

O TERCEIRO OUVIDO. UMA REVALORIZAÇÃO DA ANAMNESE

MAX GRINBERG

Já se comentou que o clínico tem uma boca e ouvidos para iniciar corretamente uma relação médico-paciente. Início marcado classicamente pela anamnese, quando queixas e negativas expressas pelo paciente fundamentam uma primeira impressão clínica.

Aprende-se a colher e interpretar os dados de anamnese por técnicas que se apóiam em óptica essencialmente formal. As informações são creditadas como expressão de uma situação indiscutível e fundamentaram uma série de medidas propedêuticas e terapêuticas.

No decorrer da anamnese, entretanto, o paciente transmite dados através de métodos peculiares, diretos ou não, e que não se enquadram ortodoxamente no “dito e não dito”. Verifica-se que a comunicação entre pessoas envolve um conjunto de percepções conscientes e inconscientes, incluindo uma série de mensagens emitidas e nem sempre faladas.

Torna-se imperioso decodificar mensagens simbolizadas, mescladas ao conteúdo explícito da anamnese, reveladoras da forma de se expressar em momento aflitivo, sem elevar demasiadamente o nível de ansiedade. Esses sinais indiretos, lançados de modo inconsciente e que podem escapar à percepção consciente, costumam encerrar um conteúdo tão ou mais significativo do que o da comunicação formal. Atos falhos, bloqueios súbitos, variações inesperadas de assunto, frases não pertinentes, mudanças de postura, pinçados no decorrer da anamnese, podem transformar-se em pistas complementares.

A prática médica faz o clínico perceber que o grau exato de nitidez das imagens mentalizadas a partir do relato do paciente exige “ajustes periódicos do foco” em relação à óptica didática de tomada da anamnese.

O clínico treinado e alerta percebe os verdadeiros significados de frases e gestos e desse modo pode abrir portas sem forçá-las em nenhum momento. Por outro lado, certas palavras, embora não conscientemente ouvidas, são compreendidas e interpretadas segundo uma sensibilidade aguçada voltada para o reconhecimento e seleção das mensagens valiosas.

Em síntese, no decorrer da anamnese, não se deve dispensar o que se denominou de “ouvir com o ouvido”. Essa expressão, ligada à percepção, significa que é

importante dar ouvidos à sua voz interna, aos efeitos que a comunicação provoca em si. O clínico que se vale do “terceiro ouvido” alarga o campo de visão e capacita-se para efetuar eventual revalorização da importância de determinada mensagem. Habilita-se a extrair da anamnese, com mais clareza e maiores benefícios, a problemática do paciente.

Modelo relativamente comum do dito que não necessariamente deveria ter sido, do fato exposto como núcleo principal, na realidade um subterfúgio, e da menção secundária como representante dissimulado do fundamento real da consulta e exigir o “terceiro ouvido” é o do indivíduo que deseja fazer um “check-up”, dizendo-se assintomático. Alega qualquer pretexto sem importância para submeter-se aos exames. O verdadeiro motivo costuma estar encerrado em uma frase, que escapa, aparentemente de maneira despreocupada e plena de salvaguardas, com palavras que fantasiam etiopatogenia, diagnóstico e prognóstico e atrelam-se incontinenti a uma citação sobre outro assunto destituído de importância, emitida com maior ênfase, e desviadora da atenção. Em muitas ocasiões o núcleo fundamental da história surge somente quando o paciente se tranqüiliza ao receber o laudo dos exames com resultados normais.

A anamnese deve ser entendida como procedimento contínuo e evolutivo. Na verdade, compreende três fases: a primeira, inicial e convencional; a segunda, ao final do exame físico; a terceira, precedendo a instituição da conduta.

Na fase inicial convencional, paciente e médico relacionam-se usando um espaço em que se postam a uma distância dita pessoal. A mesa, que em geral separa os interlocutores, organiza o espaço, estabelece os papéis e confere certa reserva.

O distanciamento reduz-se, durante o exame físico, passando-se da distância pessoal para a íntima. Na maioria das vezes, essa aproximação não provoca o constrangimento que costuma acarretar em situações mais formais. Ao contrário, contribui positivamente para a relação médico-paciente. Nesse particular, creio que o estetoscópio é aliado providencial no processo adaptativo de convivência propedêutica momentânea em distância íntima. A referida função sem dúvida reforça o simbolismo desse instrumento

médico. Ao final do exame físico, a proximidade médico-paciente pode ser utilizada para reforçar pontos críticos da anamnese e inclusive para obter dados novos. Nessa situação, parece existir um período de tempo, não muito longo, para comunicar-se verbalmente, sem provocar constrangimentos.

É de grande importância voltar a conversar sobre os sintomas quando paciente e médico restabelecem a distância pessoal, ao voltarem a sentar-se à mesa. Muitos pacientes, após o exame físico, não se vestem por completo, dispensando gravata, casaco, óculos escuros, ou então revelam outros indícios de que se sentem mais à vontade através de linguagem corporal. Tal comportamento, também observado durante a primeira fase da anamnese, à medida em que a relação médico-paciente se vai desenvolvendo, deve ser convenientemente identificado e diligentemente utilizado.

Modificações do “momento psicológico” do paciente podem permitir aflorar novos pormenores. Barreiras podem ter sido vencidas, por exemplo, por pacientes que se perturbam na primeira fase da anamnese diante do médico-autoridade, recordações podem ser melhor elaboradas, tornando explícito algo até então comunicado apenas em código. Assim, na terceira fase da consulta tem-se a oportunidade de repassar certas informações, redimensionar a hierarquia das queixas, adaptando mais adequadamente dados objetivos do exame físico aos subjetivos.

É atraente supor que boa parte da assim denominada arte médica esteja nesse burilar da matéria-prima que existe no paciente e no médico.

A descontração pode exigir grandes distâncias (chamaríamos de teledistância) para alguns pacientes. Um telefonema do paciente recém-consultado, sob pretexto de ter esquecido de mencionar algo, não raramente constitui um prolongamento da consulta (porque não uma quarta fase da anamnese) e exige do médico o mesmo grau de atenção dispensado previamente.

A aplicação dos citados aspectos psicodinâmicos e de linguagem corporal resulta prejudicada por distorções da relação médico-paciente. A valorização conveniente da anamnese, apoiada em condições pessoais e institucionais favoráveis, certamente contribui para o melhor planejamento dos caminhos da assistência médica.

Tal preocupação, entre outros benefícios, evita falsos caminhos, não somente conferindo melhores critérios para a utilização do potencial de informação presente na alta tecnologia dos exames complementares ora disponíveis, como também reduzindo a duração e o custo da investigação clínica.

