

11. O médico e a criança

Num livro especialmente dedicado aos pais justo é que haja pelo menos um capítulo dedicado aos pediatras, — que paritariamente com a família são os responsáveis pelo objectivo de saúde integral para as crianças. Claro é que também outros capítulos interessarão aos pediatras, porque neles os problemas são encarados sob um prisma diferente do dos clássicos tratados de Pediatria. Recordo que jovem pediatra as minhas dificuldades não residiam nas doenças complexas, mas sim nas banais perguntas de todos os dias e reconheço como me foi bem útil o livro de Benjamin Spock que acabara de sair.

Proponho-me aqui tratar da técnica do acto médico na abordagem dos pais e da criança, o que interessará médicos e também os próprios pais que assim melhor analisarão a pessoa a quem vão entregar aquilo que têm de mais precioso: a saúde dos filhos. O primeiro contacto pais/médico é primacial devido à reconhecida importância das primeiras impressões para a qualidade futura de uma relação.

É utilíssimo, e Conan Doyle foi disso o mestre, que o médico se treine a avaliar num olhar a família: o género de pessoas que são, o ambiente que os cerca, o nível social, intelectual e económico, os tipos de personalidade e a força dos elos que os unem. Esta primeira impressão será depois corrigida e melhorada ao longo da entrevista. Nada se perde em trocar antes de entrar no campo médico algumas frases de banal convivência social que vão pôr os pais mais à vontade e completam as impressões iniciais. Depois, começar-se-á a colheita da história. Subestimada pelos próprios médicos há que acentuar que de toda a sequência do acto clínico a história é a fase mais importante, o alicerce sobre o qual tudo se vai construir.

Desde os primeiros momentos o médico deverá transmitir aos pais uma sensação de interesse, simpatia, humanidade e disponibilidade total durante um tempo razoável. Isto dar-lhes-á mais serenidade e confiança, facilitando a comunicação e podendo até levar à transmissão de factos importantes que, de outro modo, ou por pudor ou por suspeita acerca da compreensão com que seriam recebidos, não revelariam. Esta atitude é fundamental para o êxito de tudo o que se segue.

Em algumas faculdades isto é ensinado como se ensinaria um papel de teatro o que, pela óbvia artificialidade resultante, tem consequências trágico-cómicas, genialmente exemplificadas num filme de antologia, de Woody Allen, que deveria fazer para do *curriculum* de todos os cursos de Medicina. É que essa qualidade não se aprende: ou se tem ou não se tem e no primeiro caso a missão dos professores é apenas educadora, ou seja, como quem perfura um poço artesiano trazer ao consciente valores que já existem no aluno.

Esses valores são: humanidade (dedicação total pelo que respeita ao homem); honestidade (verdade para com os outros e nós próprios); responsabilidade (instituir-se como o garante permanente pela saúde da criança); humildade (reconhecimento da nossa grande ignorância perante a complexidade dos fenómenos, com recurso sempre que necessário, a outras opiniões).

A comunicação durante a história deve conter uma parte de conversa social, uma parte de entrevista jornalística, em que com tacto e delicadeza se farão perguntas indiscretas e uma parte de interrogatório policial, em que com firmeza se procurará tudo aclarar. Assim, por tudo o que se vai observando e transmitindo aos pais e eventualmente à criança a história é já exame objectivo e psicoterapêutica.

Num primeiro olhar para a criança pode, desde logo, ter-se uma ideia do seu estado geral e de nutrição, se está ou não doente e no primeiro caso se a doença é benigna ou grave, aguda ou crónica, se está confiante ou assustado, alerta ou letárgico, lúcido ou confuso, activo ou prostrado, calmo ou irritável. Observar-se-á, também, a postura e actividade da criança, por vezes tão típica em doenças neurológicas ou em situações abdominais ou pulmonares agudas.

Muitos diagnósticos poderão atingir-se logo com esta primeira observação, como no caso de tantos síndromas genéticos. Não se está aqui a recomendar diagnósticos «à la minute»: trata-se, sim, de recomendar

um estado de permanente observação crítica, sem perder de vista o conselho de Popper que dizia: «nenhum diagnóstico deverá ser considerado definitivo sem que se tenha feito tudo para o eliminar.»

Ainda quanto à observação das crianças, o lugar-comum que os pediatras mais vezes ouvem é estar a sua missão dificultada porque, tal como os animais, as crianças não falam. Quando o dizem lembro-me da frase não sei se de Voltaire se de Talleyrand — qualquer destes era suficientemente cínico para a ter dito: «La parole a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée.»

E, na verdade, muitas vezes, os doentes adultos mentem, exageram, deturpam e escondem, ao passo que as crianças, e principalmente quando ainda não falam, nos mostram a verdade apenas pelo seu aspecto. Depois e a partir dos 4 ou 5 anos, tal como os adultos, já são capazes de mentir mas no sentido oposto, reduzindo as suas queixas por medo a «picas» ou internamento hospitalar.

A linguagem de um recém-nascido ou de um lactente é a sua expressão facial, temperatura, actividade, tónus muscular, respiração e tolerância alimentar. Até cerca dos 6 meses as crianças gostam de ser observadas e manipuladas. Mesmo assim, mãos aquecidas e lavadas e o cuidado de evitar movimentos bruscos é indispensável.

Mais tarde, a observação representa para a criança uma agressão e não se pode deixar de admitir que têm razão. A resistência poderá desaparecer se a abordagem for gradual, calma, segura, se se tratar a criança pelo seu nome, brincando com ela e dizendo-lhe segredos, se tanto quanto possível for observado ao colo da mãe e despindo-a por zonas.

Para as mais velhas o segredo está numa abordagem não apressada e tranquila, e se se explica o que se vai fazer e se põe a criança a colaborar, como aquecendo o fonendoscópio ou apertando a pera do esfignomanómetro.

As técnicas incómodas como a observação das fauces ficarão para o fim. Porém, para alguns que entrem no consultório já a chorar e tapando a boca com a mão, porque sabem ao que vão ser submetidas, a ordem é invertida, observando-se logo as fauces o que faz que, a partir daí, a criança fique tranquila.

As ordens devem ser dadas com uma autoridade amigável. Por exemplo, não se dirá: «Ó João tu queres tirar a camisa?» porque o João,

provavelmente, vai responder que não e ficará revoltado se depois for forçado a tirá-la, não compreendendo porque é que lhe perguntam se não respeitam a sua vontade. Portanto, com uma firmeza calma dir-se-á: «Ó João tu agora vais tirar a camisa» num tom que lhe faz sentir que não há mesmo outra alternativa. As crianças — tal como os cavalos com os cavaleiros — distinguem rapidamente o médico seguro e experiente do inseguro e pouco confiante e abusam do segundo.

Todas as manobras dolorosas devem ser previamente explicadas, nunca mentindo, referindo a consequência dos passos e comparando a dor que vai sentir a outras que lhe sejam familiares. A criança deverá ser imobilizada por alguém experiente, com ternura e firmeza.

Excusado será dizer que do exame faz parte uma minuciosa observação dos excreta — urina, fezes, vômitos — e até algumas análises de cabeceira com as fitas apropriadas.

É curioso que nos primórdios da Pediatria, se valorizava, excessivamente este passo e se esquecia a criança.

Há uma gravura do fim do século passado em que o pediatra de longas barbas e sobrecasaca passa em revista uma série de enfermeiras perfiladas e de penico na mão não dando um olhar às crianças acamadas uns metros atrás.

Curiosamente, hoje dá-se um facto comparável: a tecnologia sobrepõe-se à clínica, a máquina sobrepõe-se ao homem, e os médicos observam os monitores, muitas vezes não dando um olhar às crianças, acamadas sob aqueles.

O médico deverá possuir a capacidade para ver a doença através dos olhos dos pais, ter uma constante preocupação com os seus sentimentos, compreender que eles exigem o melhor para os seus filhos, aceitar a sua ansiedade traduzida em múltiplas perguntas, que embora pareçam muitas vezes disparatadas, têm sempre justificação e devem ser ouvidas com atenção e paciência e respondidas com simplicidade, objectividade e um optimismo controlado.

Há a tendência para considerar o optimismo do médico como pouco realista, pouco objectivo, pouco honesto. Não é assim. Todo aquele que perante um caso desesperado faz um gesto terapêutico está necessariamente a ter uma atitude optimista, pois se assim não fosse não o faria.

Um optimista não é um ilusor nem um iludido, um cândido como Candide de Voltaire, que nega a realidade do mal para se eximir a

combatê-lo. Um otimista é, antes, um animoso enérgico, que não se deixa vencer facilmente pelos obstáculos, mesmo quando tudo parece perdido. Finalmente, e mais importante que tudo, uma atitude otimista da parte do médico é a melhor forma de manter os pais mobilizados e participantes.

Por outro lado, é preciso saber tolerar da parte dos pais uma especial ambivalência — ou idolatria ou suspeita e agressividade.

Dir-se-á que o mesmo acontece com toda a prática médica, mas, em verdade, não é assim.

A existência deste componente emocional fortíssimo, realmente o maior em Medicina, confere a todos os gestos e palavras do médico que assiste crianças um especial impacto.

Esse impacto, porém, não autoriza o médico a perder o equilíbrio e o bom-senso. Se isso acontece pode surgir no médico um excessivo insuflar do *ego* — *doctors playing God* —, com tendência para enveredar por estratégias heróicas ou impossíveis, num despropositado excesso de zelo, o que provoca nos pais uma grande dependência e é sempre um sinal de imaturidade profissional ou, pelo contrário, refugiar-se num niilismo pseudo-intelectual, usando para com os pais de um paternalismo distante.

Humanidade, responsabilidade, honestidade, humildade são valores indispensáveis a todos os médicos, mas que no médico que assiste crianças adquirem um peso incomparável.

J. M. R. A.