monografias, apresentadas aos congressos de São Paulo e de Porto Alegre. E no estudo sobre Estrutura da personalidade).

Examinemos agora qual seria o resultado de uma tentativa do diagnóstico da origem psíquica da dismenorréia, (2 formas clínicas):

1.º — a dismenorréia apareceu logo após excitação sexual acompanhada de pânico, de remorso, e de conflito entre inclinações amorosas e ideais arraigados de castidade. (Note-se que, para bem avaliar os três problemas aí formulados, quase sempre desconhecidos da consciência da paciente, é preciso que o médico conheça psicologia aplicada à medicina). Descabido é alegar que esses três temas — *ansiedade* da iniciação sexual, *atitude holística* relacionada com ideais latentes ou claras, e, enfim, a *conversão do sofrimento moral em dor física*, — poderiam ser encontrados em monografias ou trabalhos esquecidos ou rememorados, e às vezes até citados e estudados nalguma aula teórica de psiquiatria... porque uma doente que apenas é assaltada de inopino por uma dismenorréia nunca toma o rumo do consultório de um psiquiatra, e só pela dismenorréia nenhum médico costuma lhe *aconselhar o médico dos loucos*. E ela só procura o psiquiatra quando a evolução dos seus males mostrou uma histeria ou uma neurastenia ou, até, outra entidade neurótica, da qual a dismenorréia, que já ganhara a tolerância dela, tinha sido exatamente o primeiro sintoma. Salvo esse acaso, o médico consultado, e que a vai tratar e aconselhar, NÃO SABE O QUE ESTÁ FAZENDO, porque foi traído pela sua universidade, que subentende preparar-lhe cuidadosamente a ignorância em psicologia prática aplicada às necessidades vulgares da medicina geral.

O aluno, que estudou e praticou anatomia nas primeiras séries, ao estudar depois técnica operatória, mal percebe o tempo que *vai malbaratando*; as técnicas mortas, que ele olha, e ouve ou contempla no cadáver, ou na projeção, ficam inúteis, e liricamente desperdiçadas, quando ele vai logo após, nas aulas das clínicas especializadas que lhe interessam, ver, auxiliar a operar, e operar auxiliado, (salvo quando foje logo após a chamada inutilizada e proditória...). No entanto, se em vez de olhar projeções de técnica cirúrgica, o futuro internista ajudasse a curar e a observar distúrbios das pessoas em estado anormal, ajudasse a pesquisar as relações entre a vontade e as realizações subconscientes, a analisar fatos oníricos, e a fazer os antecedentes psico-emocionais das observações escritas, estaria encaminhando-se para vir a ser um médico um pouco menos mutilador das realidades, não só da clínica em que irá trabalhar, mas

também de inúmeras disciplinas afins, pedagógicas ou jurídicas, e que tão de boa fé lhe estenderão a mão, pedindo, cândidamente, uma opinião algo desenhada do velho bolor dos livros e das frases feitas...

2.º — Referirei uma eventualidade que, apesar de não ser a mais freqüente, é encontrada, e de aspecto difícil e complexa evolução. Nesse tipo de dismenorréia, a dor mostra um início brusco, e uma significação geral suspeita de procurar a vantagem de uma utilidade que decorre mais ou menos diretamente do sofrimento relacionado com a dor. O mecanismo psíquico geral é o das *nevrozes de proteção e desejo*, muito especialmente a modalidade particular da chamada *nevrose de renda*.

Nesses casos, a estrutura geral da conduta esboça mais a histeria, quando aparece nas classes onde não há grande dificuldade de vida; mas, quando nas pessoas de trabalho mais rude, a nevrose aproxima-se nitidamente da entidade neurastênica.

E aí reside a razão da dificuldade diagnóstica: todos sabemos que uma cousa é a neurastenia, condição mental e emocional; outra cousa é o simples estado de esgotamento neurastênico, o da pessoa fisicamente esgotada, e em cuja mentalidade se projeta um estado transitório de preocupação e desânimo. Pois bem: uma senhora que não é nem será neurastênica, num destes esgotamentos pelo trabalho, espelha na sua alma uma depressão neurastênica, que é tomada como neurastenia pelo seu médico. É, como nesse estado lhe surgiu uma dismenorréia que nunca havia tido, o conjunto dos acontecimentos se resume assim: A paciente não é neurastênica, mas tem um esgotamento nervoso; a paciente não tem uma neurastenia, mas tem uma dismenorréia psicógena... E ainda não estão excluídas outras condições que importa muito que sejam afastadas. Refiro-me à *simulação*, que facilmente se desmascara, e também à *loucura* benigna, ou latente, que é um problema colossal.

— Ora isso é muito fácil, (dir-se-ia!) É só mandar a doente para o psiquiatra!

Quem mandará a doente? O ginecologista? A parteira? O internista? Era preciso que esses três praticantes fossem também psiquia-

tras, E AS LEIS DO NOSSO ENSINO MÉDICO NEM SEQUER ESTÃO AINDA EM CONDIÇÕES DE OS ADVERTIR CAUTELOSAMENTE CONTRA A ENORMIDADE DESSA LACUNA.

E aqui, o que devia o ensino não era apenas ter o cuidado de livrescamente advertir do alto das cátedras, porém levar ao conhecimento dos alunos todo o complexo desenrolar dos fatos da clínica, no hospital e nas oportunidades de todas as assistências e cuidados médicos. Ora, para colher essas realidades vividas, é imprescindível acompanhar os sofrimentos na sua evolução característica, para surpreender as estruturas organizadoras das entidades mórbidas: o ensino tem que ser uma organização e uma coordenação.

Essa organização, já agora, só seria possível por meio de uma reforma substancial do ensino médico, principalmente no que se refere à formação dos especialistas, que é o ponto doloroso e triste do estado atual. A monstruosidade do momento atual reside principalmente aí: nessa freqüência forçada e inútil que arrasta os alunos para disciplinas que nada interessam ao seu propósito, à especialidade que estão tentando aprofundar, para se colocarem na altura da ciência hodierna. E, dessa forma anarquizam, desperdiçam, perdem um tempo precioso, como se estivessem estudando para trabalhar num mundo e numa civilização de um século atrás...

REFERÊNCIAS

- 1.º — *Discussion on the use of estrogen therapy in gynecology*: Proc. R. S. M., London 1950. Apud I. A. S. (1951?)
- 2.º — ANAIS DO CINCOCENTENÁRIO DA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE: VOLUME 1.º, 1949: Martim Gomes: NEVROSE DE RENDA.
- 3.º — IDEM: Martim Gomes, — PRINCÍPIOS DE PSICOLOGIA APLICÁVEIS AO TRATAMENTO PSICOSOMÁTICO.
- 4.º — DIFFERENTIAL DIAGNOSIS: Julius Bauer.
- 5.º — NERVOUSNESS, INDIGESTION AND PAIN: Walter C. Alvarez.
- 6.º — FISIOLÓGIA Y PERTURBACIONES MENS-TRUALES: (El día médico, maio, 1950); por MAX A. GOLDZIEHER.
- 7.º — Le Rêve et la Sélection des Idées. 1928, Martim Gomes. — Tip. do J. do Comércio.
- 8.º — Pesquisas sobre a personalidade ANAES, por Martim Gomes.