

QUESTÕES:

1. Qual é a diferença entre os prognósticos da hérnia umbilical e da hérnia ingüino-escrotal?
2. Qual é o prognóstico da criptorquidia e que pacientes deverão ser enviados ao especialista?
3. Estime a *demora permitida* no caso de

epistaxis

hemoptise

dor de ouvido

impotência sexual no homem

Quais as condutas a tomar por ocasião da consulta inicial?

7.

A HISTÓRIA CLÍNICA (ANAMNESE)

Tirar uma anamnese, nos hospitais-escola, é tarefa reservada aos médicos internos ou residentes, e em alguns consultórios melhor freqüentados é a própria recepcionista quem o faz, compreendendo-se os motivos que levam o estudante a acreditar tratar-se de uma atividade de importância secundária e que envolve pouca responsabilidade.

Mas, as informações prestadas pelo paciente com respeito à sua doença não são sempre tão objetivas como quando o interrogamos sobre como chegar à estação rodoviária, ou lhe perguntamos se acha que vai chover no fim da tarde, pois que, a maior parte das vezes, não se referem a fatos concretos.

Não é fácil escrever uma boa anamnese que consiga transformar *queixas* em *sintomas*, traduzir de um modo conciso um problema que o paciente trouxe dentro de si durante longo tempo, tentar *compreender* aquilo que um outro *sentiu*. As palavras com que se dirige ao médico darão uma visão mais ou menos fiel de sua experiência, em termos do diagnóstico médico, à medida que varia seu grau de cultura, seu poder imaginativo, a sensibilidade ou o pudor que sente em revelar ao profissional todas as suas fraquezas.

Freqüentemente visualiza-se detrás da cortina de palavras aquilo *que deixou de ser dito*, o medo que não encontrou expressão, a necessidade de segurança que o paciente não teve coragem de confessar — e são informações tão tangíveis como uma história oferecida espontaneamente. O problema da adolescente parece resumir-se em dispepsia ou vômitos e só com relutância confessa que é verdade que neste último mês suas regras deixaram de vir. O jovem que há dois meses percebe diminuição do apetite e falta de disposição para o trabalho, esconde ao médico e a si próprio a recente internação de seu pai num sanatório de tuberculose, e só se

Menstr. (dur. variações do tamanho)	
REGIÃO INDOURAL (dur. tumor)	
EXTREMIDADES (edema, varicosidades, ulcerações, temperatura, dor ao tato, rubor, claudicação, câlculos, tumefactos)	
ESQUELETO, MÚSCULOS E ARTICULAÇÕES (limitação dos movimentos, edema, dor, calor e rubor de articulações, inchaço, atrofia, alterações de íctus e força muscular)	
SISTEMA NERVOSO (parastesias, déficit motor, tremores, distúrbios sensitivos, convulsões)	
PSIQUIÁTRICO (contato e atitude, orientação no tempo e no espaço, percepção, pensamento e ideação, senso crítico e ético, coprolalia, esboçolismo)	
METABÓLICO (crescimento e desenvolvimento, alterações do tamanho e do crescimento da cabeça, extremidades e mandíbulas, políuria, polidipsia, antecedentes de glicoseúria, tremores, intolerância ao frio e calor)	
TERAPÊUTICA JÁ USADA (nome, via e tempo de administração de medicamentos, resultado de seu emprego)	
ANTECEDENTES	
PESSOAL (Condições de gravidez materna, doença febril no primeiro, segundo e terceiro meses. Ire. Peso e estatura ao nascer)	
Desenvolvimento físico e mental. Aparências dos dentes, idade em que andou. Primeiras palavras. Escolaridade	
Tipo de alimentação e condições habitacionais	
Tipo de construção, número de cômodos e de pessoas na casa. Higiene. Água tratada. Fogo	
Exatidão. Animais domésticos, pássaros, répteis e insetos	
Dados epidemiológicos em relação à doença de Chagas e à esquistossomose mansônica	
Condições sócio-econômicas, econômicas e culturais	
HÁBITOS e vícios: álcool, fumo, drogas	
Antecedentes morbidos: doenças venéreas, tuberculose, malária, estreptococcos, coqueluche, difteria, sarampo, rubéola, caixumba, listéria, "vermeão", passado renal, elegão ocular, doença cardíaca, convulsões, operações	
Vicinas recentes	
Passado menstrual. Gestações. Abortamentos	
Tratamentos anteriores, injetivos	
FAMILIARES. Pais, irmãos, filhos, até estado de saúde e causa de morte. Diabetes mellis, Hipertensão arterial, Tuberculose, Neoplasia maligna	
Glaucoma péptico, "Reumatismo", Alergias, Alcolismo. Doenças vasculares. Distúrbios psíquicos	
Hipertensão. Doença ocular. Outras	

O exame físico nada revela de notável. Não se nota qualquer lesão da pele, que é de aspecto normal; não há sinal de arranhaduras, tão comuns quando há prurido intenso. Interrogada com relação a isto, a paciente nega que durante a noite, quando os sintomas se manifestam, notasse eritema de pele, lesões do tipo urticária ou outras quaisquer.

Esta anamnese é extraordinariamente pobre, também não contribuindo para maiores esclarecimentos o interrogatório complementar. Não era de surpreender, portanto, que um dos médicos previamente consultados tivesse optado por um tratamento psiquiátrico.

Um único ponto despertou a atenção do médico: a precisão com que a paciente informava o princípio de sua doença — precisamente na noite do dia 25 de outubro. Não é habitual que o doente crônico seja capaz de apontar a data exata em que seu sofrimento começou.

O médico aventurou-se a dar expressão à sua dúvida:

— Diga-me, minha senhora, o que aconteceu com vocês no dia 25 de outubro, ou então no dia anterior?

Em lugar de A. B. M. foi o marido que respondeu:

— Doutor, para que mentir? Vou contar-lhe o que aconteceu:

... Estive de viagem durante uns dias e — foi a primeira vez em todos estes anos que isto aconteceu — estive com outra mulher. O senhor sabe como é. Cheguei em casa e contei para a patroa — sempre gostei de ser honesto.

O casal se entreolhou e o médico percebeu que estava no caminho certo: um sentimento de culpa, o temor de alguma doença venérea, ambos fatores que a paciente sabia aproveitar admiravelmente. Não era suficientemente elevado seu nível cultural para que percebesse como inconscientemente servia-se de sua "doença" para amarrar o marido a si, como o "comichão" e a sonolência provocada pelo calmante lhe davam a justificativa para se furtar aos deveres matrimoniais.

O interrogatório mostrou que, efetivamente, desde o início dos sintomas, o casal não mais mantinha relações sexuais.

Vê-se que nesta folha de observação falta um item essencial: a impressão do próprio médico. Provavelmente, se isto fosse praxe, escreveria palavras do seguinte teor:

"Impressão pessoal: A paciente está tranqüila e tem-se a impressão que a iniciativa para mais esta consulta partiu do marido. De que é que ele tem medo? Por que incorreu na despesa de um exame de sangue? O homem é motorista e não tem dinheiro para desperdiçar.

E por que é que o casal é tão preciso quanto ao início da queixa? O que foi que aconteceu nesta data?

Ache a resposta e você terá resolvido seu problema?"

Diz Julius Bauer que em Medicina Interna 55% dos diagnósticos fazem-se através da simples história clínica, 20% em decorrência do exame físico, sendo os exames complementares o fator decisivo em mais 20%. Nos 5% restantes o diagnóstico jamais é

feito. Esta afirmação não é inconsistente com o que se disse antes nestas páginas, pois Bauer não fala em termos de *diagnóstico preciso*. O termo "psico-neurose", por ele usado em diversos pontos de seu livro, também é considerado um diagnóstico.

Mas, para que assuma todo este valor, é preciso que no decorrer do processo de obtenção de uma anamnese o médico não se resigne a um papel passivo.

Se é verdade que o profissional não pode limitar-se a ser mero escrivão daquilo que lhe dizem, também não esquecerá que a sua intervenção tem que ser dosada com critério. Se for demasiadamente agressivo no interrogatório e o paciente excessivamente sugestível, o médico conseguirá construir praticamente qualquer tipo de história clínica, bastando que tenha particular interesse nesta ou naquela enfermidade.

O bom psiquiatra aprendeu, com a própria experiência, a tirar proveito não só das palavras em si, mas do próprio processo de verbalização, vindo-lhe boa parte das informações através do ouvido. O tom de voz, as pausas, a hesitação do paciente, bem como seus gestos e sua expressão facial quando conta a sua história, tem para o profissional um valor inestimável.

Identificação do paciente

Começa por ela a folha de observação clínica. Os seus dados, além de prioritários para fins de estatística do arquivo médico, dão subsídios ao diagnóstico:

1) *Idade*: Quando realizam inquéritos em regiões da África, os pesquisadores já se habituaram a anotar o ano escolar frequentado pelas crianças, pois que é precária a noção de idade nestas populações. Também no Brasil, às vezes, tem-se dificuldade na obtenção de tais informes, quando se fará, então, uma estimativa grosseira.

Para quem interpreta uma observação clínica, a idade tem importância capital, sendo um dos elementos que determinam o prognóstico. Uma pressão arterial de 165 x 100, que, aos 55 anos, talvez não merecesse mais do que um tratamento sintomático, à idade dos 20 dará ensejo a que sejam solicitados com urgência uma série de exames complementares, já que no jovem a hipertensão essencial ("benigna") é uma raridade. Um quadro de asma que se inicie aos 6 anos tem boa probabilidade de evoluir para a cura natural, mas aos 50 anos deverá ser encarado com maior seriedade, tentando o médico afastar as possibilidades de uma "asma cardíaca", ou as primeiras manifestações de uma moléstia bronco-pulmonar crônica.

Se a epilepsia é relativamente benigna na criança e, na grande proporção dos casos sem substrato orgânico, em cerca de 10% dos adultos com convulsões de início recente, o quadro deve-se a tumores do S. N. C. O estado de mal epilético (convulsões seguidas e subintrantes) freqüentemente é a primeira manifestação da epilepsia criptogênica ou essencial na criança, mas quando aparece no adulto, sem manifestação neurológica anterior, deve suspeitar-se da existência de uma neoplasia de lobo frontal.

2) *Sexo*: É natural que na mulher seja maior a lista de possibilidades a explorar na vigência de um "abdômen agudo", incluindo nas mesmas a prenhez ectópica, a torção de pedículo ovariano, a perfuração uterina após aborto provocado (nem sempre confessado ao médico).

Mas também uma série de outras enfermidades, não relacionadas com o aparelho reprodutor, incidem diferentemente nos dois sexos. Entre as queixas reumáticas, por exemplo, a artrite reumatóide (e outras moléstias do colágeno, mais graves) é mais comum na mulher, enquanto que a gota é muito mais rara, pelo menos antes da menopausa. E há diversos exemplos de doenças que exibem diferenças quanto ao prognóstico: assim, a hipertensão arterial parece ser melhor tolerada no sexo feminino.

3) *Cor*: Se aquilo que se chama "raça negra" não está bem caracterizado em nosso meio, classicamente se lhe atribui patologia diferente daquela que é comum nos brancos, mas isto pode dever-se, basicamente, à situação sócio-econômica inferior que ocupam, o que faria aumentar a incidência da tuberculose, do raquitismo e outras manifestações de carência nutritiva, etc. Mesmo assim, diferenças fundamentais existem. A anemia falciforme só é vista nas pessoas de cor, sendo nelas também mais comum — e mais grave — a hipertensão arterial.

Quanto aos japoneses e seus descendentes, parece que este grupo é mais susceptível à tuberculose e à blastomicose.

4) *Religião*: Este dado só tem alguma importância à medida em que o grupo humano que caracteriza pode evitar assimilar-se com o restante da população, conservando conseqüentemente seu caráter étnico. O grupo mais estudado é o dos judeus (mas é provável que também maometanos ou budistas exibem um conjunto de predisposições que lhe é característico), tendo sido descritas doenças que lhes são próprias, ou que neles ocorrem com maior freqüência, como a doença de Gaucher, de Niemann-Pick e de Tay-Sachs, bem como determinado tipo de anemia hemolítica,

Se a diabete parece ser mais freqüente entre os judeus, o câncer de colo uterino e o câncer de pênis são mais raros (mas por motivos, nos dois últimos exemplos, ligados à prática da circuncisão).

As diferenças entre religiões geralmente nada têm a ver com a "pureza da raça", mas com os hábitos e costumes que lhes são próprios. A completa ausência do câncer broncogênico entre os adventistas, na década dos 20, forneceu valiosa pista para o estabelecimento das relações de causa e efeito entre fumo e carcinogênese, uma vez que esta seita proscreeve o uso do tabaco. E não se esperaria entre maometanos e judeus ortodoxos, que evitam o álcool, uma neurite alcoólica ou a síndrome psiquiátrica de Korsakoff.

5) *Profissão*: Se o próprio leigo já aprendeu que as varizes dos membros inferiores são mais comuns naqueles que ficam longas horas em pé, como os barbeiros, e que as profissões sedentárias predispõem às hemorroidas, o campo das moléstias profissionais é muito mais vasto. Algumas destas enfermidades parecem relativamente banais, como a rouquidão do leiloeiro, a neurose de angústia da recepcionista de hospital, o "cotovelo do tenista" ou a dor lombar da empregada doméstica. Outras vezes o quadro é mais dramático, como no caso do pulmonar crônico, durante anos exposto a poeiras industriais, a surdez traumática do caldeireiro ou a neoplasia dos indivíduos que lidam com substâncias químicas.

Não basta saber a profissão do indivíduo, mas a que riscos ela o expõe. A leucemia e o câncer de pele é mais comum no médico acostumado a trabalhar com raios-X; a enfermeira tem maior probabilidade de contrair a hepatite SH se trabalhar em Banco de Sangue; ao lavrador perguntar-se-á sobre o contato com inseticidas e ao trabalhador em fundição, se há vapores de chumbo em seu ambiente de trabalho.

PACIENTE N.º 10: B. S., 19 anos, sexo feminino, costureira.

Foi vista no ambulatório do hospital com edema na perna direita, que começara meio ano atrás. Referia, ainda, vertigens ocasionais, dor nas costas, falta de apetite e, de vez em quando, períodos de insônia.

O exame mostrou discreta anemia, dentes em mau estado, hiperemia de faringe, taquicardia (pulso de 98), bem como edema pré-tibial e maleolar de pequena intensidade na perna direita.

Embora um edema unilateral leve a pensar não em causa sistêmica, mas na existência de algum fator local, não se percebeu varicosidades ou processo inflamatório localizado. Alguém sugeriu, portanto, que se realizassem exames complementares, tendo-se pedido urina tipo I, a dosagem de proteínas plasmáticas e de mucoproteínas. Dias depois, chegou o resultado do

laboratório: todos os exames eram negativos, para grande consternação do médico residente. Antes de enviar a paciente ao especialista de cirurgia vascular, porém, achou-se na obrigação de consultar seu superior imediato.

O clínico reexaminou a mocinha, não podendo também ele identificar qualquer fator local responsável pelo edema. Releu a ficha de observação e teve uma idéia:

— Você é costureira, menina? ... Trabalha com máquina? ... E esta máquina é movida a eletricidade ou você trabalha com pedal?

E conseguiu esclarecer o quadro. A paciente usava máquina a pedal, movido com o pé direito e, — fato que lhe escapara totalmente — agora lembrava-se que o edema começara concomitantemente com o uso desta máquina. Além disso, informou que nos fins de semana, quando ela descansava do serviço, sua perna não inchava.

6) *Naturalidade, Residência atual, Residências anteriores*. Estes itens são reunidos sob a designação de "procedência" e fornecem dados importantíssimos, mormente em países onde são comuns as doenças transmissíveis.

Reconhece-se uma patologia geográfica própria a cada país: assim, em certas regiões, a população está mais exposta à esquistossomose, à infecção chagásica, à leishmaniose, à filaríase ou à malária, enquanto que outras partes do país permanecem livres destas endemias.

Freqüentemente se esquece de perguntar a um paciente se recentemente esteve de viagem, embora breve, a outras localidades e, vez por outra, consegue-se diagnosticar malária em alguém que esquecerá de informar que 3 semanas antes estivera pescando à beira de algum rio do interior.

QD (Queixa e Duração)

A este paciente irreverentemente denominado "poliqueixoso" freqüentemente falta qualquer noção de seqüência cronológica de suas queixas, bem como uma concepção hierárquica de seus diferentes problemas, e ele mistura indistintamente, na mesma história, o recente e o antigo, o sintoma benigno e ocasional àquilo que o impede de levar uma vida normal. (Há, também, aquele que Charcot denominou de *malade au petit papier*, que meticulosamente transcreve sobre uma folha de papel todo o cotejo de sinais e sintomas que conseguiu perceber, com medo de esquecer algum dado que possa servir de informação ao médico.) Conseqüentemente, é difícil reconhecer seu problema fundamental.

A *Queixa e Duração* deve indicar a essência deste problema, freqüentemente sendo escrita só depois de completada toda a anamnese. Muitas vezes o médico vê-se forçado a interromper um relato não coordenado, pedindo ao paciente que defina em poucas

palavras aquilo que realmente o trouxe ao consultório, embora nem sempre a resposta seja satisfatória.

A informação deve ser sucinta, de preferência formulada nas próprias palavras do paciente, para não dar margem a falsas interpretações. É essencial, por exemplo, que no caso n.º 9 o médico escreva "comichão pelo corpo", pois foi isto, e não "prurido", "coceira" ou "formigamento" que a paciente referiu.

Alguém, cuja tosse e febre iniciara-se no decorrer da última semana, não encontrará dificuldade quando lhe perguntam "De que se queixa e há quanto tempo?", mas, na maior parte das vezes, a noção de tempo é vaga e indefinida.

Um autor inglês recomenda que, ao invés de se perguntar há quanto tempo a doença teve início, se indague quando o enfermo pela última vez sentia-se em plena saúde, trazendo possivelmente esta mudança de enfoque melhores resultados.

A noção tempo é de importância capital. Não se pensará em pneumonia bacteriana no caso de uma "gripe" que já está para entrar em seu segundo mês, e uma apendicite aguda poderá praticamente ser afastada diante do relato de vômitos e dores abdominais datando de uma semana.

Uma longa permanência das queixas, embora geralmente indique não se tratar de problema que exige medidas urgentes, freqüentemente é razão suficiente para pedir exames normalmente não indicados em problemas mais agudos. Assim como rouquidão de 15 dias de duração exige uma laringoscopia, a "gripe" prolongada requer radiografia de tórax. Outras vezes, porém, a cronicidade de um quadro pode tranquilizar o médico; no caso do paciente que há 4 anos tem crises convulsivas, não se pensará, evidentemente, em qualquer patologia cirúrgica do sistema nervoso central, tal como abscesso ou tumor.

É importante investigar se a queixa referida é realmente contínua durante todo o período atribuído à enfermidade. Um doente que se queixa de "falta de ar há meio ano" pode ser portador de uma asma benigna, o primeiro episódio da qual se manifestou há 6 meses, tendo apresentado apenas duas ou três crises benignas no intervalo decorrido até a consulta. Pode-se falar em "doença crônica" neste tipo de situação? E a mãe preocupada porque seu filhinho tem diarreia há dois anos (o que levaria à hipótese de parasitose intestinal ou — eventualidade mais grave — de alguma síndrome de má absorção intestinal) está apenas descrevendo quatro ou cinco episódios de intoxicação alimentar, banais e auto-limitadas.

Mas o maior obstáculo a uma boa anamnese ainda é a correta interpretação das palavras do paciente.

HMA (História da Moléstia Anual)

A literatura científica usada pela classe médica, ou as discussões que se travam em reuniões clínicas, fazem uso de uma linguagem totalmente diversa daquela em que se trava o processo da história clínica. A gravação abaixo ilustra um caso extremo, é natural:

Médico: Qual é o seu problema, meu amigo?

Paciente: Olha, doutor, o meu problema é que comi um peixe na 4.ª feira, este peixe me embuchou na boca do estômago. Nele me embuchar, me atacou os fígados, que não posso andar. Quando eu ando, me dói todinho isto aqui... E outra: não posso comer. Para não dizer que não obrei, obrei hoje quando vim praqui. E é assim: basta comer um pouco, começa a doer.

M: Foi na 4.ª feira passada?

P: Foi. Foi quando eu comi o peixe.

M: E ficou doente no mesmo dia?

P: No mesmo dia: 4.ª feira da semana passada.

M: Você teve febre?

P: Não, senhor, no mesmo dia não tive. Mas agora tenho — tou até com febre.

M: Tosse também, falta de ar?

P: Não, senhor.

M: Onde é que dói?

P: (O paciente mostra.) Dói aqui... e aqui, sobe uma queimação assim para cima, que eu não guento. E aqui os músculos doem assim na hora de andar.

M: Hoje foi o primeiro dia que você obrou?

P: Sim. Os outros dias não.

M: É dor em queimação ou dor em cólica?

P: É queimação, sobe aquela queimação, aquela dor feito uma queimação sobe para cima.

M: Como é que você sabe que teve febre? Mediu a febre, por acaso?

P: Eu sei porque me esquenta o corpo.

M: Tem também dor no peito quando respira fundo?

P: Não, só quando ando.

M: Algum doente na família?

P: Não, senhor.

M: E teve vômitos ou enjôo?

P: Ah! isto tive e foi muito.

Em que compêndio de Medicina encontra-se semelhante descrição da apendicite aguda? (Esta foi comprovada à cirurgia, feita 3 horas depois.)

A linguagem anatômica empregada por nosso povo não é difícil de interpretar, com um mínimo de imaginação, compreendendo-se o significado de "mocotó", "vão da perna", "batata da perna", "lagarto" ou "encaixe dos quartos". Muito mais difícil, porém, e crucial para que se faça um diagnóstico pelo menos sintomático, é a tradução dos sintomas relatados para uma linguagem aproximadamente comparável àquela usada pelos próprios profissionais de saúde. Uma vez que esta arte não faz parte do currículo escolar, o processo de aclimatação do recém-formado leva anos para se completar.

Portanto, é de extrema importância que as palavras do paciente sejam registradas com fidelidade literal, para que num segundo tempo se lhes possa dar feições mais "científicas".

Esta tentativa de interpretação pertence a um segundo tempo, inicialmente devendo dar-se ao paciente oportunidade para a livre expressão. É especialmente importante resistir ao ceticismo e ao sarcasmo quando se lida com pacientes de baixo nível cultural. Na presença de um indivíduo que relata falta de ar, mas cujo aspecto geral é bom, é tentador escrever *dispnéia* entre aspas, eventualmente seguido por um *sic* entre parênteses, o que traduz as dúvidas do médico quanto à veracidade das informações. Mas semelhante atitude terá que ser evitada: a falta de ar pode ser episódica e o paciente simplesmente esqueceu de explicá-lo, ou não se lhe deu tempo para isto. Além disto, e como qualquer dicionário o define, *sintoma* é algo de *subjetivo* que, seja ou não acompanhado de sinais clínicos, para o paciente é uma realidade tangível, uma verdadeira doença.

Depois da transcrição fiel, o paciente deverá ser interrogado quanto à real natureza de suas palavras. Ele jamais falará em "dispnéia", e mesmo "falta de ar" é termo somente utilizado em níveis culturais mais avançados. Muitas populações preferem falar em "abafamento", "fadiga", "fatição" ou "cansaço", mas como este último termo para outros é sinônimo de astenia, de cansaço generalizado, a interpretação nem sempre é inequívoca.

O vocabulário usado pelo paciente tem acentuadas variações regionais. Uma das queixas mais comuns em qualquer consultório

é a vertigem, síndrome cujo diagnóstico diferencial não é nada fácil, compreendendo doenças tão diversas como a psico-neurose e o tumor de cerebello. Jamais poderá ser menosprezada a importância de deslindar-se minuciosamente a natureza das sensações experimentadas pelo paciente. Pergunta-se-lhe (mas num estágio mais avançado da anamnese) se vê escuro diante dos olhos, se o mundo parece girar ou então deslocar-se lateralmente, se perde o equilíbrio ou momentaneamente tem distúrbios da consciência. Raramente o doente fala em "vertigens", preferindo termos como "tontura", "tonteira", "zoada", "zonzeira" ou "zonzura", "ator-doamento", "passamento", "cabeça oca", "idéia ruim" e outros que podem ou não ser equivalentes àquilo que o profissional entende por vertigem.

Entre as classes mais humildes, é comum uma história clínica à qual falte, por exemplo, a menção de *dor*, tão fundamental ao vocabulário do médico. Queixas dolorosas referentes ao aparelho urinário comumente são rotuladas como "atacação"; quando se referem ao abdômen fala-se em "agonia", "gastura", ou apela-se para termos que expressam a sensação de calor, como "queimor", "queimura", "queimação", "quentura" ou "queimância".

Embora no início de uma anamnese o médico deva esforçar-se em ouvir apenas, não poderá deixar de interferir uma vez ou outra no relato, de tal sorte que as queixas dominantes se destaquem daquelas que são secundárias, deixando, ainda, que fiquem claras as relações cronológicas entre os diferentes fenômenos que lhe são contados. Pacientes há que confundem e entrelaçam fatos concretos e experiências apenas sentidas, sintomas atuais e antigos, seja porque lhes falta o hábito de ordenar seus pensamentos, seja porque admitem uma relação de causa e efeito entre aquilo que sucedeu anos antes e a sintomatologia atual. É muito importante que o médico consiga fazer tal distinção; as queixas que pertencem ao passado e que aparentemente não guardam relação de continuidade com a enfermidade presente, serão incluídas entre os *Antecedentes*.

O profissional experiente já será dono da arte de tirar do paciente uma anamnese em 2-3 minutos, na maior parte dos casos não usando mais do que 10 ou 15 linhas de papel. Com isto satisfaz a necessidade de uma eficiente síntese das queixas relevantes, beneficiando-se, ainda, de uma considerável economia de tempo.

Mas não se pode recomendar este tipo de conduta ao principiante, que deve habituar-se a fazer histórias completas e pormenori-

zadas, interferindo apenas à medida que necessita estabelecer ordem e seqüência às palavras do paciente.

Interrogatório complementar

Não se pode permitir que o principiante tome liberdades com o processo de anamnese, fugindo ao roteiro indicado na Fig. 28, pois não adquiriu ainda suficientes conhecimentos sobre a patologia das diferentes enfermidades, esquecendo-se facilmente de fazer as perguntas decisivas. Para ele o *roteiro* será uma rotina.

Após um ou dois anos, rejeitará o questionário impresso. Para que indagar da presença de dor torácica ao paciente que se queixa de epistaxis ou investigar a possível flatulência numa senhora que só refere "corrimento" vaginal? Ao invés disso esmiuçar-se-á aquele sintoma que é dominante, procurando defini-lo melhor: a freqüência e intensidade do sangramento nasal, se houve, previamente, algum traumatismo ou resfriado, se o paciente percebeu outro tipo de fenômeno hemorrágico, etc., perguntas que não se podem incluir a nenhum roteiro, pois que o mesmo se tornaria demasiadamente extenso.

O interrogatório *em profundidade* costuma render mais do que aquele que se preocupa com a *extensão*. Este último freqüentemente embarça a interpretação do problema central, trazendo à luz sinais e sintomas sem qualquer importância: quem já não notou flatulência em alguma ocasião, qual a mulher que nunca notou um "corrimento" vaginal? (São os "achados casuais" que mais adiante serão analisados com mais detalhes.)

Da tabela abaixo constam algumas das perguntas mais importantes nos casos clínicos anteriormente esboçados:

Paciente n.º	Perguntas importantes	Sua justificativa
1	Já teve outros problemas deste gênero?	Decidir se necessita de tratamento especializado ou se pode continuar nas mãos do clínico.
2	Uso de álcool e outras drogas? Outras manifestações semelhantes, bem como época em que se manifestaram.	Caracterizar uma psico-neurose grave.

3	Relação da dor com o esforço. Algum trauma de coluna? Sinais de doença cardíaca, como dispnéia de esforço, palpitações, edemas, etc.	Diagnóstico diferencial: é isquemia do miocárdio ou dor de coluna?
4	Não há necessidade.	A história já dá as informações essenciais.
5	Teve febre, dor de garganta?	Excluir processo infeccioso.
6	Uso de água não tratada, ingestão de mariscos, ostras, etc. Transfusão de sangue, injeções no último meio ano? Uso de drogas. Episódios semelhantes no passado?	Hepatite IH? Hepatite SH? Hepatite tóxica? Outro tipo de icterícia?
7	Não há necessidade.	A conduta é ditada pelo exame físico.
8	Ritmo e periodicidade da dor ("clocking"). Piora com álcool, café e condimentos? Faz uso de salicilatos, corticóides? Fezes pretas ou com sangue? Vômitos? Emagrecimento recente?	Característico da úlcera duodenal. Não é característico. Podem favorecer a formação de úlcera. Úlcera hemorrágica? Estenose pilórica? Câncer gástrico?
9	Notou lesões de pele, embora fugazes?	Distinguir entre dermatite e psico-neurose.
10	Dor ou fenômenos inflamatórios na perna? Gravidez recente, cirurgia? Casos idênticos na família?	Excluir flebites, erisipela e outros. Idem Excluir linfangite familiar.

(Trata-se, obviamente, apenas de uma rápida síntese, tão esquemática como os próprios exemplos clínicos incluídos neste livro.)

O minucioso interrogatório com referência a medicamentos usados orienta o médico não só quanto à possibilidade de reações

colaterais, mas também serve de guia para uma terapêutica mais eficiente, permitindo-lhe evitar drogas que em ocasiões anteriores mostraram-se sem valor. Diante de um quadro que sugere enxaqueca, mas que foi refratário ao uso correto da ergotamina, duas alternativas são possíveis: ou trata-se de algum outro tipo de cefaléia ou a paciente pertence àquele pequeno grupo que exige solução outra que a terapêutica tradicional.

A fase do *Interrogatório Complementar* já envolve, pois, uma análise das informações colhidas. Embora ao principiante se aconselhe a manter-se alheio a qualquer interpretação do problema clínico, antes de terminar o exame físico a fim de que possa manter a sua neutralidade até o final, sem entregar-se a hipóteses precipitadas ou preconcebidas, o profissional de experiência mais longa freqüentemente já formou sua opinião às primeiras palavras do doente, às vezes conseguindo uma hipótese correta só atentando ao aspecto geral ou ao comportamento, antes mesmo de começar a história clínica.

Mas saberá que esta *impressão clínica* dos primeiros momentos nem sempre é fidedigna e a ela renunciará se for preciso.

O profissional mais experiente fará uma *anamnese seletiva*, dirigida, e também seu exame físico, embora detalhado, não abrangerá, em todos os pacientes, a totalidade do organismo. Com isto poupará tempo e evitará a inclusão de "achados casuais".

Esta política dos "dois pesos e duas medidas" aqui preconizada é perfeitamente realista; embora este livro seja escrito para aqueles que se iniciam na profissão, estes não devem desconhecer que o roteiro de observação clínica, todo este ritual complexo que lhes obrigam a percorrer, apenas servirá provisoriamente, e que seu objetivo é de abandoná-lo como rotina desnecessária, tão logo saibam o que procurar num paciente.

Existem regras que só a longa prática revela. Assim, é correto que um paciente concorde quando lhe perguntamos se é "nervoso", o que não é nada surpreendente. Seria um erro concluir daí que esta tensão emocional necessariamente esteja ligada às queixas apresentadas, e daí que o problema pertence à esfera do psicossomático. Diariamente têm-se exemplos indicando que mesmo afecções tão "orgânicas" como a lombalgia ou uma artrite reumatóide são exacerbadas não só pela estafa física como pela estafa psicológica, ambas contribuindo para baixar o limiar acima do qual um sintoma se torna intolerável ao paciente.

Naturalmente, o que é intolerável para um — e nele toma feições dramáticas — pode ser uma carga perfeitamente bem supor-

tada por outro paciente; assim, reconhecer a existência de eventual patologia orgânica, por detrás da cortina de palavras que é inteiramente individual, é outra das tarefas exigindo do clínico experiência e perspicácia. Pergunta-se ao paciente se a doença obrigou-o a faltar ao trabalho e durante quantos dias, se consegue dormir à noite ou assistir tranqüilamente a um programa na TV, pistas úteis para este tipo de análise. Será sempre boa lembrança dele indagar quantas vezes foi ao médico no decorrer do último ano (sempre entendido, é natural, que uma assistência médica lhe seja acessível). A dona de casa "poliqueixosa", mas que há 5 anos não procurou nenhuma assistência especializada, obviamente merecerá toda atenção: é duvidoso que seu problema seja inteiramente "funcional".

Uma anamnese inteligente pode substituir exames complementares, e com vantagem. Conta Walter Álvares que as informações que o paciente traz a respeito de suas atividades físicas dizem mais da capacidade funcional de seu coração do que as provas sofisticadas. Efetivamente, se um jovem informa que todos os fins de semana joga, sem a menor dificuldade, uma ou duas partidas de bola-ao-cesto, suas palpitações ou um duvidoso sopro sistólico merecem ser interpretados com cautela.

Antecedentes

Quando se procura saber os antecedentes do indivíduo, todo cuidado é pouco e não se deve fazer deste ato mera coletânea de dados. Todos já tiveram doenças de primeira infância e não há família que não tenha, ou teve, as suas enfermidades. Para que a HMA ganhe o subsídio de informações realmente importantes, e já que a memória do paciente jamais é total, o interrogatório dirigido, específico, é necessidade premente. Ao paciente que compareceu ao consultório por ter alguém nele descoberto uma hipertensão arterial, perguntar-se-á a respeito de "nefrite"; em face de um indivíduo que tem cansaço fácil ou relata poliúria indagar-se-á se alguém dos familiares já sofreu de "diabete". Como rótulos diagnósticos pouco significado têm para a maioria da população, ou então são usados impropriamente, em todos os casos se lhes explicará as características destas enfermidades.

É óbvio que informes acerca de intervenções cirúrgicas, tenham as mesmas sido necessárias ou não, podem orientar o médico não só a respeito de eventuais complicações delas decorrentes, como indicar como o paciente se comporta diante da Medicina (há as pacientes "polioperadas", por exemplo). Os antecedentes obstétricos fazem parte de todo o interrogatório em serviços de

Pré-Natal, porque através deles poder-se-ão antecipar dificuldades no decorrer da gestação presente.

Quase ninguém consegue informar a respeito de sua infância, embora este item faça parte de todos os roteiros usados para o aprendizado da Medicina. Igualmente inseguros são os dados referentes às condições alimentares ou de moradia e que, por via das dúvidas, devem ser considerados precários para importantes setores da população.

Se os antecedentes mórbidos têm que ser usados com extrema cautela, selecionando-se os dados que parecem essenciais ao problema clínico em pauta, também poder-se-á antecipar a possibilidade da situação oposta: a pobreza de elementos da história. Assim, se o cancro sífilítico freqüentemente não é percebido pela mulher, ou, se em 80% dos casos de blenorragia aguda a infecção neste sexo não se traduz por sintomas ou sinais clínicos, compreende-se que um diagnóstico não pode ficar na dependência exclusiva de informações positivas.

Embora história e exame físico constituam fases distintas do primeiro contato entre médico e seu paciente, o exame freqüentemente pode oferecer perspectivas novas e que obriguem a voltar atrás, a fim de completar os dados da anamnese. Mesmo que os antecedentes do paciente não tenham feito menção a um passado de episódios de febre reumática, quando um sopro cardíaco é percebido à ausculta o médico perguntará, de novo, se na juventude não houvera momentos de dor articular, ou "dor de crescimento". Jamais se poderá manter anamnese e exame físico em compartimentos distintos, nem considerar uma observação clínica como documento definitivo, inteiramente a salvo de retificações posteriores.

Assim, é comum que o doente acrescente dados anteriormente omitidos ao voltar a consultar-se. E, numa proporção que pode atingir os 30% dos casos, na segunda consulta já é diferente a queixa dominante, fenômeno que dará valiosas informações a respeito das condições psicológicas do paciente e pode indicar o emprego de algum placebo no tratamento.

Se uma competente história clínica é peça-chave para uma interpretação correta do problema clínico, ela exige tempo e experiência. Para simplificar esta tarefa, fizeram-se algumas tentativas, todas no exterior, no sentido de deixar o paciente fazer sua própria anamnese. A recepcionista lhe entrega uma ficha impressa, a ser preenchida em casa, pedindo sua devolução no ato da primeira consulta. Um destes modelos encontra-se reproduzido na Fig. 29.

Seria uma grande ajuda para nós, e pouparia o nosso tempo, se o(a) senhor(a) pudesse preencher este questionário, trazendo-o de volta por ocasião da consulta.

Esta informação será considerada *estritamente confidencial*.

Nome: Idade:

Profissão:

Por que decidiu procurar o médico?

Que enfermidades e operações teve no passado? (Se possível citar o ano.)

.....
.....

Durante os últimos 3 meses tem notado:

- | | | | |
|---------------------------------|---------|---|---------|
| 1. Perda de peso | sim não | 18. Falta de ar | sim não |
| 2. Sudorese, febre, calafrios | sim não | 19. Tosse irritativa | sim não |
| 3. Algum "caroço" | sim não | 20. Chiado no peito | sim não |
| 4. Sangramento anômalo | sim não | 21. Dores nas pernas | sim não |
| 5. Problema de pele | sim não | 22. Palpitações | sim não |
| 6. Sede exagerada | sim não | 23. Desmaios | sim não |
| 7. Dores articulares | sim não | 24. Dor de cabeça | sim não |
| 8. Perda de apetite | sim não | 25. Distúrbios visuais | sim não |
| 9. Vômitos | sim não | 26. Surdez | sim não |
| 10. Indigestão | sim não | 27. Vertigens ou tonturas | sim não |
| 11. Dor no estômago | sim não | 28. Esquecimento ou formigamento de mãos ou pés | sim não |
| 12. Prisão de ventre | sim não | 29. Fraqueza nas pernas | sim não |
| 13. Diarréia | sim não | 30. Depressão | sim não |
| 14. Alterações na urina | sim não | 31. Irritabilidade | sim não |
| 15. Distúrbios da menstruação | sim não | 32. Dificuldade em concentrar | sim não |
| 16. Modificações na vida sexual | sim não | 33. Esquecimento fácil | sim não |
| 17. Dor torácica | sim não | 34. Preocupação exagerada | sim não |
| | | 35. Fadiga exagerada | sim não |

Fig. 29 — Questionário a ser preenchido pelo próprio paciente. Uma experiência destinada a poupar o tempo normalmente despendido por uma anamnese. (Segundo Hall, 1972).

HISTÓRIA FAMILIAR:

Parente	se vivo		se falecido		Causa da morte
	Idade	Estado de saúde	Idade ao morrer		
Pai					
Mãe					
Irmãos					
Irmãs					
Filhos					

Outros comentários que julgar útil:

.....

.....

.....

Para uso apenas do médico:

Data da consulta:

Número de registro:

Diagnóstico provisório:

Diagnóstico final:

Obviamente tais experiências só iriam funcionar a partir de um certo nível de cultura, estando, mesmo nestes casos, sujeitas a sérias críticas. A seu favor pode-se alegar, contudo, que o paciente mais facilmente confessa por escrito certos episódios que lhe são penosos de relatar pessoalmente. Provavelmente é a maior vantagem destes modelos.

A história clínica (anamnese) supera em importância o exame físico ou os exames complementares quando se pretende conceituar um problema de saúde; para que revele todo seu valor, exige do médico habilidades mais raras do que meramente paciência ou meticulosidade na anotação de dados.

Características individuais ou pertencentes a toda uma cultura, geralmente distinta daquela a que pertence o médico, afetam forma e conteúdo da anamnese, só podendo ser corretamente interpretadas quando traduzidas para um esquema conceitual dentro do qual o profissional possa situar-se. O vocabulário usado pelo paciente pode para ele ter significado particular, recomendando-se como boa prática reproduzir a observação nas próprias palavras do doente.

Também há pronunciadas variações individuais face à dor ou a outro tipo de sintomatologia, podendo a queixa que mantém determinado indivíduo de cama, ser tolerada com estoicismo e naturalidade por outro. Assim sendo, as informações colhidas serão encaradas, também, com referência a estas características.

A primeira parte da anamnese, que consiste da *História da Moléstia Atual* (HMA), deve permitir um relato espontâneo e desimpedido, limitando-se o médico a orientar estas informações de sorte a conseguir uma idéia de sua cronologia e importância para o paciente. A síntese destes dados é a QD (*Queixa e Duração*), com que se inicia a folha de observação.

Passa-se a seguir ao *Interrogatório complementar*, que exige do profissional uma intervenção ativa, no sentido de melhor esclarecer informações freqüentemente incoerentes e incompletas. Os *Antecedentes*, que subentendem a história clínica pregressa do paciente e seus familiares, obtém-se por processo idêntico, através de perguntas dirigidas ao problema principal.

Uma vez que o principiante demora para adquirir plena familiaridade com a patologia das diferentes doenças, e ainda não sabe quais perguntas são realmente relevantes ao diagnóstico, recomenda-se que obedeça com fidelidade a um roteiro pré-fixado. Isto acarreta dois inconvenientes: o tempo dispendido é considerável e, em segundo lugar, dada a profusão de dados colecionados, a maior parte dos quais nada tem a ver com o problema central, é grande o risco dos mesmos levarem a erros de interpretação. O médico experiente procurará dirigir a anamnese para os itens considerados essenciais, evitando a cilada dos "achados casuais". Em poucos minutos, e geralmente em meia página de papel, ou menos, conseguirá fazer uma história competente.

O principiante se acostumará a anotar a história clínica só depois de completado o exame físico, pois este fará com que surjam novas perguntas, que passaram despercebidas na fase inicial da consulta. Uma anamnese nem sempre pode ser considerada completa ao primeiro contato com o paciente, sendo novos dados freqüentemente oferecidos quando o doente voltar ao consultório.

QUESTÕES:

1. Escreva em apenas uma linha a *Queixa e Duração* para o caso dos 10 pacientes até aqui apresentados.
2. Como se poderá explicar uma aparente contradição aparecida neste capítulo: aquela de afirmar-se que os menores detalhes de uma história devem ser valorizados, ao mesmo tempo que se recomendou procurar firmar uma anamnese sucinta e dirigida ao essencial? Como decidir no caso do paciente n.º 10, por exemplo, se a dor lombar é mero *achado casual* ou não?
3. Faça uma lista de 10 informações hipotéticas que, se prestadas pelo paciente n.º 7, passariam a ser olhadas como *achados casuais*. Você as escreveria na folha de observação?
4. Que perguntas far-se-iam a uma paciente de 37 anos, mãe de numerosa família e ativa dona de casa, se a mesma se queixasse de ardor à micção?

5. A começar pela identificação, preencha uma folha de observação com os dados clínicos da anamnese de um paciente hipotético, posteriormente diagnosticado como sofrendo de anemia falciforme.
6. Que importância teriam os antecedentes *familiares* para uma história clínica feita em serviço de Pré-Natal? Exemplifique.