



Para uma história clínica (I)

H. Carmona da Mota

Professor (aposentado) de Pediatria da Faculdade de Medicina de Coimbra; Hospital Pediátrico de Coimbra



Resumo

Recorda-se a técnica e a arte do interrogatório sublinhando a importância crucial do primeiro encontro e da primeira pergunta; tendo o cuidado de envolver também a criança no diálogo (verbal, quando possível; não verbal sempre) e de evitar que a formulação das perguntas (ou a sua inoportunidade) acentue a preocupação ou condicione a resposta; insistindo na simplicidade, rigor e clareza da linguagem adequada ao nível social dessa família e na necessidade de descrever factos e não interpretações; na oportunidade da inspecção desde o início da consulta; na importância da cronologia para a interpretação dos dados. A história implica uma relação temporal: pode registá-lo num gráfico de evolução dos sintomas com o tempo como abcissa.

Evite atribuir causalidade à coincidência; nem sempre o que foi é causa do que aconteceu depois. Não é o raio que causa o trovão.

Acta Pediatr Port 2011;42(1):43-8

For a better clinical history

Abstract

One recalls the method and the art of questioning, stressing the critical value of the first encounter and of the first question. This not only to involve the child on the dialogue (verbal when possible, non-verbal always) but also to prevent that the posing of the questions (or their inopportunity) increases the worry or shape up the answer. Stress the simplicity and accuracy of the language in line with the social level of the family and the requirement of relating facts rather than interpretations. Underline the opportunity of starting the inspection from the very beginning of the consultation and of the crucial importance of the chronology in the interpretation of data. History implies a temporal relationship; we should plot every symptom against a time line.

Avoid confusing causes with coincidences; often what did happen in the past may not be responsible for what happens next. The tail does not wag the dog.

Acta Pediatr Port 2011;42(1):43-8

“Life is the art of drawing sufficient conclusions
from insufficient premises”

Samuel Butler (1835-1902)

Introdução



Figura 1

Desde há mais de dez anos que regresssei à minha actividade de “assistente” de alunos de Pediatria dando “aulas práticas” com um doente. Desde que o sexto ano tem o carácter prático (“profissionalizante”) actual que assumo o papel de tutor – assistindo à colheita de histórias clínicas feitas por alunos de Medicina que já tiveram a Cadeira de Pediatria. Escolho os doentes mais adequados para o nível e o objectivo pedagógico destes alunos – nem os internados, demasiado graves ou complexos, nem os que vêm à consulta ou ao S. de Urgência, por razões de conveniência. Escolho dentre os hospitalizados de curta duração (UICD/S.O.) anexo à Urgência acompanhados pela mãe ou equivalente. Obtida a aquiescência para esta

Recebido: 26.04.2011

Aceite: 26.04.2011

Correspondência:

Henrique Carmona da Mota
hcmota@ci.uc.pt

simulação de uma consulta assiste ao desenrolar do processo e intervenho de vez em quando para que cada um faça a auto-crítica do seu desempenho, o método mais adequado para este nível de aprendizagem da técnica e das atitudes.

Sugiro dois critérios – o critério médico clássico, que eles conhecem, e o da mãe e da criança – como elas valorizarão o desempenho desses jovens médicos.

Aproveitando a minha experiência de anos a observar como é que os alunos do 6º ano fazem histórias clínicas, escrevi este texto. Para que não repitam os erros que a minha geração cometeu ao longo da vida; que façam outros mas não os mesmos.

Interrogatório

Primeiro que tudo tente inspirar confiança; tem tanta importância quanto a ciência do médico: *A physician's physiology has much the same relation to his power of healing as a cleric's divinity has to his power of influencing conduct* (Samuel Butler; 1835-1902).

Evite tudo o que possa ser interpretado como insegurança (ou pressa ou irritação); fale devagar e de forma que o ouçam bem. Evite dizer *parece-me ...* ou *julgo ...*; não inspira confiança. As dúvidas são utilíssimas, indispensáveis mas devem ser resolvidas por nós durante a consulta; no final desta, obtida a confiança da família e da criança, então há lugar para expor as dúvidas que houver bem como o plano para a sua solução – que não tem que ser imediata (salvo emergência).

Nada na mão – nem papéis, nem relógio, nem telemóvel; a família poderá interpretá-los como pressa ou pouca consideração. Durante a consulta a família deve sentir que o médico só pensa no problema daquele pequenito e tem todo o tempo necessário.

Evite também a todo o custo alijar responsabilidades – “sacudir a água do capote”; assumir responsabilidades faz parte da tarefa do médico (o fardo do homem/mulher de branco). O médico deverá pesar bem a responsabilidade que haja que partilhar com a família. O dever de informar pode colidir com o de evitar preocupá-la desnecessariamente; há que resolver sensatamente este dilema – o tempo, o interlocutor e a oportunidade são instrumentos úteis.

A norma básica da moral deve ser lida pela positiva; mais do que “Não faças aos outros o que não...”, “Faz como gostarias que te fizessem... se tu fosses o outro”

Procure imaginar-se no lugar da mãe ou da criança doente – é o papel de actor que se espera do médico – saber interpretar o personagem daquele doente – pequenito ou grande, assustado ou passivo, sempre preocupado - a empatia, a sintonia emocional inerente a uma boa atitude médica.

Saber ouvir é o primeiro requisito: deixar falar a mãe (ou outro interlocutor) mas sem ignorar a criança – para a observar, claro, mas (sobretudo) para que ela saiba que estamos interessados nela e não só na história da sua doença. O diálogo não verbal (fitar, sorrir) é indispensável enquanto se ouve a história.

Oiça e escute. Tente decifrar o que nos quererão dizer; qual a verdadeira razão destas queixas que podem parecer estranhas. Uma mãe que conta uma história pouco plausível não terá razão (não é “uma cliente”) mas tem sempre razões; quais serão as razões desta conduta estranha?

Édipo teve que enfrentar a esfinge de Tebas, uma quimera que não perdoava a quem não decifrasse o enigma. O doente, ou melhor, a doença é a esfinge; o médico tem de decifrar o enigma. O doente também poderá não sobreviver (ou não ter os cuidados necessários) se errar o diagnóstico, se não interpretar bem o problema. A pergunta que a esfinge formulava parecia difícil mas a resposta era óbvia; também os sintomas da doença ali estão impassíveis, à espera que os interpretem. Como nas provas, só passa quem souber.

Também ajuda a ultrapassar episódios difíceis: doentes exigentes, desconfiados, arrogantes, agressivos. Se tentar perceber a razão destas atitudes mais facilmente lidará com elas; um médico não pode zangar-se pela razão simples de que, assim, não ajuda a resolver a situação. Um médico tem de procurar a **causa** e não a **culpa**.

Nestas circunstâncias é útil respirar fundo e não responder imediatamente. O silêncio permite pensar na resposta mais adequada e ajuda a atenuar a críspação; olhar calmamente para o interlocutor também ajuda. Aliás, é uma atitude aconselhada em qualquer circunstância.

Os alunos tendem a usar um protocolo de história clínica que mais parece um questionário – perguntam tudo, mais levados por cada um dos sintomas referidos que pelo problema daquele doente concreto – e registam todas as respostas traduzidas para “mediquês”; mal olham para a criança e para a mãe. Terminada a colheita, retiram-se para rever as notas e só então raciocinam sobre os dados colhidos deste modo exaustivo.

O modelo seguido é o da mineração, passe a caricatura; o médico veste o fato de mineiro, desce à mina mal iluminada armado da picareta-protocolo, escava o que encontra pela frente, enche as vagonetas de minério que só será tratado à superfície. É um processo trabalhoso e toscos: para obter uns gramas do precioso mineral deixam-se toneladas de ganga à roda da mina.

Tanto trabalho para tão parco resultado; uma alavanca ajudaria – bastaria procurar um ponto de apoio e, sobretudo, escolher para onde mover o pedregulho.

O modelo do garimpo é muito mais eficiente – a luz permite distinguir a pepita da pedrita mas é preferível o modelo edipiano: tentar resolver o enigma.

A primeira pergunta é crucial (não há uma segunda oportunidade para causar uma boa primeira impressão); depende da gravidade da situação e da ansiedade da mãe mas na grande maioria dos casos será: *o que é que a preocupa ou o que se passa com a sua menina?*

É indispensável saber o nome da criança e usá-lo sempre quando se lhe refere. Há o hábito de perguntar também o nome da mãe (interlocutora), tolerável se não eclipsar o da criança - trata-se da “mãe do Afonso” e não do “seu filho”. *Fui eu que dei o ser e escolhi o nome do meu menino.* O que

evita a dúvida na escolha da forma de tratamento: Sr.^a, Sr.^a D.^a, Dona, Minha Sr.^a, Amélia?

É aceitável perguntar a idade da criança mas é absurdo procurar saber a data e o local do nascimento ou a residência antes de saber a razão da consulta. Poderá vir a ser útil mas não necessariamente antes de identificar o problema; por outro lado, o Boletim Individual de Saúde tem (ou deverá ter) muitos desses dados, o que tornará desnecessárias essas perguntas.

Colher uma história clínica não é reconstituir o “filme” dos acontecimentos mas seleccionar o importante; há que reconstituir a história de acordo com as regras da perspectiva - é mais útil pormenorizar o que aconteceu recentemente (desde ontem) que o que sucedeu há seis dias mas interessa muito o quadro inicial.

Em princípio há que deixar a família falar; ao médico cabe ouvi-la. Evite interromper – ao contar, a mãe não está apenas a fornecer informações, está também a fazer a catarse - facilitada pelo apoio de um médico - a libertar-se de medos, fantasmas; aqui começa a terapia.

Ao colher a história clínica, ao ouvir as queixas, o médico não está só a inventariar dados para o diagnóstico. Está a ouvir ... E ter alguém que o oiça talvez seja a primeira terapêutica para o doente, independentemente do alívio físico do sintoma.¹

Os médicos que cultivam a atitude de “só os factos” tendem a interromper os pacientes antes de eles conseguirem contar a história completa. Alguns estudos sugerem que os clínicos (só) ouviram os pacientes durante dezasseis segundos antes de lhes cortarem a palavra - alguns chegaram ao ponto de os interromper passados três segundos. Conclusão: “menos de 2% dos pacientes conseguiram completar o raciocínio”.²

O médico jovem está tão preocupado em interpretar bem os sintomas que, logo que tropeça num, tende a interromper para uma análise semiológica exaustiva.

E é aqui que reside o problema. O excesso pletórico da forma retirou relevo à substância e o que deveria ser essencial no olhar sobre a História foi suplantado por uma espécie de *zapping* iconográfico.³

Não só corta o diálogo como actua como se o diagnóstico fosse obtido pela soma dos sintomas bem esmiuçados. Essa é a maneira como o computador “raciocina” (*computer assisted diagnostic decision tool*)⁴ mas não o médico; o diagnóstico clínico funda-se na história, na evolução temporal dos sintomas: o quê, quanto, quando e como (súbito, progressivo) começaram, como evoluíram (agravamento, melhoria, estabilização), que relação com eventuais incidentes ou intervenções: quanto tempo (horas, dias) após factos relevantes prévios e entre os diversos sintomas. É na análise desse perfil que há que buscar a interpretação do “caso” – o diagnóstico.

A história do doente... é a ferramenta de diagnóstico mais antiga de que um médico dispõe para além de ser também uma das mais fiáveis”. A maioria (70 a 90%) dos diagnósticos médicos são baseados, exclusivamente, na história do paciente.²

“... verdade cuja mãe é a história, émula do tempo, depósito das acções, testemunha do passado, exemplo e aviso do presente, advertência do porvir.”

Cervantes. D. Quixote

Só então deverá considerar se vale a pena analisar com detalhe tal ou tal sintoma – valerá a pena perder tempo a

caracterizar o vómito isolado que aconteceu nas horas iniciais (cor, cheiro, em jacto, volume, frequência, relação com as refeições...) e não mais se repetiu?

A linguagem deverá ser o mais clara possível. Há que escolher a palavra ou expressão adequada para que o futuro leitor/ouvinte sinta estar a assistir ao diálogo; escolher a palavra adequada é uma das mais difíceis tarefas dos jovens médicos cujo vocabulário é limitado e o léxico nebuloso: frequência/ritmo, dificuldade/insuficiência, etc.

Há que ter todo o cuidado em registar os factos relatados pela mãe sem os deturpar ou interpretar; bem basta a mediação da mãe tantas vezes já contaminada pelo medialeto - o dialecto de jornalista de TV- (obrigatoriedade, a nível de, direccionado...) ou médico (hematoma, vómito “alimentar”...). Não hesite em transcrever o que ela disse na versão original por vezes bem expressiva; entre aspas se tiver relutância em usar linguagem corrente (funil, rabugem, birra, bolçar, magrizela, rechonchuda) que se julga inadequada à liturgia de uma história clínica; evocar a tradução inglesa (*wheezing* ...) atenua o constrangimento.

O objectivo é que os factos e a sua concatenação fiquem clara e exactamente registados. A história clínica deve ser clara, exacta mas enxuta, mondada de pormenores inúteis mas, ao mesmo tempo, agradável de ler/ouvir, não hesitando em registar aspectos que a tornam única.

Há que evitar que os ouvintes digam da sua história do doente o que Cervantes dizia dos “historiadores graves”

... os historiadores graves, que nos contam as acções tão abreviada e sucintamente, que mal nos chegam aos lábios, quedando no tinteiro por descuido, malícia ou ignorância, o mais substancial da obra.

Cervantes. D. Quixote

O médico deve tentar não interromper mas irá memorizando os factos fundamentais e assinalando as dúvidas que terá que esclarecer mais tarde; acontece muitas vezes que, segundos depois, é a própria mãe que as esclarece sem ser preciso perguntar. Para isso o médico tem de treinar a sua memória imediata, pouco exercitada dado o mau hábito de colher histórias com blocos-notas. Trata-se de um diálogo e não de um questionário com tudo o que um diálogo representa de calor relacional. (Figura 2)



Figura 2

Há que aproveitar as pausas para esclarecer dados, factos, intervalos (dias, horas), nomes, mas nem sempre é útil colher logo todos os pormenores – doses etc. – que poderão ser colhidas mais tarde se se entender necessário.

Aproveite as pausas para tomar notas mas nunca escreva **durante** o diálogo.

Numa primeira fase é indispensável apreender as linhas mestras do enredo de modo a obter um esboço do perfil evolutivo dos fenómenos significativos. Só depois, e de acordo com a necessidade, se procurarão esmiuçar os factos que se considerarem relevantes.

Mais importante que um questionário “completo” é um interrogatório adequado ao problema concreto que se nos depara e guiado pelas diversas hipóteses patogénicas que se vão evocando e eliminando no decurso da consulta.

Antes de procurar o diagnóstico há que procurar identificar o/s problema/s - social, psi, orgânico – cutâneo, respiratório, ... - infeccioso (vírico, bacteriano?), inflamatório, trauma, neoplásico, genético... etc.

Só se encontra o que se procura; é pouco provável obter uma boa resposta se não se colocar a pergunta correcta. Procure que a pergunta seja tão clara e exacta que a resposta possa ser sim ou não.

A escolha das perguntas deve ser submetida ao mesmo crivo que FA Oski aconselhava para os exames complementares: “*Before ordering a test, decide what you will do if it is positive or negative. If both answers are the same, don't do the test*”.

Valerão a pena? Que espera encontrar neste exame realizado agora? Nesta criança doente há (horas, dias) cuja evolução é... e que já foi medicada com... com o resultado x. Terá que ser agora? Não será mais útil adiar, rever dentro de... horas... dias.

Igual critério pode ser usada para o interrogatório e para o exame objectivo.

Tal como num restaurante não prova todos os pratos mas escolha os adequados às circunstâncias (tolerando alguma sobremesa) assim fará com as perguntas, o exame físico e os exames complementares. Se for necessário poderá encomendar outro ou outros mas não duma vez. Pedido cedo de mais o café arrefece.

O processo é semelhante ao da investigação científica: para cada problema uma hipótese de interpretação bem fundamentada nos dados e na ciência actual. Daí emergirão perguntas para pôr à prova (tentar reforçar ou refutar) a hipótese pelo que aquelas deverão ser adequadas e pertinentes. Antes de formular uma pergunta, escolher um exame clínico ou complementar, há que imaginar quais as respostas ou resultados que espera de acordo com a sua hipótese. Se o resultado coincidir com o esperado a probabilidade é grande que o seu raciocínio esteja correcto. É útil procurar confirmar as nossas hipóteses mas não vale a pena confirmar o óbvio.

Esta maneira de escolher os processos adequados poupará tempo e recursos sem perda de eficácia e tornará a actividade muito mais eficiente, estimulante e elegante.

Para pescar é muito útil usar boas “artes” – redes, anzol, espingarda; mais importante é saber tirar o máximo proveito delas – procurar os locais onde passarão os cardumes.

Tente primeiro interpretar o problema numa perspectiva fisiopatológica e, só depois, um diagnóstico; atribuir uma probabilidade – uma estimativa de 5 a 95% - a cada hipótese. Tenha em conta a idade, época do ano, eventuais contágios, imunizações, antecedentes etc

Não se sinta obrigado a obter todas as respostas às dúvidas mas a fazer todas as perguntas pertinentes.

Repito, trata-se de um diálogo guiado pelo problema e não um inquérito ou questionário. Mais uma razão para tentar que a formulação das perguntas não revele a hipótese (não “abrir o jogo”) – o que poderá condicionar a resposta (e viciar o processo) ou preocupar escusadamente a família.

Importa atender ao que se diz e ao como se diz; tanto o doente como o médico. As palavras são um remédio* – têm efeitos benéficos mas também podem ter efeitos secundários.

É o caso de começar a pesquisar os antecedentes pessoais pela gestação e o parto tal como se ensina a História a começar pelos gregos e os romanos. Muito mais útil é fazê-lo de modo retrógrado – começar pelos antecedentes mais recentes e, se necessário, retroceder até ao recém-nascido e à gestação; e à família, se se entender necessário. O que também evita o risco de preocupar escusadamente a mãe se, logo após a descrição do episódio actual, se lhe pergunta como correu a gravidez e o parto... ou se há casos semelhantes na família. Com grande probabilidade os dados obtidos serão irrelevantes – lançar a rede ao mar, ao acaso – mas muitas vezes a mãe pode ficar a parafusar – *porque será que o médico se havia de lembrar de me perguntar isso?* – e a suspeitar de alguma relação obscura entre o problema actual e a gravidez, o parto ou a família, com o sentimento de culpa inerente.

Em caso de doença infecciosa poderá ser útil pesquisar a fonte de contágio; mas isso muitas vezes pode despertar sentimentos de culpa. Há que avaliar se a vantagem supera os inconvenientes e actuar conseqüentemente; mais, há que avaliar se aquele será o momento adequado para esclarecer essa dúvida e se não será preferível adiar-lo para melhor oportunidade (ainda nessa consulta ou numa seguinte).

Perante um problema respiratório agudo poderá ser útil procurar identificar a fonte; antes de “lançar a rede ao mar” (*lá em casa está alguém doente?*) imaginar qual o cenário mais provável - crianças da mesma idade – infantiário, irmãos (ou primos conviventes) e escalonar as perguntas de acordo: e em vez de perguntar se “*estão doentes*” (uma perspectiva pessimista), perguntar “*como estão ou como têm passado*”.

Perante uma dificuldade respiratória **expiratória** é lógico considerar a hipótese de um terreno propício e a tendência é perguntar “*se há alguém alérgico ou asmático na família*”.

Se não é a primeira vez que este episódio acontece é sensato procurar a causa dessa susceptibilidade; se não tiver havido episódios anteriores (evitar falar em “primeiro episódio” que pode ser interpretado como se esperasse um segundo) não é necessário ir mais além, dado que a probabilidade é muito pequena e a criança não perderá nada se se ficar por aqui, registando o facto ou a dúvida no BIS.

Não esquecer que a palavra asma e alergia têm uma conotação pejorativa que não se desvanece mesmo que o diagnóstico se não confirme – (“*Menti, menti: alguma coisa ficará*”. Voltaire). Por outro lado a noção corrente de alergia é muito vaga; ao perguntar se há alguém alérgico na família, o médico está a sacudir a água do seu capote para o da mãe já preocupada e ainda se arrisca a obter uma resposta de fiabilidade duvidosa. Melhor é perguntar por factos concretos que suportem o diagnóstico de atopia (*bochechas sempre tão bonitas como agora?* em vez de “*ásperas, vermelhas e pruriginosas*” nos primeiros meses – mais tarde nas zonas de flexão (eczema atópico) – que se poderão inspecionar oportunamente sem preocupar a mãe; crises de espirros; constipações sem que haja epidemia etc), cabendo ao médico a tarefa de assumir o diagnóstico de atopia ou não.

“... assim que o médico lhe chamou cancro os sinos das igrejas começaram o dobre e um cortejo alongou-se na direcção do cemitério com uma urna aberta e uma criança dentro...”

A. Lobo Antunes. Sôbolos rios que vão. D. Quixote 2010.

Evite pôr em causa o que alguém fez – a família ou outro médico; nunca pergunte “*se não fizeram - ou receitaram - mais nada*”; poderá ser interpretada como se se esperasse que o tivessem feito. A fórmula “*e depois o que aconteceu*” basta para começar; a mãe acabará por dar todas as informações se lhe der tempo e oportunidade.

O médico deve fazer com que a família sinta que ele será capaz de ajudar a resolver qualquer problema, seja qual for a resposta.

Em vez de perguntar à mãe de uma criança com convulsão febril se na família há casos de epilepsia pensar no que ela poderá sentir (ansiedade, culpa) perante esta pergunta, formulada desta forma e neste momento. Mais, imaginar as possíveis respostas e a utilidade de cada uma das respostas alternativas para a atitude imediata (um tio com epilepsia vs ninguém); se a diferença for pequena, considerar adiar a pergunta (ou consultar o BIS). Se se entender útil, arquitectar as perguntas de acordo com a probabilidade – a convulsão febril é frequentemente familiar – um irmão, o pai ou a mãe poderão ter tido algo parecido “*quando eram pequenos*”; se for o caso, não ficarão preocupados se o médico lho perguntar – o que poderá acontecer se lhe falar em “epilepsia” “na família”.

Muito mais sensato é perguntar a cor da urina ou, se pertinente, a do vómito ou da diarreia em vez de “*tinha sangue*” (ou bilis).

É indispensável não perder o fio à meada; para tal é útil verificar se não se terá enganado – resumir a história que a mãe contou (quanto possível pelas mesmas palavras) e pedir que confirme ou corrija. Está a analisar uma história onde o tempo é a variável crucial – não basta dizer “antes” ou “depois”, é necessário quantificar – imediatamente, horas, dias mas não exagere. Se a criança caiu ontem “antes do almoço” talvez não seja necessário saber que horas eram.

Evite falar em dias da semana salvo o primeiro, em especial se for domingo ou feriado; é preferível dizer primeiro, segundo etc ou “no dia seguinte”, “três dias depois” ou ontem etc. Torna mais fácil a mensagem e mais clara a cronologia.

A questão crucial é: “porque será que “isto” terá acontecido, neste **momento, a esta** criança”? A resposta reside num bom interrogatório tendo em conta os factos, a epidemiologia e também num exame físico indispensável.

Não basta conhecer a probabilidade que a epidemiologia nos ensina; é indispensável também ter em conta a plausibilidade; o senso. Como sempre.

One of the most delightful sayings of antiquity is the remark of Heraclitus about his predecessors, that they had much knowledge but no sense.

William Osler

A intenção louvável de procurar quantificar os dados deve ser cotejada com o efeito secundário e formular a pergunta ade-

quadamente. Em caso de febre é frequente perguntar “*qual foi o valor (o pico, como dizem) mais elevado*” a uma mãe preocupada que mediu várias vezes a temperatura e passou mal a noite. Há que pensar se não haverá outra maneira de obter o mesmo resultado sem poder preocupar mais a pobre mãe que, de momento, não se lembra se foi 38,5 ou 38,7°C. Porque não perguntar se a febre era alta ou não? (usar sempre um leque variado de possibilidades; repito, há que mostrar estar preparado para qualquer alternativa e que se não deseja ou teme qualquer delas). Na grande maioria dos casos a mãe responderá com o valor em graus Célsius.

Em vez de perguntar “quantas vezes” começar por “muitas ou poucas”, que a mãe acabará por dar a informação necessária.

O mesmo acontece com a duração de um episódio apático. Em caso de convulsão há a tentação de obter uma descrição completa e perguntar “quanto tempo durou a crise?” parecendo não se dar conta de como se terá sentido a mãe ou quem testemunhou tão apático episódio. Qualquer resposta é de escasso valor e, além disso, o interlocutor poderá sentir-se culpado por não saber responder com exactidão como se disso dependesse o diagnóstico.

Se a crise já tiver passado - mostre compreender o que a mãe terá passado e sintonize afectivamente: “*Deve ter-lhe parecido uma eternidade*” ou semelhante. Se o entender necessário pode procurar saber o que ocorreu durante o episódio mas tendo sempre em conta a emoção de quem assistiu. Em vez de perguntar “o que fez?”, perguntar “e depois, o que aconteceu?” que não sugere responsabilidade.

Pela resposta pode inferir a duração aproximada “até chegar ao Centro de Saúde”, “a meio da viagem para cá”, “enquanto telefonava...”. Oportunamente poderá estimar a duração aproximada.

Outro erro frequente é perguntar se “*mordeu a língua*” ou se “*tinha os lábios roxos*” ou “*deixou de respirar*” ou “*perdeu a consciência*” ou se “*tinha as mãos geladas*”, sem se dar conta do que isso pode significar para a família – que o médico considera que a mãe em pânico deveria ter notado qualquer destes sinais que espera ou teme possam ter ocorrido. Uma vez mais o médico não deve sacudir a água do seu capote para o da mãe; pela descrição da mãe cabe ao médico responder às dúvidas pertinentes.

Como sempre, as circunstâncias da ocorrência ajudarão – jejum, febre, trauma – mas, uma vez mais, não levante suspeitas infundadas para “*ver o que vem à rede*”: “*terá batido com a cabeça?*”. Contribui para o medo endémico e não delimita o intervalo temporal pertinente. É preferível procurar saber o que terá feito a criança **nas horas** precedentes. A propósito, há que procurar delimitar sempre o período que nos interessa quando interrogarmos o passado – horas, dias, meses, anos ...- adequando a unidade de tempo ao mais provável. Mais sensato será começar por perguntas fáceis de responder: *Foi há muito ou há pouco tempo?*, tempo que se irá precisando melhor, se necessário.

No diálogo deve ser banida a palavra **não**; neste contexto o “nã” é pessimista*, (em regra pergunta-se se não teve tal ou tal doença, nomes de que a família nunca irá esquecer) e acen-tua o vício defensivo dos jovens médicos (todos são doentes enquanto se não provar o contrário); pessimista e restritivo – ao excluir dado sintoma ou doença apenas se elimina esse sintoma ou doença: no caso corrente de doença banal passar-se-ia todo a tarde a excluir sintomas. Muito mais útil é tentar perguntar ou registar pela positiva: Perguntar se tem sido

saudável ou como tem passado em vez de que doenças já teve; dizer o que se vê ou ouve em vez do que não se vê ou ouve.

É muito mais útil, abrangente e tranquilizante falar da cor rosada daquela criança em vez de dizer que não tem cianose; que a esclerótica é branca em vez de não ser icterícia; que a expiração (ou a respiração) é silenciosa em vez de não tem pieira, gemido, estridor, etc; murmúrio vesicular puro em vez de não tem ruídos adventícios, mãos quentes (ou, melhor, quentinhas) em vez de não as tem frias, etc

Poupa imenso tempo ao evitar passarmos o tempo a negar toda a semiologia aprendida. Além de que o não é uma palavra feia, nasalada e tudo:

«Terrível palavra é o NON. Não tem direito nem avesso: por qualquer lado que o tomeis, sempre soa e diz o mesmo. Lede-o do princípio para o fim, ou do fim para o princípio, sempre é NON.

Mata a esperança que é o último remédio que deixou a natureza a todos os males. Não há correctivo que o modere nem arte que o abraque, nem lisonja que o adoce. Por mais que o enfeiteis, um NÃO sempre amarga; por mais que o enfeiteis, sempre é feio; por mais que o doireis, sempre é ferro.»

Pe. António Vieira.

Também pessimista e defensivo é o “pode”; “*uma pielonefrite pode apresentar...*” e lá vem uma série de possíveis improbabilidades. Ao usar a palavra “pode” está a equacionar nebulosa e defensivamente o problema; muito mais adequado será: qual a probabilidade desta criança com este quadro clínico há n dias/horas que não/foi medicada deste modo, ter tal sintoma ou sinal que se manifestou ontem ou apresentar um dado relevante no exame complementar que pondera pedir hoje?

O “pode” é uma das razões para os excessos de exames e de terapias que comprometem o orçamento e a racionalidade clínica do SNS; o “pode” indiscriminado significa que o médico abdicou de analisar a probabilidade do risco e a respectiva plausibilidade referidas àquele doente concreto naquele específico estágio de evolução.

Por vezes é a família que pergunta se esta doença pode ... (levar à morte, deixar sequelas ...). Poucas pessoas manejam bem a noção de probabilidade: exemplos práticos podem ajudar a perspectivar – risco de ser atropelado ao sair à rua, de fazer frio em Agosto etc.

A decisão médica - diagnóstico e, sobretudo, prognóstico – baseia-se num processo e este radica numa história clínica que implica um perfil temporal (aceleração, desaceleração, velocidade, melhoria, agravamento) na história completa e não apenas nos factos; no vídeo e não apenas nas “frames”... uma evolução que o médico terá que tentar reconstituir ou a que terá que assistir por pouco tempo que seja. Tal como no modelo das curvas de percentis muito mais útil que um valor isolado é a evolução, a tendência, a velocidade de crescimento (“cruzar percentis”); mais fiel e mais precoce.

O conhecimento da história natural e a análise da evolução são indispensáveis para diagnosticar e acompanhar bem mui-

tas doenças – o exantema súbito e outras doenças exantemáticas, a regurgitação do lactente, a maioria das intoxicações acidentais, o trauma crânio-encefálico no qual a vigilância permitirá personalizar cuidados e poupar preocupação e intervenções (TAC) escusadas.

Insiste-se na importância do rigor, da cronologia, da atenção aos pormenores relevantes; do número e da palavra e do seu significado exacto - a matemática e o português.

É muito útil medir, quantificar os factos, sobretudo o tempo, dado que a nossa base de trabalho é a história (clínica).

A família deverá perceber a razão de ser das perguntas, o que reforça a confiança.

Se a família manifestar preocupação excessiva deverá ser tranquilizada imediatamente; as atitudes adequadas deverão também ser imediatamente louvadas (reforço positivo) e as criticáveis recordadas para oportuno esclarecimento depois de confirmar não ter havido má interpretação.

A terapia começa no interrogatório; a confiança que se inspira é meio caminho andado – depende de muitos factores: a nossa postura, o interesse e o cuidado que se manifesta, a coerência na conduta do exame, a segurança nos gestos e nas respostas e até o tom da voz – nem imperativo nem hesitante e, sobretudo, tranquilo.

* Não esquecer o poder terapêutico da palavra: “*Senhor, eu não sou digno que entreis na minha morada, mas disse uma só palavra e o meu servo ficará curado*”.

O silêncio faz parte do diálogo; não há que ficar preocupado se se esgotarem as perguntas – aproveite para observar... ou escrever. Pensa-se melhor em silêncio.

Podem adiar-se as respostas para mais tarde mas há que dizê-lo logo.

A história deve ser colhida na forma natural de diálogo guiado pelo problema; depois será escrita na forma clássica duma novela policial – dando todas as pistas ao leitor mas sem lhe revelar dados patognomónicos antes de dar tempo a que formulem as suas hipóteses pessoais.

Referências

1. Carmo I. Faculdade de Medicina de Lisboa. Jornal Público 20.03.2006 (<http://jornal.publico.clix.pt/noticias.asp?a=2006&m=03&d=20&uid=&id=69229&sid=7596>)
2. Sanders L. *Every Patient Tells A Story: Medical Mysteries and the Art of Diagnosis*. New York: Broadway Books; 2009.
3. Guinote P. Jornal Público 04.04.2011 (<http://jornal.publico.pt/noticia/04-04-2011/historia-memoria-e-manuais-escolares-21752584.htm>)
4. Craig JC, Williams GJ, Jones M, Codarini M, Macaskill P, Hayen A, et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15 781 febrile illnesses. *BMJ* 2010; 340: c1594.