



### Para uma história clínica (II)

H. Carmona da Mota

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



#### Resumo

Sublinha-se a utilidade da inspeção e a necessidade de estar atento desde o início da consulta. A inspeção será feita como se esta pudesse dispensar o exame físico. O exame clínico deve ser oportunista; cabe ao médico aproveitar as oportunidades. Observar de maneira que a criança sinta estar a ser atendida e não examinada; começar por um tele-contacto – um sorriso ou uma palavra bastam. Escolher o que considerar essencial fazer no exame físico - dois ou três exames prioritários e, antes de os realizar, imaginar os resultados esperados. É desnecessário pedir licença à criança mas é indispensável dizer o que se vai fazer e para quê; no fim do exame dizer-lhe o que encontrou. A consulta terminará com uma explicação e uma proposta terapêutica sem esquecer o prognóstico. Se o diagnóstico não for óbvio, explicar a estratégia programada e a evolução esperada. Aconselha-se a escrever a história na forma de novela policial – há que prender o ouvinte/leitor de modo a fazê-lo participar na tentativa de interpretação do enredo.

*Acta Pediatr Port 2011;42(2):84-9*

### For a better clinical history (II)

#### Abstract

One recalls the importance of the inspection, starting from the very beginning of the consultation and as complete as it could dismiss the physical examination. The medical examination should be opportunistic; the doctor must take advantage of the situation. The doctor must examine the child in such a way that he feels being cared for instead of observed, starting with a word or a smile. Before starting the physical examination, select the two or three most important clinical procedures and their expected results. There is no need to ask permission to normal clinical examinations but we should explain to the child what we are going to do and what is it for. At the end we must tell what we did get in an appropriate way. At the end we should explain the situation to the parents (or to the child), the proposed therapy and prognosis. If the

diagnosis is not obvious, explain the proposed strategy and the expected evolution. We suggest writing the clinical history as a detective mystery, trying get reader/listener participating in the diagnostic procedure.

*Acta Pediatr Port 2011;42(2):84-9*

#### Inspeção



Figura 1 – Luke Fildes. The Doctor

*“Don't touch the patient - state first what you see, cultivate your powers of observation”.*

*“Let not your conceptions of the manifestations of disease come from words heard in the lecture room or read from the book. See, and then reason and compare and control! But see first.”<sup>1</sup>*

*“No! You mustn't touch him. Use your eyes... yours ears, your brain, your bumps of perception, your powers of deduction.”<sup>2</sup>*

Pela inspeção é possível avaliar a gravidade do doente, a nutrição, a icterícia, a anemia, a púrpura, o sofrimento, a alegria, a relação com a mãe ou notar sinais de dificuldade respiratória, meníngeos ou de obstrução intestinal e realizar quase todo o exame neurológico.

**Recebido:** 26.04.2011

**Aceite:** 26.04.2011

#### Correspondência:

Henrique Carmona da Mota  
hcmota@ci.uc.pt

A criança doente é o centro da atenção – procure olhar e ver mas de maneira que a criança sinta estar a ser atendida e não examinada.

A inspecção será tentada como se esta pudesse dispensar o exame físico; oitenta por cento dos dados obtém-se pela inspecção. Comece por avaliar o “estado geral”; neste momento esta criança exigirá cuidados urgentes ou não?

O exame clínico deverá ser oportunista – se a criança está calma intercalar o interrogatório com a inspecção de sinais (de dificuldade respiratória p. ex) que, mais tarde, poderão ser mais difíceis de pesquisar. Uma criança que dorme com chupeta (ou com boca fechada) tem uma boa permeabilidade nasofaríngea - não tem obstrução nasal nem nasofaríngea significativa. Aproveite a muda da fralda para inspecionar a cor da mesma, as fezes, o abdómen, os genitais (bolsas cheias, reflexo cremasteriano espontâneo), a amplitude dos movimentos das coxo-femorais e o comportamento durante o acto (sinal de Kernig, artrite da anca); se flecte a cabeça (perguntando-lhe a cor do bafeiro ou o umbigo, p. ex<sup>o</sup>.) não tem rigidez da nuca.

Procurar quantificar sempre que possível mas sem exagero – flexão completa, parcial; destreza boa, excelente; amplitude etc.

Avalie o estado de nutrição mas registe os argumentos – bochechas, membros magritos ou “rechonchudos”, costelas visíveis, nádegas etc. Está magra ou é magra?

A face está descorada; mas estará pálida ou será pálida? Compare com a mãe e peça-lhe a opinião: “a cor da carita dela sempre foi assim ou é de agora”? Atenção à resposta - a mãe pode referir-se a outra coisa – olheiras, p.ex<sup>o</sup>.

Olhe para uma criança e enquanto frui a cena vá fazendo o “exame neurológico”, tanto mais detalhado quanto a história o exigir; avalie a simetria e a postura (deitada, sentada, de pé), o tónus (a cabeça erguida, membros “de trapos”, comparando-os), a força (1 a 4, contra a gravidade? Sentou-se; trepou?), a destreza dos movimentos, os grosseiros – a marcha - e os delicados, descrevendo os factos (“brinca com chupeta” em vez de “manipulação de pequenos objectos”; registe a qualidade (bem, muito bem ...), precisão e exactidão, amplitude, tremor, destreza, equilíbrio (difícil num colchão) e compare os dois membros.

Cumprimente-o (e à mãe) e aproveite para avaliar a força e a velocidade de relaxamento.

Repare nos olhitos: bem desperto, sonolento ou difícil de despertar (se não forem horas); o que diz a mãe?

Os olhos estarão encovados ou é uma característica da criança; compare com a mãe e pergunte-lhe se nota alguma diferença. Distinga olheiras de olhos encovados. As pálpebras estarão edemaciadas (inchadas)? Haverá remela ou a criança terá chorado muito? As escleróticas estarão brancas, amarelas ou congestionadas? Haverá hemorragias?

A criança sorri e fita-nos? Choro ou rabugem? Repare nos movimentos oculares externos nos quatro pontos cardeais (e recorde ou vá rever os pares cranianos - se o fizer hoje nunca mais o esquecerá) – pode usar o dedo mas, melhor, um brinquedo ou uma face afável (a sua); registe o facto, a amplitude e a coordenação bilateral.

Aproxime-se – dizendo à criança o que vai fazer - e olhe as pupilas (não se preocupe por não ter oftalmoscópio – que pode assustar a criança e que, de qualquer maneira, não saberia usar - ou foco de luz), aproveite o que há e verifique se o tamanho das pupilas é adequado à luz ambiente (compare com as da mãe) e, sobretudo, se são simétricas e se se reduzem quando olha para a luz (janela).

Avaliou a motricidade externa e interna sem tocar na criança que agradece. Mais tarde, recorde o nome, função e significado desses movimentos. Por fim, pisque o olho ao petiz e diga-lhe o que viu – que tem os olhos castanhos como a mãe e que mexem muito bem.

Aproveite a boca aberta - qualquer que seja a razão - para verificar a língua (seca, húmida, saburrosa, cianosada, despapilada, geográfica, ...), os dentes e a mucosa jugal (aftas, “sapiinhos”...) sem esquecer o hálito (estranho, fétido, cetónico ou habitual). Tire partido da flexão do tronco a que foi obrigado para colher o máximo de dados pertinentes de uma só vez.

Mas sem esquecer como é que essa criança poderá interpretar os seus gestos por mais bem intencionados que sejam; basta apenas imaginar o que poderá sentir essa criança e depois actuar espontaneamente.

Não basta pensar no que “eu sentiria se estivesse no lugar dela”; é preciso imaginar “como se eu fosse ela”. O médico como actor no papel de um personagem.

*Ah, poder ser tu, sendo eu!  
Ter a tua alegre inconsciência,  
E a consciência disso!*

**Fernando Pessoa**

A inspecção exige proximidade e distância; há que olhar a criança, a zona doente mas também a mãe, a cama, o quarto, o ambiente.

*“- Não filma, digamos, demasiado perto das pessoas?”*

*- A ideia era que o olhar da câmara correspondesse ao olhar do médico - a abordagem que fragmenta, a proximidade sem possibilidade de revelação do mistério de cada um. Ao ver de muito perto, acaba por não se ver nada. O microscópio não encontra a verdade.”*

É desnecessário pedir licença à criança para qualquer exame; além de redundante – foi a família que a trouxe – arrisca-se a uma resposta negativa que terá que reverter. Mas é indispensável dizer o que vai fazer e para quê; depois evitar movimentos bruscos mantendo sempre um diálogo, verbal ou não, com a criança.

Pode e deve falar com o doente mas não esperar – e muito menos insistir – na resposta; a pergunta basta.

Não hesitar em observar uma criança ao colo da mãe em vez (ou antes) de deitada na mesa de observação. Erro crasso: “Deite-a e dispa-a”. Considere: será necessário observar toda a pele duma criança com otite? Mais, se se entender necessário não será melhor fazê-lo por zonas, uma de cada vez, sem “despir a criança”?

Há que registar o resultado da inspecção de forma rigorosa, clara e exacta; os médicos têm tendência a usar fórmulas

“médicas” com receio de usar uma linguagem corrente. Há que escrever de maneira que o leitor “veja” a criança; não é fácil mas há que tentar.

Evite as fórmulas gastas (“*pele e mucosas coradas e hidratadas*”) – pele hidratada é uma noção ligada à cosmética e não à Medicina; corada é uma palavra ligada à galinha no forno – rosada é muito mais sugestiva e exacta. Hidratada é uma interpretação de uma língua (mucosas há várias) húmida. Tenho verificado que se prefere avaliar a coloração “das mucosas” invertendo a pálpebra inferior quando é muito mais fácil e fidedigna a da língua, sempre quente e bem irrigada ou a dos lábios.

Outra expressão corrente com que se pretende registar o estado de consciência do doente é “*consciente e orientado*” que se usa automaticamente mesmo em lactentes, sem se dar conta do absurdo. É uma fórmula pessimista (quer dizer que o doente não está em coma) que poderá ter sentido em casos muito graves mas que é inadequada na grande maioria. Além de que descreve uma interpretação quando se espera uma descrição de factos.

Há que descrever porque é que se entende que está consciente e qual o seu grau – sorri, dorme; chora ou fita a mãe ou a si; mama, brinca...

Outra expressão habitual é “*interagir com o meio que o rodeia*”, típica do *medialeto* que há que substituir pelos factos significativos – comportamento perante a mãe, estranhos, sons (quais), objectos, brinquedos, leite etc.

É sempre difícil registar sons numa história clínica – estridor, gemido, estertor, ressonar, padrão de apneia obstrutiva, pieira, roncos e sibilos, ferveores ...

Em vez de procurar que a mãe defina as características da tosse (seca, húmida, produtiva, rouca) é preferível perguntar se seria igual à que se acaba de ouvir.

Tentar imitar é um bom exercício para obter o acordo dum grupo; procure fórmulas objectivas e clinicamente significativas. Os sons anómalos são constantes ou intermitentes? Desaparecem após a tosse? Ouvem-se na inspiração ou na expiração? Olhe bem para o tronco dum criança com dificuldade respiratória – a expiração é passiva e silenciosa (como habitualmente) ou activa e ruidosa?

Creio que assim será mais fácil tentar interpretar a fisiopatologia subjacente – dificuldade expiratória ou inspiratória.

É muito útil avaliar a simetria dos ruídos; é a maneira mais segura de notar pequenas diferenças. Para isso é indispensável auscultar alternadamente locais **simétricos** do tronco. Repare se a inesperada assimetria de todos os sons se não se deverá a uma exagerada rotação da cabeça que desaparecerá noutra posição.

Todos os sinais de dificuldade respiratória, que avaliam a gravidade, revelam-se pela inspecção.

Evite sempre o registo pessimista; em vez de dizer que a criança “consegue” fazer ou dizer isto ou aquilo, dizer o que a criança fez ou disse. Tranquiliza a mãe e poupa palavras.

Insisto muito no valor da objectividade e no rigor das observações e dos registos.

Aparente é uma palavra a banir; está a observar uma criança – cabe-lhe esclarecer esta “aparência”. Quando chega o momento se descrever o fâcies de uma criança, o problema agudiza-se. Como descrever com objectividade o fâcies “normal” dum bela criança? “Sem malformações aparentes” é um erro crasso; normal ou saudável são interpretações e como tal, discutíveis. O melhor será dizer que é “uma linda criança”. O padrão estético é tão antigo que se pode considerar a mais consensual das classificações; além de que introduz uma perspectiva calorosa indispensável.

Se o fâcies ou o biótipo ou a cor da pele (incluindo manchas) forem estranhos, nitidamente diferentes dos da mãe (ou pai) poderá aproveitar uma oportunidade para comentar tranquilamente: *É mais parecido com a mãe ou com o pai? ou A quem “sai” ela?*

Repito que a história deve ser escrita na forma clássica dum novela policial – dando todas as pistas ao leitor mas também tempo a que formulem as suas hipóteses pessoais. Para isso é indispensável relatar factos e não interpretações – “*chupeta ou dormir com boca fechada durante muito tempo*” em vez de “*Não tem obstrução nasal*”. “*Beber rapidamente meio copo de leite*” em vez de “*beber com apetite*” ou “*fome*”. “*Foi hospitalizada*” ou “*tomou dado medicamento*” em vez de “*teve que ser hospitalizada ou medicada*”. Taquipneia – registar a frequência (ciclos/m) - em vez de falta de ar ou dificuldade em respirar; choro em vez de ter dor; língua húmida e não “hidratada”, irrequieto em vez de agitado...

Há que prender o ouvinte/leitor de modo a fazê-lo participar na tentativa de interpretação do enredo; o médico no papel de encenador.

Quando for difícil encontrar uma fórmula adequada para descrever um facto usar analogias – *como se fora* ... (uma cor, uma atitude (esgrima), um movimento – susto, nadar, trepar, andar de bicicleta, espreguiçar.. - ou um som – pio, silvo, sopro - bem conhecido de todos).

*As suas faces emaciadas tingiam-se de um círculo de rubor, que parecia tanto mais vivo, quanto a fronte se lhe tornava mais pálida. Era a febre...*

*Na suas faces cavadas, duas nódoas de vivo carmim sobressaíam em chão de palidez mortal. Apenas o fogo da vida se lhe revelava no brilho febril dos olhos orlados de olheiras lívidas.<sup>4</sup>*

Em caso de doença, caso tenha um diagnóstico com alta (> 90%) probabilidade, não valerá a pena fazer um “exame físico completo” a menos que haja uma hipótese alternativa plausível e grave. De qualquer modo há que deixar sempre a porta aberta para uma nova observação – daqui a uma hora, após a alta ou se a evolução não for a prevista, que há que descrever aos pais.

Não se sinta obrigado a só começar o “exame objectivo” depois de ter feito um interrogatório e inspecção exaustivos. Desde que tenha conseguido equacionar bem o problema, nada obsta a que prossiga o exame; estará sempre a tempo de considerar novas hipóteses ou variantes e voltar a perguntar ou a observar. Desde que não perca o fio condutor, tudo é aceitável.

## Exame físico



Figura 2 – Abel Salazar: A consulta

Enquanto lava as mãos pense no que considera essencial fazer; escolha os dois ou três exames prioritários e imagine os resultados esperados.

Comece a abordagem por um tele-contacto – pela voz e pelo olhar – uma palavra, um sorriso ou até uma piscadela de olho bastam; não esqueça o cheiro. Só depois usar o tacto com gestos tranquilos e habituais – uma festa sobre a roupa ou na mão, uma carícia na cabecita – aproveitando para avaliar a fontanela – tamanho e relevo. Mas adeque o processo da abordagem à situação da criança concreta – tranquila e sorridente ou com medo.

Não hesite em acocorar-se para o fazer – a criança agradecerá que o médico se coloque ao seu nível.

Antecipe a resposta a futuras intervenções: o fonendoscópio é um objecto estranho que poderá causar receio; se o deixar perto da criança ela tenderá a ir buscá-lo e a brincar com ele. Ao transformar um instrumento num brinquedo o médico fez de Rainha Santa.

*“Não levantou as mãos, não orou, nem pediu, não mandou: só disse que eram rosas as moedas e foram rosas. O chamar foi produzir; e o dizer que eram foi fazer que fossem o que não eram.”*

António Vieira: Sermões.

Mas o médico não se deve acriançar; é um adulto a lidar com uma criança doente. Há que manter o estatuto para que a hierarquia se não dissolva sem benefício para qualquer das partes.

Continue o exame, tranquilo, por degraus – comece a palpação ou a auscultação sobre a camisa; são mais úteis os dados colhidos deste modo mas com a criança tranquila que o contrário – cabe-lhe adaptar-se.

A finalidade de qualquer gesto, qualquer exame físico deverá ser explicada à criança em termos simples e optimistas: “Vamos lá ver como está esta barriga” ou “... se este peito respira bem”, ou “se esta perna está melhor...”. Repito que não há que pedir autorização para gestos correntes (os pais já a deram).

Dor é uma palavra tabu. É errado invocá-la (“Não vai doer nada...” ou “não tenhas medo”) - já muitas vezes foram enganados; poder-se-á dizer “... se sentires alguma coisa avisa-me ...”.

No fim do exame não esqueça dizer à criança o que encontrou – a barriga está bem boa, o peito respira bem, a garganta está... etc, para não deixar a criança de boca aberta.

A família será informada correctamente mas a verdade será doirada à criança; há sempre possibilidade de ser compassivo sem enganar. A uma criança doente nunca dizer que está tudo bem; se está tudo bem, poderei ter alta ou deixar de tomar medicamentos. Que está melhor é quanto basta, se tal for o caso.

Não esqueça de elogiar o seu comportamento.

A família será posta ao corrente da finalidade de exames menos correntes.

Por fim reveja os dados e as hipóteses interpretativas, argumentando e contra argumentando, assumindo alternadamente o papel de advogado de acusação e de defesa. Discuta todos os aspectos da história clínica, incluindo diagnóstico diferencial, recorrendo às bases científicas aprendidas e tentando quantificar os dados, incluindo o grau de probabilidade de cada hipótese de forma a legitimar cada exame complementar que eventualmente proponha; apelando à imaginação mais viva alicerçada nos conhecimentos prévios mas mondana por uma autocrítica exigente. A monda como modelo - só deixar sobreviver o que lhe tenha resistido.

Cada diagnóstico evocado tem que explicar todos os sintomas e a sua concatenação, incluindo o eventual tempo de incubação e evolução que têm que encaixar como as peças de um quebra-cabeças.

Para que a hipótese (agora tese) se confirme todas terão que articular-se sem hiatos nem sobreposições. Neste caso há que rever tudo – nem sempre a hipótese mas algum pormenor que a história daquele doente concreto – idade, antecedentes, terapia – poderá esclarecer.

É o que Sherlock Holmes ou Hercule Poirot faziam na acareação final de todos os suspeitos.

*Often the diagnosis is straightforward. ...*

*But then there are the other cases: patients with complicated stories or medical histories; cases where the symptoms are less suggestive, the physical exam unrevealing, the tests misleading. Cases in which the narrative of disease strays off the expected path, where the usual suspects all seem to have alibis, and the diagnosis is elusive. For these, the doctor must don her deerstalker cap and unravel the mystery. It is in these instances where medicine can rise once again to*

*the level of an art and the doctor-detective must pick apart the tangled strands of illness, understand which questions to ask, recognize the subtle physical findings, and identify which tests might lead, finally, to the right diagnosis.*

*Just as Sherlock Holmes (ou Hercule Poirot) delights in explaining the crime to victims and colleagues, doctors take pleasure in recounting the completed story of their complex diagnoses, stories where every strange symptom and unexpected finding, every mystifying twist and nearly overlooked clue, finally fit together just right and the diagnosis is revealed.<sup>5</sup>*

E fruir a experiência desse encontro único o que estimula a empatia com essa criança.

*Bien sûr, ma rose à moi, un passant ordinaire croirait qu'elle vous ressemble. Mais à elle seule elle est plus importante que vous toutes, puisque c'est elle que j'ai arrosée. Puisque c'est elle que j'ai mise sous globe. Puisque c'est elle que j'ai abritée par le paravent. Puisque c'est elle dont j'ai tué les chenilles (sauf les deux ou trois pour les papillons). Puisque c'est elle que j'ai écoutée se plaindre, ou se vanter, ou même quelquefois se taire. Puisque c'est ma rose.*

*Et il revint vers le renard:*

*-Adieu, dit-il...*

*-Adieu, dit le renard. Voici mon secret. Il est très simple: on ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.*

*-L'essentiel est invisible pour les yeux, répéta le petit prince, afin de se souvenir.*

*-C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante.*

*-C'est le temps que j'ai perdu pour ma rose... lit le petit prince, afin de se souvenir.*

*-Les hommes ont oublié cette vérité, dit le renard. Mais tu ne dois pas l'oublier. Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé. Tu es responsable de ta rose...*

*-Je suis responsable de ma rose... répéta le petit prince, afin de se souvenir.*

Antoine de Saint-Exupéry (de preferência dito por Gérard Philippe)

Cada doente tem uma nova história estimulante e não é mais um caso igual a tantos outros. Quando nos envolvemos (“tu as apprivoisé”) o tempo não conta.

### Interpretação no final da história clínica

A consulta terminará com uma explicação dos sintomas e proposta terapêutica sem esquecer referir o prognóstico, talvez o que mais preocupa os pais. Esta capacidade de desvendar o futuro terá contribuído muito para o prestígio de Hipócrates, cuja capacidade terapêutica era limitada.

Se o diagnóstico não for óbvio, explique a estratégia programada – exames complementares, resposta à terapia, expectativa armada, nova consulta, evolução esperada sem esquecer os sinais de alarme e qual o contacto em caso de dificuldade.

Os pais estarão preocupados; cabe-lhe apoiá-los, tranquilizá-los quanto possível e, sobretudo, não agravar a sua preocupação. Informe os pais mas assuma a responsabilidade da estratégia e partilhe a tática com eles. Sobretudo nunca sacuda a água do capote; assumas as suas responsabilidades incluindo a de pedir a opinião dum colega, se o entender necessário.

A descoberta do sentido - se é que há sentido (há quem o negue) - não se alcança como quem desmonta uma máquina ou diseca um cadáver. E preciso observar o funcionamento do ser vivo que é o «corpo» da Nação. Ora isto só se obtém com tempo, atenção, curiosidade, reflexão. Não consigo encontrar melhor forma de o dizer do que usar o conceito de olhar contemplativo. Contemplar significa, antes de mais, reconhecimento da alteridade do ente observado e renúncia a qualquer tentação de o dominar ou possuir. Significa também atenção a todos os pormenores, mas sem esquecer uma atenção maior ainda à sua relação com a totalidade que eles formam. Significa ainda gozo, encantamento e alegria pelo que o ente observado tem de admirável e de único. Contemplar, sem regatear o tempo perdido, é, pois, necessário, para apreender o sentido de tudo o que é oculto. Se isto é verdade para tudo o que é invisível, também o é para esta arriscada tentativa de descobrir o que verdadeiramente é ser beirão, minhoto, trasmontano, algarvio, ribatejano ou alentejano. Ou português.<sup>6</sup>

Agradeço ao Emídio, à Mena e ao Óscar – um pediatra, uma psiquiatra e um internista - que reviram o manuscrito com grande cuidado de que aproveitei muito. E ao Dr. HPM, um clínico geral com quem aprendi engenho e arte.

---

Um texto que fala da História Clínica ideal. Simplicidade, rigor e clareza. Expurgada de interpretações de ambas as partes, de frases feitas, de más posturas, de maus hábitos. Que alerta a ver e a observar, o que está para além do olhar; ouvir/escutar e só depois falar. A perscrutar para melhor identificar o problema. Que ensina, comparando como deve e como não deve fazer-se. Que fala da dúvida tantas vezes sentida, pedra no caminho, e como lidar com ela. Que lembra o valor do silêncio como necessário a ambos os interlocutores e o valor da ética. Que classifica a história quando bem colhida, enxuta e mondada, como a primeira ferramenta no traçar de caminhos no processo, no caso clínico; ferramenta sempre à nossa mão e duplamente importante no tempo presente e futuro. Que é importante que o médico se interrogue sobre o porquê da situação que tem em mãos e queira conhecer os seus contextos no decorrer do tempo. Que apela à compreensão do estado emocional do doente e do familiar que o acompanha. Que lembra o valor terapêutico da palavra e o seu contrário; que o tempo gasto não é gratuito. Que não esquece o valor do reforço positivo, o amparo. Que faz a reflexão sobre o hábito fatal do excessivo uso da palavra não e dos seus danos, corroborando com um texto do padre António Vieira. Que aconselha o médico a fruir as situações que se lhe deparam, a ler as emoções dos outros e permitir-se senti-las, naquele momento (ou mais tarde). É uma história em que o objectivo é o rigor médico, em que o humano perpassa por toda ela, indissociáveis. Este último aspecto é muito caro na minha área.

Filomena Sousa. Psiquiatra

---

### Referências

1. Bean R B. Sir William Osler: Aphorisms from his bedside teachings and writings. Bean W B Ed. New York Henry Schulman, Inc; 1950.
2. Sherlock Holmes. Conan Doyle. The Boys' Sherlock Holmes: A Selection from the Works of A Conan Doyle.
3. Lucrecia Martel (cineasta). Actual. Jornal Expresso 8-1-2005.
4. Alexandre Herculano. O monge de Cister. Quarta edição; 1878.

5. Sanders L. *Every Patient Tells A Story: Medical Mysteries and the Art of Diagnosis*. New York: Broadway Books; 2009.
6. Mattoso J, Daveau S, Belo D. Portugal, O Sabor da Terra. 2ª ed. Lisboa: Círculo de Leitores; 2010.

### **Outras referências**

- Lichstein PR. The Medical Interview. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, eds. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990.
- Gomes-Pedro J, Madeira MM. O exame físico da criança. *Rev Port Pediatr* 1994;25:259-62
- Carrilho EM. História Clínica em Pediatria. Em: Palminha JM e Carrilho EM. *Orientação Diagnóstica em Pediatria*. Lisboa: Lidel; 2002.
- R J Howells, Davies HA, Silverman JD, Archer JC, Mellon AF. Assessment of doctors' consultation skills in the paediatric setting: the Paediatric Consultation Assessment Tool. *Arch Dis Child* 2010;95:323-9.