



SEMILOGIA MÉDICA – I: ADULTOS

Sumário

1- SAUDAÇÃO.....	2
2- SUGESTÃO DE UM (NOVO) MÉTODO DE ESTUDO.....	3
3- PRÉ-REQUISITOS PARA A SEMIOLOGIA.....	6
4- RECOMENDAÇÕES INICIAIS SUJEITAS ÀS PARTICULARIDADES E MÉTODOS DE CADA PROFESSOR.	7
5- PARA REFLEXÃO.....	9
6- A ANAMNESE.....	10
6.1 Anamnese abrangente.....	10
6.2 Transição para o exame físico.....	18
7- EXAME FÍSICO: ABORDAGEM E VISÃO GERAL.	19
7.1 Visão global de um exame físico abrangente.....	23
7.2 Método para um exame físico minucioso.....	25
7.3 Equipamento para exame físico.....	27
8- A CONSULTA DE RETORNO.....	28
9- RACIOCÍNIO CLÍNICO: DOS DADOS AO PLANO DE AÇÃO.....	31
9.1 <i>Da Base de Dados ao Plano</i>	31
9.2 <i>Avaliação: O Processo de Raciocínio Clínico</i>	32
9.3 <i>Dificuldades e Variações</i>	34
9.4 <i>Interação entre Avaliação e Coleta de Dados</i>	38
10- O PRONTUÁRIO CLÍNICO. ELABORAÇÃO DE UMA LISTA DE PROBLEMAS E DE UM PLANO DE AÇÃO.	40
11- REFERÊNCIAS.	43
12- TEMAS TEÓRICOS QUE SERÃO ABORDADOS NA AVALIAÇÃO FINAL DA DISCIPLINA.	43
13- BIBLIOGRAFIA	44

SEMILOGIA MÉDICA – I: ADULTOS 1º SEMESTRE / 2008

1-SAUDAÇÃO

Você é bem-vindo! A Faculdade de Medicina da UFMG existe, principalmente, em função do curso de graduação, em função dos estudantes; este lugar é seu e chegou o momento de você se apropriar dele; não se permita sentir-se em segundo plano, como *uma peça acessória, incômoda ou inoportuna*, nem para os professores e muito menos para os pacientes. Estes não estão em busca de sábios ou sumidades para atendê-los; o que eles pedem - atenção, respeito e interesse pelas suas questões - você lhes pode oferecer.

Em uma escola não existem perguntas idiotas; existem, porém, três categorias de pessoas idiotas: os que não respondem a perguntas, os que nunca perguntam e os que apenas perguntam (e nunca estudam); pense nisto. Lembre-se ainda que a sua identidade e as suas responsabilidades são as de um estudante de medicina e não de um médico; isto tornará ***mais realista e mais ameno o seu percurso.***

Procure logo conhecer bem a sua Faculdade, que é sua casa, os vários setores e o seu funcionamento, bem como o currículo e o que fazem os seus colegas dos demais períodos, para ter uma idéia global do curso que está começando. A passividade o diminui, transformando-o em um simples figurante. ***Tome a iniciativa.*** Você tem livre trânsito na sua própria casa e será sempre bem recebido. Observe com atenção, participe, exerça a boa crítica e contribua para o aperfeiçoamento do curso para as próximas gerações.

Lembre-se do privilégio que conquistou - ***por seus próprios méritos*** - de fazer o curso numa escola federal, patrocinada por essa mesma sociedade brasileira cheia de contrastes e de carências. É fácil recompensá-la cumprindo o seu papel de estudante e oferecendo-se a ela, no futuro, como um ***cidadão e um médico de boa formação técnica e humana***, sensível e identificado com os seus problemas.

Neste momento de início do ciclo profissional, o sentimento dos estudantes, em geral, é de ***alívio e de satisfação***; afinal, o grande objetivo torna-se realidade: o curso prático e o trabalho com o paciente. Algumas questões, no entanto, merecem profunda reflexão. A radical mudança das características do curso, exigindo adaptação; o contato com a pessoa do paciente; e, a constatação da grande dimensão da tarefa que estão empreendendo, podem trazer a alguns de vocês certos problemas e dificuldades. Assim, muitas vezes surgem questionamentos sobre o curso e sobre a vida, desânimo, cansaço, angústia, pouco tempo de lazer, com piora da qualidade de vida, ***sentimentos de impotência ou de ignorância*** e muitas outras questões, que interferem com o seu desempenho. Estes são problemas freqüentes e conhecidos, muitos professores os percebem e existem muitas publicações científicas sobre o assunto; portanto, caso algo semelhante lhe aconteça, você não será o único, não há motivos para se sentir inferior ou fraco. Existem soluções e caminhos para estas dificuldades, elas podem ser discutidas com professores e outros profissionais e muitas delas podem ser passageiras, à medida que se

desenvolvem mecanismos de adaptação. A pior solução pode ser a tentativa reiterada de **resolver por si mesmo**, adiando indefinidamente a procura de ajuda.

2-SUGESTÃO DE UM (NOVO) MÉTODO DE ESTUDO

No ciclo profissional, que agora se inicia, e o estudante se encontra diante de um **curso voltado para a prática clínica**, centrado na realidade do atendimento do paciente que vem procurar assistência médica, de modo especial nos ambulatórios. Está tomando contato com o método clínico, no qual está sendo introduzido pela Disciplina de Semiologia. Trata-se, naturalmente, de uma situação nova, inédita para as características colegiais que marcaram toda a sua experiência prévia, no 1º e 2º graus e até mesmo no ICB. Até então, a atenção do estudante foi **essencialmente direcionada a obter notas em provas**, cujo clímax foi o vestibular. No ciclo profissional continuam a existir provas, algumas igualmente colegiais, mas surge uma outra demanda: **aprender para efetivamente exercer a medicina**, o que vai muito além do simples interesse em obter notas em provas e mudar de período.

Estamos sugerindo um **método de estudo adequado às características práticas do curso** e que inicie o estudante no estudo da clínica, direcionando-o na busca da sua autonomia. Este método atende a modernos conceitos de ensino médico, especialmente por estimular a autonomia do estudante sobre o seu próprio aprendizado, por sugerir o **estudo teórico baseado na solução de problemas práticos e reais**, e prever um sistema de ensino e de estudo acoplado e decorrente da assistência médica em ambulatórios (consultórios), com responsabilidade integral sobre o paciente.

O método pressupõe dois objetivos de estudo:

a) Programa de Semiologia: estudo sistemático dos sintomas que forem observados nos pacientes examinados a cada dia, da técnica de entrevista, do relacionamento médico-paciente, do raciocínio clínico, da educação do paciente, sempre baseado naquilo que ocorreu na consulta. Além deste **precioso material teórico-prático**, o estudante estará também atento ao programa teórico mínimo da Semiologia, divulgado no início do semestre; este programa "cai" nas provas da Disciplina; mas muitos dos temas ali propostos surgirão nos pacientes examinados, o que facilita o seu estudo;

b) Programa de estudo de Clínica: este nem sempre "cai" nas provas de Semiologia, **mas irá "cair" na vida prática de cada um**, iniciando, de fato, a formação do médico, consagrando a Semiologia como instrumento de iniciação e estimulando-o a buscar sua autodeterminação sobre o que, como, quando e quanto estudar.

Como transformar uma consulta em oportunidade de estudo e de informação? Como torná-la o núcleo da formação técnica e humana do futuro médico? Como criar, em torno dela, um hábito saudável de estudo para a vida? Vejamos, a seguir, como se colocam estes objetivos na prática real do dia-a-dia do estudante e do futuro médico.

Tomando como referência a seqüência proposta pelo roteiro de anamnese, observemos algumas das oportunidades de estudo que cada paciente examinado poderá nos proporcionar:

1 - **O estudo sobre o(s) sintoma(s)** que ele mencionou e o estudante tentou "dissecar" durante a anamnese é a melhor chance de estudar a Semiologia, motivado pela vivência real do caso e pela responsabilidade que irá assumir, pois o paciente voltará dentro de alguns dias para dar seqüência ao tratamento. Assim, após este primeiro contato, cabe ao estudante a iniciativa (autonomia) de estudar sobre o (s) sintoma(s) e se capacitar a fazer perguntas e buscar informações adicionais na consulta seguinte, numa experiência que ficará memorizada. Um exemplo: um paciente se queixou de "**dor no peito**" e disse também sentir-se incomodado com antiga "**insônia**" e ocasionais crises fortes de "**dores de cabeça**". Após exame e discussão do caso durante a consulta-aula, vários problemas ou hipóteses diagnósticas foram levantados: angina, dor de origem esofagiana, depressão, enxaqueca, cefaléia tipo tensional etc. Certo nível de informação surgirá ali mesmo na aula; é um início, mas muito pouco e o estudante perceberá que é preciso ir além e este algo mais está nos livros. Cabe a ele buscar se **aprofundar no estudo dos temas**, especialmente dos sintomas, para se informar e assistir o paciente, lembrando que a aula prática não esgota os assuntos que nela surgem, mas tem a virtude de estimular o seu estudo. Pretender aprender apenas de "orelhada" em aulas práticas é o **melhor atalho para a mediocridade**. Não se aprende de graça, sendo indispensável buscar clareza de objetivos, de prioridades, de organização, de métodos, além de disposição e trabalho.

2 - Uma vez que as hipóteses diagnosticas são estabelecidas, torna-se necessário **o estudo do diagnóstico diferencial**, ou seja, das diversas doenças que poderiam determiná-los. O exemplo citado acima cria oportunidade de estudo sobre cada uma daquelas doenças, nos seus diversos aspectos: conceito; etiologia; fisiopatologia; quadro clínico; diagnóstico diferencial e complementar; tratamento; prognóstico etc., permitindo ao estudante as suas **primeiras incursões pela clínica**, num sentido mais amplo do que o estudo dos sintomas.

3 - Se o tempo é curto - todos sabemos que o curso é muito denso - **nada impede que, em determinado momento ou dia, sejam estudados apenas um ou alguns tópicos daquele assunto, especialmente os que atendam à necessidade do paciente** - que voltará dentro de alguns dias - e ao interesse e à curiosidade do estudante; surgirão posteriormente oportunidades para novas incursões sobre o mesmo tema e a aparente fragmentação do aprendizado não o prejudica. Se o estudante refletir por um instante, descobrirá que o curso médico que viveu até agora é composto, essencialmente, pela gradual incorporação de fragmentos.

4 - Se o tempo for curtíssimo, ainda assim haverá margem para, em poucos minutos, acrescentar algo mais. **Um exemplo: um problema observado em um paciente que está usando um medicamento prescrito na consulta anterior poderia ser um efeito colateral**

dele? Você é capaz de responder esta pergunta em menos de 10 minutos, usando o seu livro de Farmacologia. Será ainda melhor se a pergunta tiver sido formulada por você mesmo! Outro exemplo: após exame de um paciente, foram levantadas as hipóteses diagnósticas, no final da consulta, de asma e doença do refluxo gastroesofágico. Após a aula, ao se lembrar e refletir sobre o caso, você se recorda da proximidade anatômica e funcional dos dois órgãos comprometidos e se pergunta: existe relação entre estas duas doenças? Um pequeno tópico de um capítulo de livro sobre qualquer das duas lhe responderá; **resolva você mesmo esta questão**, pois a experiência será mais rica do que perguntar ao professor; a sua própria resposta pode ser melhor que a dele. Assim, estamos lhe sugerindo que seja curioso e interessado, tome a iniciativa, teste uma nova maneira de estudar e comece a aprender também consigo mesmo. Este método não cansa, não toma um tempo significativo e costuma funcionar como um carimbo definitivo em sua memória.

5 - Outros temas e questões surgirão durante a consulta, além dos sintomas e das doenças, assuntos de igual importância para a formação e a prática médica e também objeto de reflexão, discussão e estudo, tais como: problemas médico-legais, problemas éticos, dificuldades econômicas e sociais como obstáculo à conduta médica, erro médico, transferência e contratransferência, preconceito; impotência, onipotência e poder médico; os limites e dificuldades pessoais do médico, **o alcance do saber e do conhecimento**, os problemas do estudante relacionados ao curso médico, o médico (ou o estudante) como paciente; o caráter humanitário da medicina e do médico; benevolência e compaixão; suporte social e familiar do paciente; o acompanhante. Sistema Público de Saúde. O trabalho e a doença. O médico e o dinheiro etc.

6) - Para o sucesso desta forma de estudo, **o estudante deverá dispor de bibliografia adequada**, conhecer bem os livros que vai manipular, pois isto facilita o rápido encontro do que se procura. A Coordenação da Disciplina e os professores deverão sugerir os livros que lhes pareçam adequados a estes objetivos. Seria interessante ter, no mínimo, livros de Semiologia, Farmacologia e Clínica Médica e sobre Relação Médico-Paciente; romances, poemas, jornais, filmes e internet será um saudável complemento. Mais uma novidade: o estudante está deixando de ter "o livro" e passando a ter "os livros" de cada disciplina. Dispor da fonte de consulta em casa é indispensável, pois nem sempre é possível ir à biblioteca e, ao adiar a consulta ao livro, muitas vezes se perde o interesse e a oportunidade. Os estudantes que dominam língua estrangeira, especialmente o inglês, devem dar prioridade aos livros em sua língua original, pois eles são em geral mais novos e melhores que as traduções.

3-PRÉ-REQUISITOS PARA A SEMIOLOGIA

A semiologia, ao estudar os sintomas e os sinais, pressupõe que o médico (ou estudante) tenha um razoável acervo de conhecimento e de disponibilidade emocional, a serem mobilizados durante a entrevista e o exame físico do paciente, subsidiando a escuta e o raciocínio clínico, na direção do diagnóstico. **Generalizou-se a crença de que o estudante, ao terminar o ciclo básico, não tem conhecimento suficiente para começar a examinar pacientes.**

À primeira vista, talvez parecesse sensato que, antes disso, tivéssemos um curso teórico, talvez associado a algumas simulações de casos clínicos, durante um período de pelo menos um ano, entre o ciclo básico e o profissional. Mas, seria pedir demais a quem já esperou tanto pelo primeiro paciente. Assim, na Faculdade de Medicina da UFMG, há cerca de 30 anos, considera-se que a melhor opção é iniciar logo o estudante no exame do paciente, no ambulatório, promovendo, ao mesmo tempo, a sua definitiva imersão no estudo e no **aprendizado da clínica**. Na verdade, trata-se de verdadeiro mergulho do qual o médico não irá mais emergir, a menos que renuncie à profissão, pois se aprende durante toda a vida.

Por outro lado, os estudantes do quinto período, muitas vezes apreensivos com o início do contato com o paciente, trazem consigo a idéia de que não sabem nada, num claro menosprezo pelas suas duas décadas de idade. De fato, muitos aspectos importantes já foram aprendidos e incorporados na fase pré-universitária, **através das experiências na vida familiar, social e escolar, das vivências na escolha da profissão e na luta para ingressar na Universidade**. Na verdade, dessa fase há pouco saber técnico-científico relevante que possa ser agora aplicado, mas existe um outro acervo igualmente importante, de conhecimento e experiência humanos, que foram decisivos na caracterização da individualidade de cada estudante, cujos traços pessoais irão agora aflorar e compor o universo da relação com o paciente.

Após o ingresso na Universidade, os primeiros dois anos se passaram no Instituto de Ciências Biológicas, alvo de críticas de estudantes e docentes. Na Faculdade de Medicina, da mesma forma que no ICB, os estudantes continuarão a observar virtudes e defeitos, mas é preciso perceber que o ICB acrescenta uma preciosa carga de conhecimentos e que **ninguém sai de lá exatamente como entrou**, seja pelo que estudou, seja pelo que viveu. Nem sempre o seu conteúdo é objetivamente ensinado em função da prática clínica e, neste aspecto, a crítica pode ser válida. O que se percebe é uma dificuldade ou incapacidade dos estudantes em mobilizar seu conhecimento prévio, no momento do contato com o paciente, tal como uma ficha de arquivo colocada fora de ordem, de difícil localização. Quando estimulados e motivados, os estudantes são capazes de recuperar as suas fichas e, curiosamente, **muitos se surpreendem ao perceberem que sabem muito mais do que pensam saber**. Será importante que o estudante preserve sua auto-estima, e valorize mais o seu passado, o seu trabalho e o enorme ônus que assumiu, desde o momento em que decidiu enfrentar um curso de medicina. O

estudante do quinto período não é uma folha de papel em branco, pois já tem nela inúmeras inscrições valiosas e definitivas.

Não é demais repetir que o estudante já possui um conjunto de conhecimento técnico e experiência humana, disponíveis para serem utilizados no momento do contato com o paciente. Tal acervo passará a ter um constante acréscimo à medida que acontecem juntos - a aquisição de habilidades práticas e de conhecimentos teóricos, muito mais eficazes quando associados. O estudante irá perceber que está diante de uma situação nova e que é o momento de reavaliar os seus métodos de estudo. Abrir-se para esta perspectiva torna-se indispensável para o seu crescimento; **ajudá-lo nesta tarefa, é função básica do professor**, mas procurar esta ajuda depende da iniciativa do estudante. Precisa ainda se conscientizar de que o currículo prevê o aprendizado centrado na atividade prática, que isso deverá ser cumprido em cada disciplina, sendo do direito e do dever do estudante criticar e contestar toda atividade meramente teórica, qualquer que seja a disciplina ou a justificativa que lhe seja dada. Convide cada professor para se aproximar do paciente, pois só assim ele estará mais perto de você. O que ele fala na aula teórica está escrito em dezenas de livros, que ele apenas repete; já o que ele faz - junto com você - durante uma consulta, torna-se uma experiência rica e única, pois irá motivá-lo a aprender em torno de uma situação prática, real, que muitas vezes se transforma em registro definitivo. De tudo que se afirmou até aqui, um detalhe merece ser repetido com destaque: é a individualidade de cada uma das pessoas - paciente e médico - que compõem a consulta médica é que define o **conteúdo humano da relação que entre eles se estabelece**.

Com tudo isto, pretende-se dizer que o quinto período é um bom momento para começar a aprender clínica, a partir da Semiologia, ou seja, de uma técnica específica, que pode ser plenamente exercida por iniciantes, com um conhecimento teórico ainda limitado. Aliás, a literatura destaca pesquisas nas quais ficou evidente que um estudante, ao aplicar corretamente a técnica semiológica, pode realizar um trabalho de melhor qualidade do que médicos experientes que desprezem os princípios fundamentais da semiologia.

4- RECOMENDAÇÕES INICIAIS SUJEITAS ÀS PARTICULARIDADES E MÉTODOS DE CADA PROFESSOR:

- 1) Organize a escala de atendimentos de primeiras consultas.
- 2) Registre em sua agenda os seus retornos. É muito importante que você acompanhe a evolução, resultados de exames e estabeleça um vínculo com o paciente. É considerada falta grave a ausência no seu dia de atendimento de primeira consulta e de retorno.
- 3) O atendimento é individual, observado pelos demais estudantes, sem interferência destes, e acompanhado de perto pelo professor.
- 4) Organize a sala (consultório) antes de iniciar o atendimento: disposição da escrivaninha, das cadeiras, da mesa de exame, do biombo, das peças de roupa. Verifique o isolamento acústico

da sala. Confira os impressos necessários. Deixe à mão o material de exame, de preferência, quando possível, o seu próprio.

5) Cumpram todos, rigorosamente, o horário previsto para as atividades do dia, de acordo com o professor.

6) Desenvolva uma atitude mais profissional possível e um relacionamento pessoal adequado ao trabalho / estudo, com os colegas, funcionários e demais pessoas envolvidas nas atividades do ambulatório, bem como um comportamento apropriado no local. Zele pelo correto uso dos recursos existentes.

7) Evite interrupções durante o atendimento. Desligue o celular. Saia da sala somente em caso de muita necessidade.

8) Use sempre o avental branco e o crachá de identificação já ao entrar no prédio do ambulatório. Traga relógio com ponteiro de segundos, caneta, corretivo e calculadora.

9) Convide o paciente a entrar na sala, chamando-o pelo nome. Receba-o com um aperto de mão e mostre a cadeira dele. Ofereça-lhe, sem insistir, outra cadeira para colocar seus pertences, para maior conforto. Tome assento você também e então se apresente: diga seu nome, sua condição de estudante de medicina, sua disposição em ouvi-lo e examiná-lo, informando a presença dos colegas e a orientação do professor (diga o nome deste). Às vezes o paciente tem acompanhante(s) que deseja(m) assistir a consulta ou aguardar lá fora. Anote o(s) nome(s) dele(s) e a relação com o paciente. Por exemplo: Sr. Guilherme, esposo, assistindo a consulta. Ou, Ana Beatriz, filha, aguarda lá fora. Antes de permitir a entrada do acompanhante, certifique-se de que esse é o desejo do paciente.

10) Inicie a entrevista dando alguns segundos de oportunidade para o paciente tomar a iniciativa de falar espontaneamente. Caso isto não ocorra, convide-o a contar sua história com perguntas abertas e facilitadoras. P. ex.: O que o perturba e incomoda? Como se sente? Gostaria de ouvir sua história, pode contá-la?

11) Às vezes o paciente traz um encaminhamento, analise-o e peça que ele descreva o problema que motivou tal encaminhamento.

12) Evite escrever durante a entrevista. Use um rascunho para anotações sumárias de dados específicos, como lembrete para o posterior registro no prontuário. Concentre toda sua atenção na entrevista, pois assim você se lembrará facilmente da história e fará um relato fiel.

13) Ao terminar a entrevista, isto é, até onde você puder avançar, diga ao paciente que você irá examiná-lo. Conduza-o até o biombo e peça para trocar de roupa, quando necessário, instruindo-o com clareza. Lave as mãos e proceda ao exame físico. Ao fim deste, lave novamente as mãos.

14) Esteja atento à participação do professor nos momentos em que ele julgar necessário e pertinente.

15) Escreva de forma legível e ordenada no prontuário, ele é um documento. Identifique-se com sua assinatura, nome legível e como estudante, 5º período, número da matrícula na UFMG e o

nome do professor. Seu relato será revisto pelo professor que o assinará, tornando-o documento sigiloso e de valor legal, arquivado no SAME

16) Os colegas que assistem o atendimento, sem interferir no mesmo, devem acompanhar atentamente e fazer anotações que serão úteis para fazer o relatório do dia a ser entregue na aula seguinte. Tenha um caderno próprio para as anotações sobre a disciplina. Anote as dúvidas, não as deixe acumular.

17) Mantenha em dia seus estudos. Estude de maneira organizada. Desenvolva a curiosidade e faça da dúvida uma aliada.

18) Façamos deste um período de convivência bastante rica e proveitosa nos diversos sentidos, com liberdade, sinceridade e companheirismo.

19) Cumpra fielmente os preceitos da ética profissional e humana.

5-PARA REFLEXÃO

A Semiologia é, conceitualmente, de acordo com Aurélio Buarque de Holanda, "a ciência geral dos signos, segundo Ferdinand de Saussure (lingüista suíço do século XIX), que estuda todos os fenômenos culturais como se fossem sistemas de signos, isto é, sistemas de significação em oposição à lingüística, que se restringe ao estudo dos signos lingüísticos, ou seja, da linguagem; a semiologia tem por objeto qualquer sistema de signos (imagens, gestos, vestuários, ritos etc.); a *semiologia médica* se ocupa do estudo e da descrição dos sinais e sintomas de uma doença".

No sentido empregado, os *signos* são os *sinais*, os *símbolos*, as *imagens*, os *gestos*, os *ritos*.

Para Alvin Finkelstein, quem pratica a Semiologia Médica, é privilegiado por uma situação exclusiva: "*o objeto pesquisado fala*".

É indispensável, portanto, que o praticante da arte desenvolva, continuamente, a habilidade de escutar. Nós podemos *olhar* e não enxergar, *ouvir* e não escutar.

É importante saber que *patologia* não é a mesma coisa que *doença*, que não somos formados médicos para tratar de *doenças* (anemia, pressão alta, câncer), mas para cuidar de **peessoas doentes**: *anêmicas*, *hipertensas* ou *cancerosas*. Nós não somos acordados de madrugada para atender *casos clínicos*, mas para tentar melhorar e até curar *peessoas*. Nós não temos a faculdade da onipotência, mas desde muito cedo, somos tentados a agir como se fossemos onipotentes. Não nos pertence a vida alheia, nem os corpos dos outros. Às vezes temos que tomar decisões muito graves em momentos de extrema dificuldade, e precisamos trabalhar continuamente as nossas dificuldades e tentar superar as nossas limitações. Precisamos diminuir o número de vezes em que erramos, aproveitando um percentual menor das oportunidades que temos de errar. Não sendo onipotentes e não tratando doentes como *casos*, não estaremos livres de errar, mas poderemos reconhecer que erramos e tentar reparar os resultados dos nossos enganos por descuido, por falta de conhecimentos ou de

atenção. Se não aprendermos refletindo sobre os nossos erros, estaremos fadados a repetí-los. Eles poderão ser simples e sem conseqüências, mas poderão ser graves e custar a saúde ou a vida a alguma pessoa.

A *iatrogenia* é a indução de doença por parte de quem exerce a prática de cuidar de pessoas. Uma das formas mais freqüentes de *causar iatrogenia* é pela *palavra*. Por isto, temos que escutar mais, com interesse, inteligência e sensibilidade, e temos que falar menos. Muitas pessoas vêm ao médico até porque estão doentes. Um grande número delas quer ser ouvido, quer ter um interlocutor interessado, inteligente e sensível, capaz de aproveitar o privilégio único de pesquisar *objetos que falam*. E que falam até com palavras.

Nos próximos encontros, nós vamos ouvir pessoas que desconhecemos e que não nos conhecem, mas que apesar desse desconhecimento recíproco, nos confiarão informações importantes sobre suas vidas. Muitas delas revelam fatos de sua intimidade, tão confidenciais que nunca foram compartilhados com quem quer que seja. Nós também vamos tocar nos seus corpos para examiná-las e o ato de tocar é, também, uma forma de desvelar a intimidade das pessoas.

Nós devemos nos comportar à altura da confiança que as pessoas depositam em nós. Esta é uma forma de retribuir com dignidade a confiança que recebemos.

6-A ANAMNESE

A anamnese ou história clínica constitui a base para o diagnóstico e tratamento do paciente. Considerando a própria etimologia da palavra que significa recordação, só poderá ser construída pelo paciente, com o médico tendo o papel de orientar sua construção.

Os itens contidos em uma anamnese variam segundo a idade, o gênero e a enfermidade do paciente, a especialidade clínica, o tempo disponível e os objetivos da consulta. Depois que se conhece e compreende todos os itens de uma anamnese abrangente, é possível fazer uma seleção dos necessários. Nessa anamnese, aparecem os termos técnicos para os sintomas. As definições dos termos, juntamente com as formas de indagar sobre os sintomas, devem ser observadas. Tais padrões constituem uma estrutura para documentação ou registro. Não determinam a seqüência da coleta de informações ou a forma como as mesmas são colhidas. Lembre-se que este é um roteiro padrão, abrangente e minucioso. Elabore o seu próprio roteiro, sucinto, para você se orientar nos seus atendimentos.

6.1 Anamnese Abrangente:

***Autoria:** Semiologia Médica I, Adultos – 5º Período.

***Local:** Sala nº, Ambulatório Bias Fortes – Hospital das Clínicas da UFMG.

***Data e Horário do Atendimento:** A data e horário sempre são importantes.

***Estudante:** Nome completo e legível do(a) estudante(a) e número de matrícula na UFMG.

***Professor(a):** Nome completo e legível, ou carimbo, assinatura e número do CRMMG.

***Acompanhante(s):** nome(s) e grau de relacionamento. Presente na consulta ou aguardando lá fora.

***Confiabilidade:** Por exemplo: “O paciente oferece uma descrição consistente dos sintomas, porém é vago em relação à forma como se iniciaram”. Ou “Cláudia informa bem, com clareza e precisão.”

Dados de Identificação do Paciente: nome, idade, data de nascimento, gênero, cor / etnia, estado civil, profissão, ocupação, naturalidade, residência (Rua/Av., Bairro, CEP, Cidade, UF, telefones para contato).

Fonte da Anamnese e Encaminhamento: o paciente, família, amigo, policial, consultor, prontuário médico. Ajuda o leitor a avaliar o motivo da consulta ou do encaminhamento.

Queixa(s) Principal (is) ou Motivo(s) da Consulta sempre que possível nas próprias palavras do paciente. “Estou com dor de estômago e me sinto péssimo.” Às vezes o paciente não tem queixas bem definidas; nesses casos, verifique seus objetivos. “Vim para fazer meu exame periódico” ou “Fui internado para uma avaliação cardíaca minuciosa”.

Dê a palavra ao paciente (“o que está acontecendo com a sua saúde?” “o que houve?” “qual é o seu problema?” etc.) Deixe-o falar livremente. Não o interrompa, até que termine toda a sua mensagem inicial. Não se preocupe em perguntar sobre detalhes, pois haverá outro momento para isto. Estimule-o a ser completo (“o que mais?” “algum outro problema?”). Procure compreender qual a sua prioridade ou motivo exato da consulta (Se necessário, pergunte: “o que considera mais importante?” “o que o incomoda mais?” “o que o preocupa mais?”). Se não estiver claro, repita para ele o que você compreendeu desta fala inicial, e pergunte se a sua compreensão está correta. Ela precisa ser autêntica, para que você possa prosseguir. Não tenha pressa, pois agora o importante é o que ele tem a dizer e a interferência prematura poderá inibi-lo; lembre-se que é neste momento que ele faz a sua consulta; deixe-o completá-la livremente. Neste início da consulta, comece a estabelecer uma visão global da pessoa, das suas queixas, compreenda a(s) prioridade(s), anote no papel ou guarde, na memória, todas as queixas iniciais, que se tornarão referência para toda a anamnese. Este é o seu material de trabalho, a sua referência, na consulta que se inicia, tal como um diamante em estado bruto que você vai lapidar. Ouça, principalmente. Passe à etapa seguinte quando estiver seguro de que você proporcionou ao paciente a plena oportunidade de se consultar. Evite um grave erro de origem: não interrompa precocemente a fala do paciente, pois isto irá comprometer todo o seu trabalho.

História da Moléstia Atual (HMA): Esta seção consiste em um relato claro e cronológico dos problemas que motivaram a vinda do paciente. Os **dados são derivados do paciente, mas a organização é sua.** A narrativa deve incluir como se iniciou o problema, a circunstância em que ele apareceu, suas manifestações e quaisquer tratamentos. Os sintomas principais devem ser descritos em termos de: (1) localização, (2) qualidade, (3) quantidade ou intensidade, (4) seqüência cronológica (ou seja, início, duração e freqüência), (5) as circunstâncias nas quais ocorrem, (6) fatores que agravam ou aliviam os sintomas e (7) manifestações associadas. Registre também dados negativos pertinentes (ausência de determinados sintomas que ajudam

no diagnóstico diferencial). Somente informações relevantes devem ser registradas na seção história da moléstia atual, como, por exemplo, fatores de risco para doença coronariana se a queixa principal for dor torácica e medicações em uso no paciente com síncope. Uma descrição da moléstia atual também deve incluir as respostas do paciente a seus próprios sintomas e que efeito a enfermidade tem tido sobre a vida dele.

Estimule o paciente a acrescentar detalhes sobre o seu problema principal, de preferência sem perguntas e de forma livre (“fale um pouco mais sobre o seu problema” ou “me explique melhor o que está lhe acontecendo” etc.). Procure fazer com que ele esgote as informações e detalhes com as suas próprias palavras e com interferência mínima (“o que mais?” “e aí?” “e então?” etc.). Gradualmente passe a participar um pouco mais, introduzindo algumas perguntas, de preferência abertas, relacionadas ao próprio relato do paciente, objetivando acrescentar mais dados. Lembre-se que isso é um diálogo, no curso do qual você pergunta um pouco e ouve muito. Ouça, principalmente. Evite interromper qualquer fala do paciente, a menos que ela seja claramente inoportuna naquele momento. A seguir você poderá acrescentar perguntas mais específicas, indispensáveis ao detalhamento da informação, direcionando o diálogo de forma mais ativa. Um modelo a ser lembrado é de um funil, no qual o fluxo é amplo e livre na boca e estreito e turbulento no bico; promova-se assim o fluxo do diálogo, evitando começar com perguntas fechadas. “Para perguntas, obtém-se respostas, apenas respostas” (M. Balint). Alguns dizem que um defeito da resposta é que muitas vezes ela apenas mata a pergunta. Atenção especial ao que fazer com a resposta do paciente

A seguir os tópicos mais importantes que deverão ser investigados na história da moléstia atual, para detalhamento do(s) sintoma(s); como as informações surgem basicamente da fala livre do paciente, elas nem sempre obedecerão a uma seqüência lógica.

- 1) Pródromos;
- 2) Início da doença ou do sintoma (data, época ou duração; modo súbito ou gradual, ordem de aparecimento de sintomas; fatores predisponentes e desencadeantes);
- 3) Evolução ao longo do tempo, modificações observadas, novos sintomas;
- 4) Estado atual;
- 5) Detalhamento do sintoma:
 - a - caráter ou qualidade;
 - b - fatores agravantes e de alívio;
 - c - localização exata, intensidade, freqüência, duração, ritmo;
 - d - crises e períodos intercríticos: o que acontece em cada um deles;
 - e - dados negativos relevantes.
- 6) Sintomas associados: focais e gerais;
- 7) Tratamentos anteriores, doses, duração, resultados e eventuais efeitos colaterais; adesão e atitudes do paciente ante esquemas terapêuticos prévios; medicação em uso atual, incluído o dia da consulta;
- 8) Repercussões gerais sobre o estado físico e emocional;

9) Significado para o paciente (o que ele imagina ser a sua doença, medos, fantasias, relação com experiência de doença grave, em parentes ou amigos, que ele considere semelhante à sua). Em muitas ocasiões, são as fantasias o principal motivo do medo e do sofrimento e que levam o paciente à consulta; neste caso, são elas que de fato molesta o indivíduo;

10) Repercussões objetivas sobre a vida do paciente, principalmente quanto a sua autonomia, à família, ao trabalho, à sociabilidade, ao lazer, ao prazer, às atividades da vida diária;

11) Relação do trabalho com a doença: se o paciente menciona ou você suspeita, verificar o que faz e como faz, situações incômodas no trabalho, ambiente físico e pessoal, riscos, ritmo, trabalho noturno, melhora nos fins de semana ou nas férias, licenças médicas pelo mesmo problema etc.;

12) A seguir, completar a HMA com a Anamnese Especial do(s) aparelho(s) ao(s) qual (is) está(ão) relacionado(s) o sintoma prioritário, como parte de um mesmo conjunto.

Doenças Preexistentes e Medicamentos em Uso: Antecedentes pessoais patológicos de natureza clínica ou cirúrgica. Traumatismos. Hospitalizações. Transusão de sangue. Alergia. Anotar local, datas, evolução, desfecho, repercussões e significado para o paciente e relacionados. Estabelecer ou não vínculo(s) com a HMA. Verificar atendimentos simultâneos e/ou recentes. Pedir para trazer resultados de exames prévios, no retorno. Anotar medicamentos em uso: nome, substância, apresentação e posologia. Inclua também medicações caseiras, remédios vendidos sem receita médica, automedicação, suplementos vitamínicos e minerais, pílulas anticoncepcionais. Registrar se fez uso de medicação no dia da consulta. Pedir para trazer receitas e medicamentos no retorno.

Revisão de Sistemas (RS) ou Anamnese Especial (AE): Também neste tópico a ordem é relativa. Se, em sua fala inicial ou durante o relato da HMA, o paciente mencionou outro(s) sintoma(s), não relacionado(s) diretamente com o seu problema principal, eles devem agora retornar à pauta. Imagine que, na HMA, uma cefaléia foi o tema abordado e já esgotado. Neste momento, o estudante poderia dizer ao paciente: “Agora que o senhor já me explicou tudo sobre a sua dor de cabeça, me lembrei que existe também um problema nos joelhos, uma dor...; vamos conversar sobre isto?” Deste modo, você inicia a revisão pelo Aparelho Locomotor, numa seqüência que mantém a ordem de prioridades do paciente. (Voltar a um assunto mencionado em outro momento da anamnese demonstra atenção, valorização, interesse e respeito pelas queixas do paciente, decisivo para consolidar a relação com o mesmo). Aproveitando o exemplo sobre a “dor nos joelhos”, você deverá dissecá-la de modo semelhante ao que fez quanto ao problema ou queixa principal, de forma mais resumida e, em seguida, complementar com os outros dados da anamnese especial do Aparelho Locomotor. Caso existam outros sintomas secundários, detectados na fala inicial ou durante a anamnese, proceda da mesma forma, até esgotá-lo.

Agora o estudante poderá completar a revisão de sistemas, buscando informações sobre aparelhos ou sistemas em que, até aquele momento, não surgiram quaisquer sintomas. Desta forma, esta etapa da revisão fica mais simplificada e racional, com um papel quase terciário no

conjunto da anamnese. Mesmo assim, ela precisa ser realizada, pois ainda podem surgir dados importantes. Mas, não será necessário e muito menos sensato, fazer perguntas detalhadas sobre todos os possíveis sintomas de cada aparelho. Serão suficientes perguntas genéricas, que tragam ao paciente a oportunidade de acrescentar eventuais informações que foram esquecidas. Exemplos: “e a respiração...?”, “algum problema com a alimentação ou com os intestinos?”, “e as menstruações?”, e assim por diante. Caso apareçam novos sintomas, também eles devem ser detalhados e sua real importância dimensionada em relação ao conjunto. Dados importantes podem surgir em qualquer momento da anamnese e durante o exame físico; alguns pacientes mostram-se constrangidos para falar de certos sintomas, cabendo ao médico criar oportunidades para que eles apareçam. Algumas vezes o verdadeiro motivo da consulta fica explícito somente quando o paciente está se despedindo e nos pergunta, por exemplo: “Doutor, o senhor me garante que não é AIDS?”.

Procure familiarizar-se com os termos técnicos. Busque nos dicionários de termos médicos o significado preciso de cada um deles. Use-os criteriosamente, quando tiver certeza de que expressam aquilo que o paciente informa. Não é o fato de usá-los ou não que fará de você um médico melhor ou pior.

1) **Sintomas Gerais:** perda ou ganho de peso (quanto, em quanto tempo, fatores contribuintes), alterações do apetite, astenia, fraqueza, mal-estar, febre, calafrios, sudorese, palidez;

2) **Pele e Anexos:** prurido, petéquias, equimoses, máculas, pápulas, eritema, exantema, vesículas, bolhas, pústulas, crostas, úlceras, alterações de cor, textura, umidade e elasticidade da pele, feridas, alopecia, hipertricoses, hirsutismo, calvície, alterações das unhas.

3) **Cabeça, Olhos, Ouvidos, Nariz e Cavidades Paranasais, Cavidade Bucal e Anexos, Faringe:** cefaléia, tonturas, vertigens, traumatismo; hipoacusia, surdez, zumbidos, otalgia, otorréia, otorragia; tontura e vertigem; rinorréia, espirros, obstrução e congestão nasal, epistaxe, hiposmia, gotejamento pós-nasal; dor de garganta (odinofagia, disfagia); rouquidão, disфонia, afonia; halitose, úlceras (aftas), cárie e outros problemas dentários, gengivorragia, piorréia, alterações da língua; acuidade visual, amaurose, escotomas, fotofobia, diplopia, borramento da visão, lacrimejamento, vermelhidão, secreção, dor ocular, corpo estranho, estrabismo, hemeralopia, alucinações visuais;

4) **Pescoço:** mobilidade, dor, torcicolo, aumento do diâmetro, bócio, nódulos (linfadenomegalia);

5) **Aparelho Respiratório (AR):** dor torácica (tipo, localização, intensidade, duração, relação com o esforço, movimentos, respiração e posição), dispnéia (vide AC), tosse, expectoração (características físicas, quantidade, horário), vômito, hemoptise, hemoptóicos, chieira ou sibilância;

6) **Aparelho Circulatório (AC):** dor precordial (localização, tipo, intensidade, duração, relação com o esforço e com as emoções, sintomas concomitantes, especialmente sudorese, dispnéia, ansiedade, medo); dispnéia (contínua, de esforço, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, dispnéia suspirosa, taquipnéia), palpitações, tonturas, síncope, edemas; claudicação

intermitente, fenômeno de Raynaud, varizes dos membros inferiores (dor, edema, sintomas inflamatórios);

7) **Aparelho Digestivo (AD):** apetite, halitose, sialorréia e xerostomia, hiporexia, anorexia, bulimia, odinofagia, disfagia, eructação, regurgitação, ruminação; pirose e azia (ritmo, relação com a alimentação, com o jejum e com a posição), plenitude ou empachamento pós-prandial, saciedade precoce, náuseas, vômitos (quantidade, frequência, conteúdo, cor, cheiro, relação com a alimentação etc.); hematêmese, melena, enterorragia; dor abdominal (localização, horário, tipo, ritmicidade, periodicidade, irradiação, relação com a alimentação, com as evacuações, os movimentos, a respiração); constipação e diarreia (agudas ou crônicas, frequência das dejeções, quantidade ou volume, características físicas das fezes, presença de sangue, pus, gordura, parasitos, muco, alimentos não digeridos), flatulência, distensão abdominal, tenesmo, incontinência fecal, prurido anal, hemorroidas, dor perineal, uso ou abuso de laxativos e antiácidos;

8) **Aparelho Geniturinário (AGU):** algúria (total, inicial, terminal), tenesmo vesical, disúria, oligúria, poliúria, polaciúria, urgência, incontinência (total ou de esforço), alterações do jato urinário (força, calibre, gotejamento, retenção), hematúria, piúria, enurese; alterações do aspecto da urina; cólica nefrética e dor lombar; leucorréia, prurido vulvar; menarca, menopausa; sintomas pré-menstruais; intervalo, duração e regularidade dos períodos menstruais, volume de fluxo, dor menstrual, data da última menstruação, número de gravidezes, partos e abortos (G-P-A), intercorrências nas gravidezes e partos, puerpério; métodos contraceptivos; esterilidade; vida sexual, libido, ejaculação precoce, impotência, disfunção erétil; dispareunia, anorgasmia, práticas sexuais (hetero, homo ou bissexuais);

9) **Sistema Hemolinfopoiético (SHL):** astenia, palidez, petéquias, equimoses, hematomas, gengivorragia, hematúria, hemorragia digestiva, linfadenomegalias, sintomas em outros órgãos e aparelhos.

10) **Sistema Endócrino:** nanismo, gigantismo, acromegalia, puberdade precoce, puberdade atrasada, galactorréia, poliúria, polidipsia, polifagia, bócio, dor cervical anterior, rouquidão, manifestações de disfunção tireoidiana, de paratireóides, supra-renais e gônadas.

11) **Aparelho Locomotor (AL):** alterações articulares (dor, calor, rubor, restrição de movimentos, distribuição, simetria ou assimetria, deformidades, evolução etc.); lombalgia; dor e restrição aos movimentos; escoliose, lordose, cifose; dor nas pernas e claudicação na marcha; sintomas musculares (mialgia, contraturas, tremores, fasciculações, câimbras, fraqueza, atrofia); história de fraturas e traumatismos; seqüelas.

12) **Sistema Nervoso (SN):** cefaléia (pródromos, localização, intensidade, duração, frequência), sintomas associados, fatores predisponentes ou desencadeantes, resposta a analgésicos; equilíbrio e marcha (ataxia, desequilíbrio, tontura, vertigem etc.); coordenação motora; alterações sensitivas (tátil, térmica, vibratória, posicional, parestesia, anestesia, hipostesia, hiperestesia); convulsões (tipo, frequência, pródromos, perda da consciência, relaxamento de esfínteres, duração, estado pós-critico); movimentos involuntários (mioclonia, fasciculações,

tics, hipertonia, coréia); alterações da consciência, coma; insônia (tipos), sonolência, hipersonia; memória (imediate, mediata, remota, confusão mental); fala (disfasia, afasia, disartria etc.); história de traumatismo crânio-encefálico, teníase, tocotraumatismo, convulsões.

13) **Aparelho Psíquico (AP):** Os fundamentos para a avaliação do aparelho psíquico são os mesmos propostos para a anamnese geral e seus tópicos básicos (cabeçalho, HMA, Revisão de sistemas, HP, HF, HS etc.), sendo que a forma sugerida, especialmente o estímulo ao discurso livre do paciente e a busca do desenvolvimento da capacidade de escuta do médico, se aplicam integralmente à abordagem do psiquismo. A diferença fundamental está na atitude do médico: a sua disposição ou a sua eventual aversão à abordagem dos sintomas e problemas relacionados ao aparelho psíquico. A formação médica tradicional muitas vezes tende a ignorá-los, valorizando apenas os sintomas considerados “psicosomáticos” e só se lembrando, às vezes, do psíquico, quando se exclui, usando até o último refinamento tecnológico, a possibilidade de uma causa orgânica para o problema. Tal como na abordagem dos problemas considerados orgânicos, os psíquicos também podem ser diagnosticados diretamente, não necessitando, muitas vezes, da exclusão do orgânico através de exames complementares. Não obstante, a tecnologia aplicada à medicina ai está para ser utilizada, inclusive em situações em que tenhamos dúvidas quanto à existência de doença orgânica. Este uso, contudo, deverá estar baseado na evidência clínica e cabe ao médico, em cada caso, decidir pela sua aplicação, quando ela se tomar, de fato, necessária. No entanto, o fundamental é a firme disposição de ouvir e tentar compreender, com igual interesse, qualquer paciente, tenha ele um distúrbio orgânico, psíquico ou social; tratá-lo, curá-lo etc., é outro assunto a ser discutido, mas compreendê-lo será sempre um objetivo ao alcance de qualquer médico que assim o deseje e que considere a dimensão humana da medicina.

Em cada tópico deste roteiro (HMA, HP, HS, HF etc.), estarão explícitos alguns dos aspectos a serem investigados quanto ao aparelho psíquico. A ênfase, maior ou menor, a ser dada a tais aspectos, durante a anamnese geral, depende de cada caso, na medida em que pareçam fundamentais à sua compreensão. No entanto, em todos os casos, teremos oportunidade de perceber sempre, pelo menos alguns aspectos importantes do psiquismo de cada paciente, que será a base de apoio para estabelecermos, com ele, uma relação médico-paciente satisfatória, essencial para realizar a investigação diagnóstica, estabelecer, propor e conduzir o processo terapêutico. Grande parte das informações sobre o AP, abaixo descritas, decorre apenas da observação e percepção que o médico tem do paciente durante a consulta. **Aparência** (vestes, adereços, higiene etc.). **Atitude** (marcha, postura, gestos, e fala). **Consciência** (lucidez, obnubilação, torpor, delírio). **Atenção e orientação** (no tempo, no espaço, consciência de si mesmo ou *insight*, limites). **Memória** (fixação, evocação, paramnésias, memória imediata, recente e remota). **Pensamento** (curso, conteúdo e forma). **Afetividade** (interesse, euforia, alexitimia, desânimo, choro, angústia, *belle indifférence*, simulação, mentira, mau caráter, medo, ansiedade, depressão, irritabilidade, labilidade, agitação). **Distúrbios do sono e tipos de insônia**. **Inteligência** (escolaridade, capacidade de

abstração). **Senso-percepção** (alucinação, ilusão, pseudo-alucinação). **Impulso-instintividade**. **Situação existencial atual**: adolescência, namoro, paixão, casamento, nascimento de filhos, separação conjugal, luto, desajustes na família, filho-problema, drogas, alcoolismo, desemprego, falência, envelhecimento, crise financeira, doença mental na família, vida sexual (em todas estas situações o mais importante é perceber o significado que elas têm para o paciente e não para o médico).

Antecedentes Pessoais Fisiológicos: Gestação e nascimento. Desenvolvimento físico e intelectual.

Condições Atuais de Saúde: Tabaco, inclusive tipo utilizado (por exemplo, cigarros, tabaco mastigável) além de quantidade e duração do uso. O tabagismo freqüentemente é descrito em termos de maços-anos (uma pessoa que fumou um maço e meio por dia durante 12 anos tem uma história de 18 maços-ano). Quando a pessoa tiver parado de fumar, anote há quanto tempo isso aconteceu. **Álcool, Drogas e Substâncias Relacionadas**. Veja antes os métodos de entrevista sugeridos. **Dieta, Exercício e Lazer**, inclusive freqüência de exercícios, consumo diário usual de alimentos e quaisquer suplementos ou restrições dietéticas. Pergunte sobre café, chá ou outras bebidas que contenham cafeína. **Imunização**, como vacina contra tétano, coqueluche, difteria, pólio, sarampo, rubéola, caxumba, influenza, hepatite B, *Haemophilus influenzae* tipo B e pneumocócica. Em geral, essa informação é obtida de fichas médicas.

Exames de Rastreamento indicados ao paciente, como PPD, Papanicolaou, mamografia, pesquisa de sangue oculto nas fezes, PSA e dosagens de colesterol, além de resultados e datas em que foram realizados pela última vez. O paciente às vezes não tem essa informação. Pode ser preciso consultar o prontuário ou obter a permissão do paciente para solicitar registros médicos antigos. **Medidas de Segurança**, como posse ou guarda de armas, uso ou não de cinto de segurança, capacete de bicicleta ou moto, filtro solar, detectores de fumaça e outros dispositivos relacionados a perigos específicos no trabalho.

História social (HS): História ocupacional (profissão atual e anterior, idade em que começou a trabalhar, acidentes do trabalho, jornada, turno, satisfação, pressões por produção, medo de demissão, situação previdenciária e sindical, proteção contra acidentes, agentes tóxicos ou infecciosos); condições da habitação (atual e anteriores); grau de instrução, relacionamento amoroso, vida familiar e social; situação econômica (salário, orçamento familiar, quantas pessoas trabalham e contribuem para o mesmo, responsabilidade do paciente, dificuldades e limitações).

História Familiar (HF): Será também iniciada com perguntas abertas para que o paciente discorra livremente sobre o assunto, com especial atenção para o significado que têm para ele as eventuais doenças da sua família; perguntar sobre a causa e idade dos que morreram; particular atenção a problemas genéticos e ambientais (câncer, enxaqueca, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e outras doenças vasculares, distúrbios mentais, suicídio, anemias, diabetes, obesidade, distúrbios da tireóide, nefropatias, doenças hepáticas e biliares, asma, alergia, úlcera péptica, morte súbita etc.).

6.2 Transição para o exame físico

Embora tenha se iniciado ao ver e cumprimentar o paciente, uma vez encerrada a anamnese, é hora de proceder ao exame físico propriamente dito. Esse é um outro momento de ansiedade para o estudante e também para o paciente. Para o estudante pela insegurança de não saber como fazê-lo, além da dificuldade do contato físico com uma pessoa desconhecida; para o paciente tanto pelo medo de que possa ser encontrado algo errado ou de sentir dor ou desconforto quanto pela exposição excessiva que representa. Afinal o corpo é o que há de mais particular para cada um de nós. O preparo para o exame é, por isso, essencial.

O paciente deverá ser informado sobre a necessidade da realização do exame físico, esclarecido sobre como este será feito, e orientado sobre como proceder para que o mesmo possa ser feito. A participação do paciente, expondo suas dúvidas, deve ser estimulada. Em seguida será orientado a trocar de roupa, com a recomendação de que peças tirar e como colocar a roupa para o exame. Pacientes homens são orientados a tirar a camisa e a calça e vestir o calção, além de tirar sapatos e meias. Para as mulheres, recomenda-se tirar toda a roupa, exceto a calcinha, e colocar o avental. Alguns pacientes vêm à consulta com roupas que permitem o exame físico porque não gostam de trocar de roupa ou de usar a roupa do ambulatório; eles podem ter sua vontade respeitada desde que isso não traga prejuízo para o exame. Quando o consultório tem banheiro, o paciente pode trocar ali sua roupa; caso disponha apenas de um biombo, pode ser interessante que professor e estudantes saiam para o paciente trocar de roupa.

Vestido adequadamente para o exame, o paciente deverá ter aferido seu peso e, quando da primeira consulta, sua altura, para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Se não houver balança no consultório, peso e altura serão aferidos antes de ele trocar a roupa, pois não é possível levá-lo pelos corredores sem sua roupa. Completados os dados antropométricos, o paciente é convidado a se assentar na maca ou mesa de exame para que se proceda ao mesmo. Pacientes idosos ou com dificuldade para locomover devem ser auxiliados a subir as escadas para alcançar a mesa. Ficar próximo do paciente e atento aos seus movimentos pode evitar acidentes.

O fato de ter encerrado a anamnese não impede que se continue a conversar com o paciente e a sua participação no exame deve ser estimulada, de sorte a torná-lo um sujeito ativo em toda a consulta. Dados novos e importantes podem surgir enquanto se realiza o exame físico; além disso, conversar enquanto se faz o exame pode deixar o paciente menos tenso.

Os pacientes valorizam muito o exame físico e não é raro, ao final de um exame minucioso, dizerem que nunca foram tão bem examinados na vida. Do mesmo modo, costumam reclamar de outras consultas dizendo que o médico nem mesmo aferiu a pressão arterial.

A forma de se iniciar o contato físico com o paciente assim como o desenvolvimento do exame objetivo são de importância decisiva na qualidade da relação médico-paciente. Recomenda-se que o médico inicialmente lave suas mãos, procedimento que deverá ser repetido ao final do exame. O começo do exame pelas mãos do paciente e a palpação do pulso radial dá ao paciente sensação de ternura e disposição de aproximação do médico, pois parte de um contato físico direto, socialmente aceito ao se cumprimentar pessoas antes desconhecidas. Esse contato inicial, realizado sem pressa, revela disponibilidade do médico, dá oportunidade para que o paciente acrescente outras informações e torna o exame menos desagradável.

É comum mais de um estudante fazer o exame físico do paciente, até mesmo para a discussão de dúvidas relacionadas ao mesmo. Peça sempre autorização do paciente para fazê-lo.

7 EXAME FÍSICO: ABORDAGEM E VISÃO GERAL

No 5º Período, o exame físico abrangente será realizado pelo professor que, naturalmente, mostrará aos estudantes os achados físicos que lhe pareçam importantes para subsidiar o raciocínio clínico. Já o exame físico geral, a ectoscopia, precedido da coleta de dados vitais, faz parte do programa da Disciplina e deve ser estudado no livro texto. O estudante completará o relato escrito do exame clínico com a anotação de todos os dados do exame físico sob a orientação do professor.

A maioria dos pacientes encara o exame físico pelo menos com alguma ansiedade. As pessoas sentem-se vulneráveis, fisicamente expostas, apreensivas em relação à possibilidade de sentir dor e receosas com o que o médico possa encontrar. Ao mesmo tempo, costumam valorizar uma preocupação minuciosa com seus problemas e podem até gostar da atenção recebida.

O médico habilidoso, atento a esses sentimentos, é minucioso sem perder tempo, sistemático sem ser rígido e delicado sem temer causar desconforto, se isso for necessário. Escutando, olhando, tocando ou cheirando, o clínico habilidoso examina cada região do corpo e, ao mesmo tempo, percebe o paciente como um todo, observa o franzir do rosto ou um olhar preocupado e acalma, explica e tranqüiliza.

Em suas primeiras experiências, os estudantes, do mesmo modo que os pacientes, ficam apreensivos. Sentem-se desconfortáveis em seus papéis ambíguos de estudantes e profissionais e inseguros em relação a suas competências recém-adquiridas. O fato de tocar as regiões íntimas do corpo de uma pessoa, bem como de causar desconforto ao paciente, muitas vezes é motivo de muita preocupação. A ansiedade é inevitável.

Entretanto, com o decorrer do tempo, a competência e a autoconfiança aumentam. Através do estudo e da prática repetida, o fluxo do exame fica mais natural e o médico passa, gradualmente, a conseguir deslocar a atenção de onde colocar as mãos ou os instrumentos para o que ele ouve, vê e sente. Ao mesmo tempo, acostuma-se ao contato físico, fica mais hábil em

minimizar o desconforto e passa a ter mais consciência das reações do paciente do que de seus próprios sentimentos. Logo, consegue realizar em 5 a 10 minutos o que inicialmente lhe tomava 1 ou 2 horas. Um progresso permanente é uma meta a ser alimentada durante toda a vida.

Apesar das inevitáveis incertezas quando se começa a examinar pacientes, é preciso dominar a própria postura. Tente parecer tranqüilo, organizado e competente, mesmo que não se sinta exatamente dessa forma. Caso você esqueça uma parte do exame (o que, sem dúvida, ocorrerá), não fique perturbado. Simplesmente dê andamento a essa parte fora da seqüência - naturalmente. Se você já tiver deixado o paciente, volte e pergunte se pode verificar mais um detalhe. Evite expressar desgosto, alarme, desagrado ou outras reações negativas. Não faz sentido tê-las ante o paciente, mesmo que você se depare com uma massa ominosa, uma úlcera profunda fétida ou, até mesmo, um piolho pubiano.

Como na anamnese, tenha sensibilidade em relação aos sentimentos do paciente. Uma expressão facial ou uma pergunta aparentemente casual, do tipo “está tudo bem?”, por parte dele, podem trair preocupações previamente não mencionadas. Sonde essas inquietações sempre que possível. Leve em consideração, também, o bem-estar e as necessidades do paciente. Ajuste a inclinação da cama ou da mesa de exames de forma compatível com as necessidades dele e use travesseiros, para maior conforto, ou cobertores, para aquecê-lo, se necessário. Proporcione o máximo de privacidade possível, utilizando campos e biombos de forma adequada, e fechando as portas.

Você também deve se sentir à vontade como examinador, pois posições incômodas podem prejudicar suas percepções. Ajuste a cama para uma altura conveniente e peça ao paciente para chegar mais perto de você se isso o ajudar a examinar mais confortavelmente uma região do corpo.

Uma boa iluminação e um ambiente tranqüilo trazem importantes contribuições ao que se vê e escuta, porém pode ser extremamente difícil obtê-los. Faça o melhor possível.

Mantenha o paciente informado à medida que for dando prosseguimento ao exame, principalmente se houver previsão de um possível constrangimento ou desconforto. Os pacientes variam em relação aos seus conhecimentos sobre o exame e sua necessidade de informação. Algumas pessoas querem saber o que o médico está fazendo quando ausculta os pulmões ou palpa um fígado, enquanto outras já sabem ou não se importam. Com palavras e gestos, seja o mais claro possível em suas instruções. Ao explicar ao paciente o que ele deve fazer, seja cortês. “Agora, gostaria de examinar seu coração. Por favor, queira deitar-se.”

Os clínicos diferem quanto à forma e o momento de descreverem para os pacientes o que descobrirem. ***Estudantes iniciantes devem evitar praticamente qualquer tipo de declaração interpretativa, pois não são os responsáveis básicos pelo paciente e podem oferecer informações conflitantes ou equivocadas.*** Entretanto, conforme aumentarem sua experiência e responsabilidade, vale a pena compartilhar as descobertas com o paciente. Se você souber ou suspeitar que o paciente tem preocupações específicas, pode ser procedente fazer algum comentário tranqüilizador ao terminar de examinar a área relevante. Entretanto, uma

série sistemática de comentários tranquilizadores comporta pelo menos um problema em potencial: o que dizer se for descoberta uma anormalidade inesperada? Nesse caso, você ficará se lamentando por não ter tido a sensatez de se manter calado antes.

Independentemente das diferentes abordagens, todos os estudantes devem aprimorar um hábito que ajudará a não alarmar desnecessariamente os pacientes. Os iniciantes demoram muito mais do que os clínicos experientes para levar a cabo alguns procedimentos, como um exame oftalmoscópico ou uma ausculta cardíaca. Sempre que for fazê-los, pare e explique: “Gostaria de demorar um pouco mais no exame de seu coração, para poder escutar com cuidado cada ruído cardíaco. Isso não significa que eu esteja ouvindo algo de errado.” Seja franco com o paciente acerca de sua condição de estudante. Esse tipo de franqueza estabelecerá uma relação clara e, provavelmente, diminuirá a ansiedade de ambos.

Até Que Ponto o Exame Físico Deve Ser Completo? Essa pergunta comum não tem resposta simples. O esboço a seguir resume um exame bastante abrangente, adequado a um paciente adulto que precise de um **check-up** minucioso. Dificilmente, talvez nunca, conseguiremos um **exame clínico completo**. Resume, também, o repertório básico de habilidades de exame à disposição do clínico.

Em pacientes com sintomas restritos a um sistema orgânico ou região corporal específicos, pode ser mais adequado fazer um exame mais sucinto. Nesse caso, como na anamnese, escolha os métodos relevantes para avaliar o problema da forma mais eficiente e precisa possível. Os sintomas e as características demográficas (como idade e gênero) do paciente influenciam esta seleção e ajudam a decidir o que fazer. O conhecimento dos padrões básicos das doenças também auxilia muito no processo. É preciso decidir, por exemplo, do total de pacientes com dor de garganta, quais podem ter mononucleose infecciosa e, nesse caso, justificam uma palpação cuidadosa do fígado e do baço, e quem, ao contrário, tem um resfriado comum e não precisa deste tipo de exame. O raciocínio clínico que serve de base e orienta essas decisões é tema que deve ser estudado rotineiramente.

A necessidade de exame físico periódico para rastrear, detectar e prevenir doenças em homens e mulheres às vezes é contestada. Muitas técnicas do exame físico ainda não demonstraram claramente serem capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade. Estudos clínicos comprovaram a utilidade da avaliação da pressão arterial, do exame clínico das mamas, da ausculta cardíaca para evidenciar valvopatia e do exame pélvico com Papanicolaou. A lista de exames recomendados é um pouco maior, seguindo painéis de consensos e opinião de especialistas.

Um exame minucioso faz mais do que prevenir doença e prolongar a vida de homens e mulheres saudáveis. A maior parte das pessoas que busca atendimento médico está preocupada com a saúde ou tem sintomas. O exame físico pode ajudar a identificar essas preocupações e explicar os sintomas, gerando informações para que se responda às perguntas do paciente e crie uma base de dados para uso futuro. O exame físico também fornece uma oportunidade importante para a promoção da saúde através de esclarecimentos e orientação,

aumentando a credibilidade e a convicção dos conselhos ou tranqüilizações fornecidas pelo clínico. O contato físico envolvido nele freqüentemente fortalece a relação clínico-paciente. Além disso, os estudantes precisam realizar repetidos exames para ganharem experiência e os clínicos realizá-los periodicamente para manterem sua destreza. A melhor maneira de dividir o tempo restrito de que o médico dispõe entre escuta, análise ou orientação do paciente, de um lado, e o seu exame físico, de outro, depende do bom senso e da experiência.

Seqüência. A seqüência do exame abrangente visa a minimizar a necessidade de mudanças de posição do paciente e maximizar a eficiência do examinador. Obviamente, variações são possíveis e você pode querer desenvolver um estilo próprio. Todavia, aconselha-se uma seqüência “da cabeça aos pés”, evitando-se realizar o exame da face ou da boca após examinar os pés, a genitália ou o reto do paciente, bem como o exame vaginal depois do retal. Uma forma adequada de se iniciar o exame físico, a forma socialmente mais aceita de se iniciar um contato físico com outrem, é pelo exame desarmado (sem aparelho de qualquer tipo) das mãos: dedos, unhas, articulações, palmas.

Posição e Mão Dominante do Examinador. Este texto recomenda o exame do paciente em decúbito dorsal a partir do seu lado direito, dirigindo-se, em seguida, para os pés do leito ou para o outro lado, conforme necessário. Acostumar-se a trabalhar principalmente de um lado ajuda a dominar a destreza no exame com mais rapidez e aumenta sua eficiência. O lado direito tem várias vantagens em relação ao esquerdo: as veias jugulares à direita são mais confiáveis como estimativa da pressão venosa, a mão que realiza a palpação se apóia mais confortavelmente no *ictus cordis*, o rim direito é palpado com mais freqüência do que o esquerdo, e as mesas de exame às vezes são colocadas contra uma parede, de modo a favorecer a abordagem com a mão direita. Todavia, as mesas de exame devem ser colocadas de forma a permitir a livre circulação em seu redor, propiciando acesso ao paciente por todos os lados, confortavelmente para todos: paciente, estudantes e professor.

Estudantes canhotos podem, de início, considerar essa posição incômoda, porém devem ser encorajados a adotá-la. Entretanto, a menos que sejam razoavelmente ambidestros, terão mais facilidade no uso da mão esquerda para a percussão ou para segurar instrumentos como um otoscópio ou um martelo de reflexos.

Exame do Paciente em Decúbito Dorsal. A seqüência do exame em determinadas circunstâncias tem de ser diferente daquela descrita a seguir. Alguns pacientes, por exemplo, não conseguem ficar sentados no leito, nem de pé. Pode-se examinar cabeça, pescoço e a parte anterior do tórax dessas pessoas em decúbito dorsal. Em seguida, vire o paciente de um lado e de outro, para auscultar os pulmões, examinar as costas e inspecionar a pele. O restante do exame é concluído com o paciente em decúbito dorsal.

Iluminação Tangencial. Para a inspeção de estruturas como o pulso venoso jugular, a glândula tireóide e o *ictus cordis*, é recomendada uma iluminação tangencial. Esse é um método de projetar a luz sobre uma superfície, de forma a maximizar o sombreamento. As sombras ajudam a revelar quaisquer elevações ou indentações - em deslocamento ou estacionárias -

presentes na superfície. Quando a luz é perpendicular à superfície ou difusa o sombreamento diminui e se deixa de observar as ondulações mais sutis. Experimente usar iluminação tangencial focada para examinar os tendões e as veias no dorso de suas mãos e tente visualizar as pulsações da artéria radial em seu punho.

7.1 Visão global de um exame físico abrangente

Ectoscopia. Observe o estado geral do paciente, meça peso e altura (depois calcule o IMC), o biótipo e desenvolvimento sexual. Observe postura, atividade motora e marcha; traje, arrumação e higiene pessoal, além de quaisquer odores corporais e hálito. Observe as expressões faciais do paciente e registre o comportamento, a afetividade e a reação a pessoas e coisas no ambiente. Atente para a forma de falar do paciente e seu estado de vigília ou nível de consciência. A ectoscopia começa já na anamnese e se estende ao longo de **todo o atendimento clínico**.

Sinais Vitais. Conte o pulso e a frequência respiratória. Meça a pressão arterial e a temperatura axilar.

Pele e Fâneros. Observe a pele da face e suas características. Identifique lesões, registrando localização, distribuição, disposição, tipo e coloração. Inspeção e palpe os cabelos e as unhas. Estude as mãos do paciente. Continue sua avaliação da pele no decorrer do exame de outras regiões corporais.

Cabeça. Examine cabelo, couro cabeludo, crânio e face.

Olhos. Verifique a acuidade visual e rastreie os campos visuais. Observe a posição e o alinhamento dos olhos, bem como as pálpebras. Inspeção a esclerótica e a conjuntiva dos dois olhos. Com uma iluminação oblíqua, inspeção a córnea, a íris e o cristalino de ambos os olhos, individualmente. Compare as pupilas e teste suas reações à luz. Avalie os movimentos extra-oculares. Com um oftalmoscópio, inspeção o fundo de olho.

Ouvidos. Inspeção as orelhas, os canais e os tímpanos. Use o otoscópio. Verifique a acuidade auditiva. Se estiver diminuída, avalie a lateralização (teste de Weber) e compare a condução aérea e óssea (teste de Rinne).

Nariz e Seios Paranasais. Examine a mucosa externa e, com a ajuda de iluminação e espéculo, inspeção mucosa nasal, septo e cornetos. Palpe para verificar presença de hipersensibilidade dos seios frontais e maxilares. Use o foco de transiluminação.

Boca e Faringe. Inspeção lábios, mucosa oral, gengivas, dentes, língua, palato, amígdalas e faringe. Remova próteses se presentes. Avalie a oclusão dentária e a articulação temporomandibular.

Pescoço. Inspeção e palpe os linfonodos cervicais. Registre quaisquer massas ou pulsações incomuns no pescoço. Palpe desvios da traquéia. Observe o ruído e esforço da respiração do paciente. Inspeção e palpe a glândula tireóide.

Dorso. Inspeção e palpe a coluna e musculatura do dorso. Pesquise hipersensibilidade do ângulo costovertebral.

Região Posterior do Tórax e Pulmões. Inspeção, palpe e percute o tórax. Identifique o nível da maciez diafragmática de cada lado. Ausculta os ruídos respiratórios, identifique quaisquer ruídos adventícios e, caso indicado, ausculta os sons da voz transmitida.

Mamas, Axilas e Gânglios Epitrocleares. Na mulher, inspeção as mamas com os braços da paciente relaxados e levantados e, a seguir, com as mãos comprimindo os quadris. Nos dois sexos, inspeção as axilas e tente palpar gânglios axilares. Tente identificar gânglios epitrocleares.

A essa altura, você já terá feito algumas observações preliminares sobre o sistema musculoesquelético. Já terá inspecionado as mãos, analisado as costas e, pelo menos nas mulheres, feito uma estimativa razoável do raio de movimento dos ombros. Utilize esta observação e outras subseqüentes para decidir se existe justificativa para um exame musculoesquelético minucioso.

Sistema Musculoesquelético. Caso haja indicação, examine mãos, braços, ombros, pescoço e articulação temporomandibular com o paciente ainda sentado. Inspeção e palpe as articulações e verifique a amplitude do movimento.

Mamas. Palpe as mamas, ao mesmo tempo em que prossegue com sua inspeção.

Tórax Anterior e Pulmões. Inspeção, palpe e percute o tórax. Ausculta os ruídos respiratórios, quaisquer ruídos adventícios e, caso indicado, os ruídos da voz transmitida.

Sistema Cardiovascular. Inspeção e palpe as pulsações da carótida. Pesquise sopros carotídeos. Observe as pulsações venosas jugulares e meça a pressão venosa jugular em relação ao ângulo do esterno. Inspeção e palpe o precórdio. Observe localização, diâmetro, amplitude e duração do *ictus cordis*. Ausculta o ápice e a margem inferior do esterno com a campânula do estetoscópio. Pesquise cada região auscultatória com o diafragma e tente detectar o desdobramento fisiológico da segunda bulha cardíaca e quaisquer ruídos ou sopros cardíacos anormais. Pesquise o refluxo hepatojugular.

Abdome. Inspeção, ausculta, palpe e percute o abdome. Palpe superficial e, depois, profundamente. Avalie o fígado e o baço à percussão. Palpe o ponto cístico. Tente identificar os rins e palpe a aorta abdominal. Execute as manobras específicas.

Toque Retal em Homens. Inspeção as regiões sacrococcígea e perianal. Palpe o canal anal, o reto e a próstata. Se o paciente não conseguir ficar de pé, examine a genitália antes de fazer o toque retal.

Exame da Genitália e do Reto em Mulheres. Examine a genitália externa, a vagina e o colo uterino. Colha um Papanicolaou. Palpe o útero e os anexos. Realize o exame retovaginal e retal.

Membros Inferiores. Examine as pernas, avaliando os três sistemas (musculoesquelético, vascular e nervoso) enquanto o paciente ainda estiver em decúbito dorsal. Cada um desses sistemas será examinado mais detalhadamente quando o paciente ficar de pé.

Sistema Vascular Periférico. Observe edemas, manchas ou úlceras. Pesquise o sinal do cacifo. Palpe os pulsos radial, femoral, poplíteo, pedioso, tibial posterior. Faça manobras de enchimento e esvaziamento venoso e arterial. Pesquise tolerância à marcha. Palpe os linfonodos inguinais.

Sistema Musculoesquelético. Observe quaisquer deformidades ou aumentos articulares. Se houver indicação, palpe as articulações e pesquise seu raio de movimentação.

Sistema Neurológico. Observe a massa muscular, a posição dos membros e quaisquer movimentos anormais.

Exames Com o Paciente de Pé. Avalie os seguintes:

Sistema Vascular Periférico. Inspeção quanto à presença de veias varicosas.

Sistema Musculoesquelético. Examine o alinhamento da coluna e seu raio de movimentação, o alinhamento das pernas e os pés.

Genitália e Hérnia em Homens. Examine o pênis e os conteúdos da bolsa escrotal, e pesquise a presença de hérnias.

Sistema Nervoso. Observe a marcha e a capacidade do paciente de andar colocando sucessivamente a ponta do dedo de um pé atrás do calcanhar do outro pé, de andar na ponta do pé, de andar nos calcanhares, de pular e de fazer ligeiras flexões no joelho. Realize a prova de Romberg e verifique a capacidade de preensão. Exame Neurológico Ampliado, conforme indicado: Condições Mentais: Se houver indicação e o exame não tiver sido realizado durante anamnese, avalie o humor do paciente, processos ideativos, conteúdos ideativos, percepções anormais, discernimento e capacidade de julgamento, memória e atenção, informação e vocabulário, habilidade de cálculo, raciocínio abstrato e capacidade de construção. Pares Cranianos ainda não examinados: olfato, força da musculatura temporal e masseteriana, reflexos corneanos, movimentos faciais, reflexo de engasgo e força dos músculos trapézio e esternocleidomastóideo. Motor: Tono muscular, força muscular, movimentos alternantes rápidos e movimentos ponto a ponto. Sensibilidade: Dor, temperatura, tato leve, posição, vibração e discriminação. Compare os lados direito e esquerdo e as regiões distal e proximal das extremidades. Reflexos: Bicipital, tricipital, supinador, pronador, flexor dos dedos, abdominal, patelar, aquileu.

Ao concluir seu exame, informe o paciente sobre o que fazer e esperar em seguida. Ajude-o a descer da mesa de exame e o oriente a vestir as roupas dele no biombo e voltar a sua cadeira. Quando tiver terminado, lave as mãos e limpe seu material ou descarte-o adequadamente.

7.2 Método para um exame físico minucioso

1) Pergunte ao paciente: se está com alguma queixa no momento (dor, dispnéia, náusea, outros); se está com sede; se está de bexiga cheia; quando foi a última evacuação intestinal; qual o horário e o conteúdo da última refeição; se tomou café, chá e/ou bebida alcoólica

quanto e há quanto tempo; se tomou algum medicamento no dia da consulta; se dormiu bem à noite; se fez exercício físico logo antes da consulta; e, como está em relação à consulta (apreensivo, nervoso, ansioso, constrangido, com vergonha, com medo, tranquilo, esperançoso etc.). A partir disto veja o que pode ser feito para amenizar o procedimento tornando-o o mais confortável possível. Conduza o exame com respeito e acolhimento.

2) Peça permissão ao paciente para iniciar o exame físico, inclusive para ele trocar de roupa, permanecendo com as peças íntimas, e usar o calção ou a camisola, esta com a abertura para frente. Lembrar de pedir para retirar calçados e meias. Ocasionalmente o paciente se apresenta com roupas que permitem o exame seqüencial sem a necessidade de trocá-las. Usar o lençol para cobrir segmentos do corpo ou protege-lo do frio.

3) Verifique o aspecto geral, tipo físico, impressão pessoal.

4) Lave e enxugue suas mãos. Esfregue uma na outra para recuperar a temperatura delas.

5) Com o paciente descalço, de roupa trocada, meça e anote peso e altura. Depois calcule o IMC e o peso ideal. Leve em consideração a idade e o gênero, bem como massa gorda e massa magra.

6) Conduza-o à mesa de exame. Ajude-o a subir na escada, especialmente se idoso ou debilitado, amparando-o. Quando necessário, ajude-o a se acomodar assentado na mesa de exame.

7) Inicie o contato físico desarmado, examinando a mão, dedos, unhas e articulações. Prossiga neste contato examinando o pulso radial.

8) Instale o esfigmomanômetro corretamente, deixando-o assim por um tempo.

9) Conte e anote a frequência e o padrão respiratórios.

10) Meça a pressão arterial dentro dos padrões técnicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Anote os valores obtidos, identificando o membro e a posição. Mantenha instalado o esfigmomanômetro para medidas posteriores e noutras posições, assentado e de pé, bem como se lembrar de medir nos demais membros, tanto o outro superior quanto os inferiores, se indicado.

11) Verifique o trofismo muscular do temporal ou do quadríceps.

12) Examine as pupilas, as estruturas oculares externas, a acuidade visual, fazendo então o exame dos pares cranianos III, IV e VI através dos movimentos extraoculares. Examine os pares V e VII e depois VII e XI.

13) Peça ao paciente para mostrar a língua e avalie o XII par craniano. Examine a cavidade oral com o foco de luz. Remova próteses dentárias presentes. Examine os pares IX e X enquanto usa o abaixador de língua.

14) Use o otoscópio para exame dos ouvidos. Examine com outro acessório a cavidade nasal. Conecte o oftalmoscópio e o reserve.

15) Examine a cabeça e o pescoço. Pesquise linfonodos deste segmento. Examine a tireóide de frente.

16) Examine o fundo de olho.

- 17) Examine a parede anterior do tórax, mamas e axilas.
- 18) Avalie a motricidade, os reflexos tendinosos, a força distal e proximal dos membros, as articulações, os ombros. Apalpe os pulsos pediosos e teste a sensibilidade distal enquanto se pesquisa o reflexo aquileu.
- 19) Fique atrás do paciente e examine a tireóide, paredes dorsal e laterais do tórax, coluna vertebral e ombros.
- 20) Peça o paciente para se deitar com cabeceira a 30°. Meça e anote a pressão arterial.
- 21) Examine os pulsos das jugulares e da carótida. Ausculte sobre as carótidas, olhos e abóbada craniana.
- 22) Examine o coração e a parede anterior do tórax.
- 23) Reexamine as mamas das mulheres na posição deitada.
- 24) Ausculte o abdome para ruídos peristálticos e sopros arteriais. Lembrar sempre de fazer a ausculta primeiro. Faça depois a inspeção, percussão e palpação. Ausculte novamente. Lembrar sempre das manobras para pesquisa de: fígado, vesícula biliar, baço, rins, genitais internos.
- 25) Examine as regiões inguinais, femorais e poplíteas. Avalie os pulsos femorais e poplíteos.
- 26) (Faça o exame da pelve feminina).
- 27) (Faça o exame ano-retal, tanto dos homens quanto das mulheres).
- 28) Peça ao paciente para assentar-se. Conte de novo o pulso radial. Repita a medida da pressão arterial. Anote os valores.
- 29) Peça ao paciente para se levantar e ficar de pé no chão. Meça a pressão arterial nesta posição, quando indicado.
- 30) Examine os genitais externos do homem na posição de pé. Pesquise hérnias.
- 31) Faça o teste de Romberg e examine a marcha e a mobilidade do corpo.
- 32) Observe cuidadosamente a pele de cada uma das áreas acima mencionadas, à medida que fizer o exame.
- 33) Peça ao paciente para trocar a roupa e retornar ao seu assento.
- 33) Lave e enxugue suas mãos.

7.3 Equipamento para exame físico

Estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, foco de luz, transiluminador, oto-oftalmoscópio, midriático, martelo, diapasão, abaixador de língua, escala para acuidade visual, filamento para testar sensibilidade, substâncias para testar gustação e olfato, luvas de procedimento e lubrificante.

7.4 Sínteses e Diagnósticos: Ao final da consulta, já com os dados da anamnese e do exame físico anotados, você estará apto a expressar, em poucas linhas, uma síntese, completa, de toda

a sua observação, fruto da sua compreensão do caso e base do raciocínio clínico e das hipóteses diagnósticas formuladas; estas últimas serão anotadas com clareza e destaque. Resumir a observação clínica é um excelente exercício para o aprendiz; uma síntese correta significa plena compreensão do caso. Leia a seguir o raciocínio clínico, como ele se processa. Neste ponto você estará apto a atender ou responder à consulta que o paciente lhe fez.

7.5 Lista de Problemas e Planos de Ação: Um problema pode ser um sinal, um sintoma, um diagnóstico, uma síndrome, bem como problema de ordem psico-afetiva, sócio-econômica e tudo que provoque sofrimento ou incomode o paciente. Identifique os problemas ativos e inativos e faça uma lista em ordem cronológica de entrada dos mesmos. Estabeleça os planos de ação propedêutica, terapêutica e educativa. Registre a data do retorno. Anote recomendações para o retorno. Neste tópico deverão ser anotadas as decisões tomadas ao final da consulta, tais como: medicamentos prescritos (doses, duração etc.), prescrição de cuidados e orientação, interconsultas solicitadas, exames complementares pedidos, data marcada para a consulta de retorno. A clareza destas anotações será muito importante para a seqüência do tratamento, na verdade a “ponta do fio” que você irá retomar na consulta seguinte. É como deixar um recado para si mesmo - potente auxiliar da sua memória - ou para outro médico que venha a examinar o mesmo paciente.

Assinaturas do(a) estudante e do(a) professor(a).

8- A CONSULTA DE RETORNO

Percebe-se, na atitude de muitos médicos e estudantes, um comportamento que reduz e simplifica este segundo contato com o paciente, como se o objetivo único fosse verificar os eventuais exames que foram pedidos na primeira consulta, o resultado de medidas terapêuticas prévias ou prescrição de outras. Na verdade, ela é muito mais importante, precisando ser mais bem explorada e utilizada pelo médico e pelo estudante.

Do ponto de vista do paciente, é preciso lembrar que ele teve oportunidade de refletir sobre o contato que manteve com o médico, na primeira consulta, e talvez queira acrescentar informações que omitiu naquela ocasião, por esquecimento ou constrangimento; ele agora poderá já se sentir mais à vontade e, de novo, terá a liberdade de falar.

Do ponto de vista do médico (ou do estudante), esclarecer informações prévias ou buscar dados adicionais poderá ser decisivo na plena compreensão do caso; ademais é o momento de observar a evolução dos sintomas ou da doença, desde a consulta anterior, além de permitir a avaliação dos resultados das medidas terapêuticas prescritas (medicamentos e cuidados especiais) e verificar o grau de adesão do paciente ao programa de tratamento. Por mais que o médico seja claro, didático e zeloso ao fornecer informações aos pacientes, sobre a doença ou o tratamento, muitas de suas palavras serão confundidas ou esquecidas; no retorno, poderemos corrigir eventuais omissões ou equívocos e reforçar - isto é vital - aquilo que o

paciente está fazendo corretamente, para que ele mantenha o interesse, o envolvimento e a participação ativa no tratamento. ***Neste momento, o médico está exercendo, na sua plenitude, a chamada relação terapêutica, uma vez que adesão ao tratamento, com efetivo envolvimento do paciente, será essencialmente fruto de uma relação médico-paciente apropriada e bem estabelecida durante a consulta; somente assim o médico se tomará acreditado e respeitado pelo paciente e isto dependerá muito mais da sua atitude do que do seu saber técnico.***

Finalmente, do ponto de vista da formação do médico, os retornos representam uma excelente oportunidade didática, como já abordado sob o título: "Sugestão de um (novo) método de estudo",

O estudante deverá desenvolver um roteiro próprio também para atender às chamadas consultas de retorno, levando em conta as observações que acaba de ler; com isto terá apreendido uma metodologia de trabalho automática e completa, que se torna aplicável a todos os pacientes. Neste momento da sua formação, necessita desenvolver hábitos de trabalho, com os quais vai assumindo a sua autonomia na execução do ato médico, de forma segura e plena. Abaixo, estamos sugerindo uma referência inicial para o atendimento dos retornos, baseada nos mesmos princípios aplicados na elaboração do modelo de anamnese (primeira consulta); no futuro, tenha o seu próprio método de trabalho, fruto de experiência pessoal, estudo e criatividade.

- 1) Consulte o prontuário e faça anotações à parte de pontos relevantes e dos aspectos relacionados aos planos de ação estabelecidos na consulta anterior. Oriente-se pela lista de problemas.
- 2) Convide o paciente a entrar na sala, e não se esqueça de cumprimentá-lo pelo nome, pois vocês já se conhecem; controle sua eventual ansiedade para ver logo os exames que ele traz; receba-os e os deixe a seu lado por alguns minutos.
- 3) De alguma forma, estimule-o a falar livremente: "Como vai?" "Como tem passado?" "Alguma novidade?" "Tem alguma coisa a acrescentar à nossa conversa da outra consulta?" etc.
- 4) Em seguida, você poderá assumir um maior controle do diálogo, para colocar perguntas destinadas a complementar os dados que considere necessários e que não foram colhidos na(s) consulta(s) anteriores; é sempre tempo para melhor se informar.
- 5) O passo seguinte, poderá ser a busca de esclarecimentos sobre a evolução dos sintomas, da doença e do tratamento, incluídos os eventuais efeitos colaterais das drogas; será útil ter em mente que o paciente tende a destacar os eventuais pontos negativos da sua evolução, muitas vezes omitindo os aspectos positivos; é fundamental verificar se ele está seguindo corretamente o que foi planejado, quanto ao uso dos medicamentos e aos cuidados a ele recomendados, ocasião excelente para o estudante avaliar a sua própria eficácia na educação do seu paciente. O sucesso (também ele) ou a falha devem ser analisados e compreendidos.
- 6) Se necessário, o paciente será então reexaminado (exame físico), em parte ou completamente.

7) Neste momento o estudante estará apto a ver os exames complementares: lembre-se do significado deste adjetivo: complementar é aquilo que vem depois do elementar; elementar aqui é a clínica, os dados clínicos, razão de serem colocados nesta ordem, depois de esgotada toda abordagem clínica. Procure interpretar os exames, correlacionando-os com os dados clínicos, pois aí está o seu real valor; iniciá-lo neste detalhe é função do seu professor e exercitá-lo passará a fazer parte do seu dia-a-dia.

8) Neste ponto, o estudante estará apto a encerrar a consulta, explicando ao paciente as suas impressões e conclusões, de forma didática, em linguagem acessível, pois já sabemos como conversar com ele (afinal, é o segundo ou terceiro contato que temos com ele). Devemos perguntar se ele nos compreendeu, repetir se for necessário, procurar perceber o que aquilo significa para ele, enfim, verificar como ele reage ao que acabou de ouvir. É bom lembrar que é neste exato momento que estamos de fato atendendo, respondendo, à consulta que o paciente nos fez no início; o clímax da consulta coincide com o seu fechamento.

9) Sempre que for necessário pedir exames complementares, os motivos de sua indicação e seus eventuais riscos serão comunicados ao paciente, a quem cabe a decisão final de aceitar se submeter aos mesmos; algumas vezes será necessário perguntar se ele está de acordo com a nossa conduta; em todos os momentos, ouvir o paciente continua sendo a nossa mais prudente e sábia atitude, lembrando que a consulta é dele e para ele.

10) Finalmente, é o momento de planejar e prescrever as medidas terapêuticas: medicamentos e cuidados especiais e, eventualmente, solicitar outros exames complementares; mais uma vez cabe a nós explicar com clareza e paciência, procurando perceber se fomos compreendidos, repetir se preciso for, pois agora estaremos cumprindo a última função da consulta: a educação do paciente e a prescrição do plano terapêutico.

11) Antes de encerrar este tópico, é indispensável lembrar dois erros comuns que muitos médicos costumam repetir vida afora. O primeiro é que, no final da consulta, muitos dizem ao paciente que, somente após os resultados dos exames darão explicações sobre o diagnóstico; nesta atitude mostram desrespeito pelos direitos e faltam com a solidariedade por uma pessoa muitas vezes angustiada e apreensiva com o seu problema; alguma coisa que represente a verdade, sempre poderá e deverá ser dita no final de cada consulta, mesmo que o diagnóstico ainda não esteja definido. Eis aí mais um excelente material didático para discussão com o seu professor. O segundo erro, também grosseiro, se dá quando o médico pronuncia a seguinte frase: “A senhora não tem nada”, após ter ouvido as queixas (sintomas) da paciente. Ora, ela tem, no mínimo, os sintomas que acabou de mencionar, muitas vezes suficientes para deixá-la amedrontada com o que ainda não conhece. É uma frase solta, mágica, sem nexos, igualmente desrespeitosa, pois, se existem sintomas, eles devem ter uma origem e a nossa função é procurar compreendê-la, para atender à paciente. Talvez, nestas circunstâncias, seja mais correto dizer: “Não sei” ou algo semelhante. Caso pareça exagerado destacar estes dois tipos de erros, basta que o estudante se imagine, por um instante apenas, no lugar do paciente.

Oportuno lembrar que as pessoas se tornam pacientes por necessidade e nós nos tornamos médicos por opção.

12) Registre no prontuário no sistema **SOAP**: **S**ubjetivo. **O**bjetivo. **A**valiação. **P**lano.

Por exemplo: Problema # 3: Enxaqueca.

Subjetivo (**S**) – manifestou apenas dois episódios de cefaléia, ambos leves, sem sintomas associados. Não está mais preocupada com a cefaléia. Não conseguiu detectar fatores desencadeantes e agravantes.

Objetivo (**O**) – não foi reexaminada.

Avaliação (**A**) – melhora.

Plano (**P**) – retornar conforme a necessidade.

13) Atualize a lista de problemas.

9- RACIOCÍNIO CLÍNICO: DOS DADOS AO PLANO DE AÇÃO

Os dados clínicos, como as tintas na paleta de um artista, carecem de forma e significado. O clínico deve não só recolher os dados através da anamnese e do exame físico, como também analisá-los, identificar os problemas do paciente, avaliar suas respostas às doenças e, junto com ele, formular um plano para lidar com a situação. Este trecho descreve tal seqüência de atividades e concentra-se no raciocínio clínico subjacente.

9.1 Da Base de Dados ao Plano

Desde a introdução do sistema de registro médico orientado por problemas, determinados termos ganharam ampla aceitação. As informações fornecidas pelo paciente, por membros da família ou por outras pessoas consideradas importantes para ele são denominadas *dados subjetivos*. Os *dados objetivos* incluem dois tipos de informação: os sinais físicos e os exames complementares. Como tanto o exame físico quanto os exames complementares são atividades humanas, ambos envolvem elementos subjetivos e, conforme veremos mais tarde, todos os tipos de dados estão sujeitos a erro. Um conjunto abrangente de dados subjetivos e objetivos, como os colhidos ao avaliar um novo paciente, constitui uma *base de dados* para aquele paciente.

Ao registrar dados, devem-se descrever os achados da maneira mais precisa possível, independentemente de estarem relacionados ao que foi dito pelo paciente ou ao que foi observado pelo médico. Apesar de a inferência e a interpretação afetarem, inevitavelmente, a forma como se organiza o material, as assertivas na base de dados devem descrever, e não interpretar. Portanto, “estertores ao final da inspiração em ambas as bases pulmonares” é uma descrição adequada, enquanto “sinais de insuficiência cardíaca congestiva” não é.

No processo de avaliação, entretanto, ultrapassa-se a percepção e a descrição, para atingir a análise e a interpretação. Neste ponto, você selecionará e agrupará os dados relevantes, pensará sobre os seus possíveis significados e tentará explicá-los de maneira

lógica. Um paciente que se queixe de uma “garganta arranhando” e de “nariz entupido”, por exemplo, juntamente com as suas observações de edema de mucosa nasal e discreta hiperemia da faringe, fornece dados subjetivos e objetivos que servem como base para uma hipótese diagnóstica de nasofaringite viral.

A avaliação inclui, também, as respostas do paciente à doença e às suas idéias diagnósticas e terapêuticas. Quais são os sentimentos, as preocupações, as dúvidas e os objetivos do paciente? Uma vez que você tenha avaliado esses pontos, estará pronto para elaborar um *plano* com o paciente. No sistema de registro orientado por problemas, tal planejamento apresenta três partes: diagnóstica, terapêutica e educacional. Você pode decidir, por exemplo, solicitar uma cultura da orofaringe, prescrever um descongestionante para a congestão nasal do paciente, aconselhá-lo a não se cansar muito e fazer uma breve revisão das infecções respiratórias superiores, suas causas e formas de transmissão.

A definição de uma parte do plano como “educacional” tem uma conotação enganadora: a de que o processo de comunicação é unidirecional. Isto não deve ser assim. O paciente deve participar na elaboração do plano. A “educação” apropriada depende do que o paciente já sabe e quer saber. Dê a ele uma oportunidade para lhe informar isto. As outras partes do plano também são influenciadas pelos objetivos, recursos econômicos e responsabilidades conflitantes do paciente, bem como pelas opiniões da família ou de amigos, apenas para citar algumas variáveis. O estabelecimento de um plano bem sucedido exige habilidade na anamnese e sensibilidade interpessoal, e não apenas o conhecimento de técnicas diagnósticas e terapêuticas. Após a implementação do plano, o processo se recicla. O clínico colhe mais dados, avalia a evolução do paciente, modifica a lista de problemas, quando há indicação, e ajusta o planejamento de forma apropriada.

9.2 Avaliação: O Processo de Raciocínio Clínico

Como a avaliação ocorre na mente do clínico, os seus processos, muitas vezes, parecem inacessíveis e, até mesmo, misteriosos para o estudante iniciante. Além disso, os clínicos experientes raciocinam tão rapidamente, com tão pouco esforço consciente ou evidente, que eles mesmos, às vezes, têm dificuldade para explicar a sua própria lógica. Eles também raciocinam de maneiras diferentes, segundo estilos pessoais e individuais. Entretanto, há alguns princípios gerais subjacentes aos processos analíticos, e determinadas etapas explícitas podem ajudá-lo a pensar de forma construtiva e intencional sobre os dados. O processo de raciocínio começa quando nos defrontamos com o paciente, desde o início, e não ao final do encontro; mas considere, por agora, que já conta com uma base de dados, para analisar. Você deve responder às seguintes perguntas: “O que há de errado com o paciente? Quais são os problemas dele?” Para fazê-lo, tente considerar as seguintes etapas:

- Identifique os achados anormais na base de dados do paciente. Faça uma lista dos sintomas observados pelo paciente, dos sinais que você observou no exame físico e de quaisquer exames laboratoriais disponíveis.

- Localize anatomicamente esses achados. Tal etapa pode ser fácil. O sintoma de “garganta arranhando” e o sinal de hiperemia da faringe localizam claramente o problema na faringe. Contudo, outros dados impõem dificuldades maiores, como a dor torácica, que pode originar-se no coração, nas superfícies pleurais, no esôfago ou no sistema musculoesquelético. Quando a dor ocorre sistematicamente com o exercício e desaparece em repouso, provavelmente está envolvido o coração ou o sistema musculoesquelético. Quando o paciente só percebe a dor ao carregar compras com o braço esquerdo, aparentemente o responsável é o sistema musculoesquelético. Seja tão explícito na sua localização quanto os seus dados permitirem, porém não mais do que isso. Você pode decidir-se por uma região do corpo (p.ex., o tórax) ou um sistema (p.ex. o musculoesquelético), ou pode até definir a estrutura exata (p.ex., o músculo peitoral esquerdo). Alguns sinais e sintomas, como o cansaço e a febre, não têm valor de localização, mas podem ser úteis na etapa seguinte.

- Interprete os achados em termos de um processo provável. O problema do paciente pode provir de um processo patológico que envolva uma estrutura do organismo. Há inúmeros processos desse tipo, classificados de forma variável, e que incluem processos congênitos, inflamatórios, imunológicos, neoplásicos, metabólicos, nutricionais, degenerativos, vasculares, traumáticos e tóxicos. Outros problemas são fisiopatológicos, tais como um aumento da motilidade gastrointestinal ou a insuficiência cardíaca congestiva. Outros, ainda, são psicopatológicos, como os distúrbios do humor ou dos processos de pensamento. O rubor e a dor são dois dos quatro sinais clássicos de inflamação, e uma garganta dolorosa e hiperemiada, mesmo sem os outros dois sinais (calor e edema), sugere fortemente um processo inflamatório faríngeo.

- Formule *uma ou mais hipóteses sobre a natureza do problema do paciente*. Neste ponto, você precisará lançar mão de todo o seu conhecimento e experiência, e aqui a leitura é mais importante no aprendizado das alterações e doenças. Até que a sua experiência e o seu conhecimento aumentem, você não será capaz de formular hipóteses muito explícitas, mas prossiga até onde puder.

As etapas seguintes o ajudarão:

1. *Selecione os achados mais específicos e centrais*, para formular a sua hipótese em tomo deles. Se o paciente se queixar de perda de apetite, náusea, vômito, cansaço e febre, por exemplo, e você tiver detectado um fígado discretamente aumentado e doloroso, bem como uma icterícia discreta, formule sua teoria em tomo da icterícia e da hepatomegalia, e não da fadiga e da febre. Os outros sintomas também têm utilidade diagnóstica, porém são menos específicos.

2. *Compare os achados com todas as entidades nosológicas que você conhece, capazes de produzi-los*, utilizando as suas inferências sobre as estruturas e os processos envolvidos. Pode-se parear, por exemplo, a hiperemia de faringe do paciente com uma lista de doenças inflamatórias que afetam a faringe. Por outro lado, procure comparar os sinais e sintomas de um paciente icterício com as diversas patologias inflamatórias, tóxicas e neoplásicas, capazes de produzir este tipo de quadro clínico.

3. *Elimine as possibilidades diagnósticas que não explicam os achados.* Você pode contemplar a possibilidade de a conjuntivite ser a causa dos olhos vermelhos do paciente, por exemplo, e eliminar esta hipótese, por não explicar a dilatação da pupila ou a redução da acuidade visual. Estes achados seriam explicados, coletivamente, pelo glaucoma agudo.

4. *Pondere as diferentes possibilidades e selecione o diagnóstico mais provável* entre as patologias que possam ser responsáveis pelos achados. Obviamente, você está buscando aquilo que *mais se encaixe*, ou seja, algo entre o quadro clínico do paciente e um caso típico de uma determinada patologia. Outros indícios também ajudam nesta seleção. A *probabilidade estatística* de uma doença específica em um paciente desta idade, sexo, raça, hábitos, estilos de vida e residência deve ter destaque na sua opção. Você deve contemplar as possibilidades de osteoartrite e câncer metastático da próstata em um homem de 70 anos com lombalgia, mas não em uma mulher de 25 anos com a mesma queixa. A *cronologia da doença do paciente* também é decisiva. A tosse produtiva, o escarro purulento, a febre e dor torácica, com evolução aguda ao longo de 24 horas, sugerem um problema muito diferente daquele que seria sugerido por sintomas idênticos que se desenvolvessem num período de 3 a 4 meses. Ao fazer o diagnóstico presuntivo, dificilmente você terá certeza absoluta dele, mas tem que se contentar com a explicação mais provável. Assim é o mundo da ciência aplicada.

5. Finalmente, ao analisar as possíveis explicações para o problema do paciente, *procure dar atenção especial para as patologias passíveis de tratamento e potencialmente fatais*, como meningite meningocócica, endocardite bacteriana ou hematoma subdural. Assim, você tentará minimizar os riscos de passarem despercebidas as patologias que ocorrem com menor frequência ou têm menor probabilidade, mas que, quando presentes, seriam de grande importância.

Uma vez formulada a hipótese acerca do problema do paciente, ela precisa, de modo geral, ser testada. Você pode ter necessidade de aprofundar a anamnese, realizar manobras adicionais no exame físico ou requerer exames complementares mais especializados, para confirmar ou descartar o seu diagnóstico presuntivo. Quando o diagnóstico parecer bem definido (uma simples infecção das vias aéreas superiores, por exemplo, ou um caso de urticária), esta etapa pode ser desnecessária.

Em seguida, você deverá estar pronto para elaborar uma definição do problema, com a maior clareza e certeza que os dados permitirem. Você poderá ficar limitado a um sintoma, como “dor pleurítica de causa desconhecida”. Outras vezes, conseguirá definir um problema explicitamente, em termos de estrutura, processo e causa. Os exemplos incluem “pneumonia pneumocócica, lobo inferior direito” e “cardiopatía hipertensiva com aumento do ventrículo esquerdo, insuficiência cardíaca congestiva e taquicardia sinusal”.

9.3 Dificuldades e Variações

Limitações do Modelo Clínico. O diagnóstico clínico baseia-se, sobretudo, na identificação de estruturas anormais, processos alterados e causas específicas, porém, você verá, com frequência, pacientes cujas queixas não se encaixam facilmente nestas categorias. Alguns

sintomas desafiam a análise, e é possível que você nunca consiga passar de categorias descritivas, como “cansaço” ou “anorexia”. Outros problemas estão relacionados mais à vida do paciente do que a seu corpo. A perda de um emprego ou de um ente querido, por exemplo, ameaçam uma pessoa e podem aumentar o risco de uma doença posterior. A identificação desses eventos da vida do dia-a-dia, com a avaliação das respostas do paciente a elas, e a elaboração de um plano para ajudar a pessoa a enfrentá-los são medidas tão adequadas quanto o diagnóstico de faringite ou úlcera duodenal. A manutenção da saúde tornou-se um elemento legítimo da lista de problemas, e o plano pode incluir, por exemplo, a atualização de imunizações, conselhos sobre nutrição, a exploração dos sentimentos sobre um acontecimento importante na vida e recomendações quanto ao uso de cinto de segurança ou exercícios físicos.

Problemas Isolados X Múltiplos. Uma das maiores dificuldades com que o estudante se depara é decidir se reúne os sintomas do paciente em um problema isolado ou os considera como múltiplos. A *idade* pode ajudar, pois as pessoas jovens apresentam uma tendência maior a apresentar doenças únicas, e as mais velhas, doenças múltiplas. A *cronologia* dos sintomas costuma ser útil. O episódio de faringite há 6 semanas provavelmente não guarda relação com a febre, os calafrios, a dor torácica e a tosse atual. Para empregar a cronologia de modo eficaz, você tem que conhecer a história natural das várias doenças. A eliminação de uma secreção amarelada pelo pênis, acompanhada 3 semanas após por uma úlcera peniana indolor, sugere, por exemplo, dois problemas: gonorréia e sífilis primária. Por outro lado, a úlcera peniana, acompanhada 6 semanas após por erupção cutânea maculopapular e por linfadenopatia generalizada, sugere dois estágios do mesmo problema: sífilis primária e secundária.

O envolvimento de **diferentes sistemas do organismo** também pode ajudá-lo a agrupar os dados. Os sinais e sintomas, em um único sistema, podem amiúde ser explicados por uma única patologia, mas as manifestações em sistemas diferentes e aparentemente não relacionados, quase sempre, exigem mais de uma explicação. Novamente, faz-se necessário conhecer os padrões de doença. Você pode decidir, por exemplo, reunir em um único grupo a hipertensão arterial do paciente e o *ictus cordis* forte e sustentado com hemorragias retinianas em chama de vela, localizá-los no sistema cardiovascular e classificar a constelação como “doença cardiovascular com retinopatia hipertensiva”. É provável que você desenvolvesse uma outra explicação para a diarreia e dor no quadrante inferior esquerdo.

Algumas patologias afetam mais de um sistema orgânico. À medida que aumentam o seu conhecimento e experiência, você se tomará cada vez mais capaz de reconhecer estas **condições multissistêmicas** e formular explicações plausíveis para manifestações aparentemente não correlacionadas. Para explicar a tosse produtiva, a hemoptise e a perda ponderal, descritas por um homem de 60 anos que fuma há 40 anos, é provável que você pense em câncer. Você poderia até reforçar esta teoria, ao constatar um baqueteamento digital. Com o tempo, você também perceberá que os seus outros sinais e sintomas podem estar vinculados ao mesmo diagnóstico. A disfagia é causada pela propagação do câncer para o esôfago, a

anisocoria corresponderia à síndrome de Horner, causada pela compressão da cadeia simpática cervical, e a icterícia seria decorrente de metástases hepáticas.

Em outro caso de doença multissistêmica, a febre, perda ponderal, diarreia crônica, disfagia, língua recoberta por placas esbranquiçadas, linfadenopatia generalizada e os nódulos cutâneos purpúreos apresentados por um homem poderiam todos ser explicados pela AIDS. O clínico que ainda não tivesse explorado os fatores de risco para esta doença deveria, então, fazê-lo.

Conjunto Incompatível de Dados. Ao tentar compreender os problemas do paciente, o clínico, muitas vezes, depara-se com uma lista enorme de problemas e uma relação igualmente longa de possíveis explicações ou rótulos. Como já sugerido, você pode agrupar as observações e analisar um grupo de cada vez.

Além disso, você pode analisar um determinado grupo de observações, fazendo perguntas-chave, cujas respostas podem orientar o seu pensamento em uma direção e permitir que ignore temporariamente as outras. Você pode perguntar, por exemplo, o que produz e alivia a dor torácica do paciente. Se a resposta for, respectivamente, exercício físico e repouso, você poderá concentrar-se no sistema cardiovascular (possivelmente também, no sistema musculoesquelético) e afastar a possibilidade de comprometimento do trato gastrointestinal. Se a dor decorrer de comer rapidamente e melhorar com a regurgitação do alimento, é lógico que você deve concentrar-se no trato gastrointestinal superior. Uma série destas perguntas discriminadoras constitui uma árvore lógica, ou algoritmo, útil para coletar dados, analisá-los e chegar a conclusões que poderiam explicar os sintomas.

Qualidade dos Dados. Praticamente, todas as informações com as quais o clínico trabalha são sujeitas a erros. Os pacientes esquecem sintomas, não lembram a seqüência correta do seu aparecimento, escondem fatos importantes mas embaraçosos e adaptam as suas histórias àquilo que os entrevistadores parecem querer ouvir. Os clínicos compreendem mal os pacientes, desprezam algumas informações importantes, deixam de fazer uma pergunta-chave, tiram conclusões diagnósticas precipitadas ou se esquecem de examinar a genitália de um paciente com câncer de testículo assintomático. Você pode evitar alguns destes erros sendo metucioso, mantendo a mente aberta, enquanto colhe os dados, e analisando os erros que possa cometer. Entretanto, os dados clínicos, inclusive a avaliação laboratorial, são intrinsecamente imperfeitos. A qualidade da informação pode ser julgada por sua confiabilidade, validade, sensibilidade, especificidade e valor preditivo.

A **confiabilidade** diz respeito à capacidade de uma observação fornecer repetidamente o mesmo resultado. Isto pode ser medido para um, ou mais de um, observador. Se, em várias ocasiões, um clínico percute, sistematicamente, o mesmo comprimento da macicez hepática de um paciente, a confiabilidade intra-observador é boa. Se, por outro lado, vários observadores detectam comprimentos bastante diferentes da macicez hepática em um mesmo paciente, a confiabilidade inter-observador é precária.

A **validade** refere-se à proximidade da concordância entre uma observação e a melhor medida possível da realidade. A validade das pressões arteriais medidas por um esfigmomanômetro, por exemplo, pode ser comparada com a dos níveis obtidos pelos traçados intra-arteriais.

A **sensibilidade** de uma observação ou exame liga-se à proporção de indivíduos com a doença (ou outra patologia) que são positivos para aquela doença, segundo um determinado exame (denominado “positivo-verdadeiro”). Quando a observação ou o exame são negativos em uma pessoa que apresenta a doença, o resultado é chamado “falso-negativo”. Um exame ou observação altamente sensível revela a maioria das pessoas com uma determinada condição (os positivos verdadeiros) e tem poucos falso-negativos.

A **especificidade** de uma observação ou exame prende-se à proporção de pessoas sem a doença ou fora da situação que são negativas segundo um determinado exame (chamado “negativo-verdadeiro”). O exame com uma especificidade de 95% identifica corretamente 95 em cada 100 pessoas normais. Os 5 restantes são “falso-positivos”.

Os sopros cardíacos constituem bons exemplos de sensibilidade e especificidade. A grande maioria dos pacientes com estenose valvular aórtica significativa apresenta sopros sistólicos audíveis na área aórtica. Portanto, o sopro sistólico constitui um critério bastante sensível de estenose valvular aórtica. Quando a ausculta de um sopro sistólico aórtico é utilizada para identificar esta situação, a maioria dos casos é detectada, e poucos passam despercebidos. A taxa de falso-negativos é baixa. Entretanto, este tipo de sopro carece muito de especificidade. Muitas outras situações, como um aumento do fluxo sanguíneo através de uma valva normal, ou as alterações escleróticas associadas com o envelhecimento, também produzem este tipo de sopro. Se você pretender usar a ausculta de um sopro sistólico aórtico como único critério para diagnosticar a estenose aórtica, poderá rotular erradamente muitos pacientes e, portanto, produzir muitos falso-positivos. Por outro lado, o sopro diastólico agudo em decrescendo, mais intenso na borda esternal esquerda, é um sopro específico da regurgitação aórtica. As pessoas normais quase nunca apresentam este tipo de sopro, e as outras situações que poderiam causar um som semelhante são raras. A especificidade deste sopro é muito alta.

O **valor preditivo** também constitui um instrumento clínico útil. Em determinada população de indivíduos, poucos apresentarão uma doença ou patologia, e provavelmente a maioria da população não a terá. O clínico que tenha feito uma observação ou disponha de um resultado laboratorial - seja positivo ou negativo - desejará verificar a capacidade deste achado para prever a presença ou ausência de doença.

O **valor preditivo positivo** de uma observação ou exame constitui a característica mais relevante no contexto clínico. Diz respeito à proporção de observações positivas “verdadeiras” em uma determinada população. Em um grupo de mulheres, nas quais tenha sido constatada a presença de nódulos mamários suspeitos, em um programa de triagem para câncer, por exemplo, a proporção posteriormente confirmada como portadora de câncer mamário constituiria o valor preditivo positivo dos “nódulos suspeitos”.

*O **valor preditivo negativo** de uma observação ou exame refere-se à proporção de observações negativas “verdadeiras” numa população. Num programa de triagem para câncer mamário, a proporção de mulheres sem nódulos suspeitos que efetivamente não apresentam câncer mamário constitui o valor preditivo negativo da observação.

*Os **valores preditivos** dependem, em parte, da sensibilidade e da especificidade, mas, ao contrário destes últimos, também dependem muito da prevalência da doença em uma população. Mesmo que a sensibilidade e a especificidade não mudem, o valor preditivo positivo de uma observação aumenta com a prevalência, enquanto o valor preditivo negativo cai.

9.4 Interação entre Avaliação e Coleta de Dados

Os conceitos de sensibilidade e especificidade ajudam tanto na coleta como na análise dos dados obtidos. Estes conceitos enfatizam algumas das estratégias básicas na realização da anamnese. Uma pergunta caracterizada por alta sensibilidade, se respondida no afirmativo, pode ter uma especial utilidade para triar e coletar evidências que apóiem uma hipótese. Por exemplo, “Você tem sentido qualquer desconforto ou sensação desagradável no peito?” é uma pergunta altamente sensível para a angina de peito e, em pacientes com esta doença, geraria poucas respostas falso-negativas. Trata-se de uma boa pergunta para a triagem inicial, mas, uma vez que existem muitas outras causas de desconforto torácico, a pergunta é inespecífica. Com outras perguntas sobre localização, qualidade e duração do desconforto será possível reforçar a sua hipótese de angina de peito. A dor retroesternal com características de opressão e duração inferior a 10 minutos (cada um destes atributos é razoavelmente sensível para angina de peito, mas inespecífico isoladamente) contribuiria bastante para este diagnóstico. **Para confirmar determinada hipótese, uma pergunta específica, quando respondida de forma afirmativa, teria especial utilidade.** O desencadeamento da dor pelo exercício físico e o seu alívio imediato com o repouso seriam respostas que poderiam servir a este propósito.

Os dados para testar uma hipótese derivam tanto do exame físico quanto da anamnese e, muitas vezes, é possível triar, construir um caso e chegar ao diagnóstico, mesmo antes de solicitar outros exames para esta finalidade. Considere a seguinte lista de evidências: tosse, febre, calafrios, dor no hemitórax esquerdo que piora com a respiração, e macicez em toda a face póstero-inferior do campo pulmonar com presença de estertores, respiração brônquica e aumento do frêmito toracovocal. A tosse e a febre são bons quesitos para a triagem de pneumonia, os itens seguintes apóiam a hipótese, e a respiração brônquica com aumento do frêmito toracovocal, nesta distribuição, é bastante específica de pneumonia lobar. A radiografia de tórax confirmaria o diagnóstico.

A resposta negativa a uma determinada pergunta, ou a ausência de sinais físicos também são úteis do ponto de vista diagnóstico, em especial quando os sinais e sintomas costumam ser positivos em uma determinada situação, ou seja, quando apresentam uma sensibilidade elevada. Por exemplo, se um paciente com tosse e dor pleurítica à esquerda não apresentar febre, a hipótese de pneumonia bacteriana passa a ser muito menos provável (exceto, possivelmente, no lactente e no idoso). Da mesma forma, em um paciente com dispnéia

grave, a ausência de ortopnéia transforma a insuficiência ventricular esquerda em uma explicação menos provável para a falta de ar.

Os clínicos habilidosos utilizam este tipo de lógica, ao fazerem as suas avaliações, estejam ou não conscientes de suas bases estatísticas. Eles começam, em geral, a tecer hipóteses diagnósticas a partir dos dados de identificação e da queixa principal do paciente, e, em seguida, constroem evidências favoráveis a uma ou mais destas hipóteses, descartando as demais, enquanto fazem perguntas e pesquisam a presença de sinais físicos. Ao elaborar a história da doença atual, tomam emprestados itens de outras partes da anamnese, como a história familiar, a história patológica pregressa e a revisão dos sistemas. Quando um paciente de meia-idade se queixa de dor torácica, o clínico habilidoso não se contenta em definir os atributos da dor. Ele fará outras perguntas, caso a dor sugira doença coronariana, que sondarão a presença de fatores de risco, como tabagismo, hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e uma história familiar da doença. Tanto na anamnese quanto no exame físico, o clínico também deve concentrar-se explicitamente nas outras possíveis manifestações de doença coronariana, como insuficiência cardíaca congestiva e evidências de aterosclerose em outros locais do corpo, como claudicação intermitente e diminuição ou ausência dos pulsos nas pernas. Mediante a geração precoce de hipóteses e do exame seqüencial, os clínicos experientes melhoram a sua eficiência e aumentam a relevância e o valor dos dados por eles coletados. Cavam e coletam menos minério, porém acham mais ouro.

Tendo em vista que a prevalência afeta fortemente o valor preditivo de uma observação, ela também influencia o processo de avaliação. Como a doença coronariana é muito mais comum nos homens de meia-idade em relação às mulheres jovens, deve-se insistir na angina como causa de dor torácica nos primeiros. O efeito da prevalência sobre o valor preditivo explica por que a sua chance de fazer uma avaliação correta é maior quando você pensa em uma doença comum, do que ao tecer a hipótese de uma moléstia rara. A combinação de febre, cefaléia, mialgia e tosse provavelmente tem a mesma sensibilidade e especificidade para a influenza durante todo o ano, mas a probabilidade de fazer tal diagnóstico corretamente, pelo uso deste conjunto de sintomas, é muito maior em vigência de uma epidemia de gripe no inverno. A prevalência sofre importantes variações de acordo com o contexto clínico e a estação do ano. A bronquite crônica representa a causa mais comum de hemoptise em pacientes ambulatoriais de clínica médica. Já na enfermaria oncológica de um centro médico terciário, o câncer de pulmão pode encabeçar a lista, e, em um grupo de pacientes no pós-operatório de um serviço de cirurgia geral, a causa mais provável seria a irritação por sonda endotraqueal ou tromboembolismo pulmonar. Por outro lado, em algumas partes da Ásia, deve-se pensar primeiro num verme denominado trematódeo pulmonar. Ao ouvir um tropel ao longe, pense em cavalos, e não em zebras, a menos que você esteja no zoológico ou numa savana africana.

A estruturação da coleta de dados, de modo a testar hipóteses, é muito importante, mas também há riscos nesta conduta. Em primeiro lugar, as avaliações iniciais costumam ser erradas. Isto faz com que você negligencie dados importantes e pode impedi-lo de formular

outras hipóteses, possivelmente mais consistentes. Em segundo lugar, a formulação prematura de hipóteses pode fazer com que você faça perguntas diretas antes do momento ideal e, portanto, omita partes importantes da história do paciente. Em terceiro lugar, concentrar-se em um único problema pode conduzir a uma avaliação incompleta. Obviamente, nem todo paciente necessita de uma avaliação completa, mas alguns têm hipertensão, outros têm depressão grave e alguns apresentam câncer do colo uterino. Estes problemas só são detectados, quando se fazem observações adequadas e, para tanto, é preciso ser razoavelmente meticoloso.

10- O PRONTUÁRIO CLÍNICO. ELABORAÇÃO DE UMA LISTA DE PROBLEMAS E DE UM PLANO DE AÇÃO.

O **prontuário clínico** documenta a anamnese e o exame físico do paciente. Assim, o prontuário demonstra a forma como os clínicos avaliam o paciente, os seus planos em relação a ele, as ações tomadas e como o paciente responde aos seus esforços. O prontuário, sendo preciso, claro e bem organizado, reflete e facilita um raciocínio clínico bem embasado, promovendo uma boa comunicação entre os vários profissionais que participam da assistência ao paciente, e ajudando a coordenar as suas atividades. Além disso, serve para documentar os problemas e a assistência médica dada ao paciente, para fins médico-legais.

Ao confeccionar o prontuário, deve-se fazer mais do que uma simples lista do que foi dito pelo paciente e do que observamos ao exame. **Os dados precisam ser revistos, organizados, avaliados em termos de importância e relevância, e, a partir daí, deve ser elaborado um relatório claro, sucinto e, simultaneamente, abrangente.** Se você estiver começando, a organização da história da moléstia atual (HMA) provavelmente corresponderá a um dos problemas mais difíceis, uma vez que é necessário um conhecimento considerável para agrupar sintomas e sinais físicos correlacionados. O fato de fraqueza muscular, intolerância ao calor, sudorese excessiva, diarreia e perda ponderal corresponderem, em conjunto, à doença atual, por exemplo, pode não ser evidente nem para o paciente nem para o estudante de medicina ainda não familiarizado com o hipertireoidismo. A própria anamnese do paciente e os sete atributos principais dos sintomas enumerados antes representam parâmetros úteis até que aumente o seu conhecimento e discernimento.

Determinados princípios o ajudarão a organizar o prontuário independente de sua experiência. A ordem é fundamental. A organização deve ser evidente e sistemática, de modo que futuros leitores, inclusive você mesmo, possam descobrir, com facilidade, os dados específicos. Os dados da anamnese, por exemplo, devem constar na própria anamnese, e nunca no exame físico. Faça cabeçalhos nítidos, use parágrafos e espaços para acentuar a sua organização, e coloque asteriscos ou sublinhe pontos importantes. Narre a doença atual em ordem cronológica, começando com o episódio atual e, depois, relatando dados anteriores importantes. Caso um paciente diabético de longa data seja internado em coma, por exemplo,

inicie com os acontecimentos que culminaram no coma e, em seguida, resuma a história pregressa do diabetes.

A quantidade de detalhes a serem anotados constitui, com frequência, um problema exasperante. Como estudante, você pode querer ou ser solicitado a se mostrar bastante metucioso, pois esta é uma forma de melhorar a sua capacidade descritiva, o vocabulário e a rapidez, comprovadamente um processo monótono e doloroso. Todavia, a pressão do tempo terminará por exigir algumas soluções conciliatórias. Os seguintes parâmetros podem ter utilidade para ajudá-lo a escolher o que anotar e o que omitir:

Registre todos os dados, positivos ou negativos, que contribuíram diretamente para a *sua avaliação*. Nenhum diagnóstico deve ser firmado, nenhum problema identificado, a menos que você tenha descrito claramente os dados nos quais a sua análise se fundamentou.

Descreva sucintamente quaisquer informações negativas pertinentes (ou seja, a ausência de um sinal ou sintoma), quando outras partes da anamnese ou do exame físico sugerirem que uma anormalidade específica possa existir ou desenvolver-se nesta região. Se o indivíduo apresentar equimoses grandes e inexplicáveis, por exemplo, você deve fazer um registro específico de uma história negativa para outros tipos de sangramento, lesões e violência física, medicações e déficits nutricionais que possam conduzir a equimoses e distúrbios hemorrágicos familiares. Se o paciente estiver deprimido, mas sem ideação suicida, relate os dois fatos. Por outro lado, se ele não apresentar problemas emocionais, qualquer comentário sobre suicídio será, logicamente, desnecessário.

Dados não anotados são dados perdidos. Não importa quão vivamente você consiga recordar os detalhes hoje, é provável que daqui a alguns meses você não o faça. A frase “exame neurológico negativo”, mesmo na sua própria caligrafia, pode fazer com que você, alguns meses depois, se questione: “Eu realmente examinei a parte sensorial?”

Por outro lado, os dados podem ficar soterrados em um amontoado de detalhes e só serem descobertos por leitores muito persistentes. Omita a maioria dos achados negativos, a menos que diretamente relacionados com as queixas do paciente ou com exclusões específicas de sua avaliação diagnóstica. Não tente enumerar todas as alterações que você não observou. Em vez disso, concentre-se em algumas principais (como “ausência de sopros cardíacos”) e tente descrever as estruturas de uma forma concisa e positiva. “Colo uterino róseo e liso” indica que você não visualizou hiperemia, nódulos, massas, cistos ou outras alterações suspeitas, e a descrição é mais curta e fácil de ler. Você pode até omitir determinadas estruturas corporais, apesar de tê-las examinado. Assim, você pode não mencionar sobrancelhas e cílios, apesar de tê-los inspecionado.

Poupe tempo e espaço valiosos por meio da omissão de palavras supérfluas. Evite redundâncias, como estas mostradas entre parênteses: róseo (na coloração), ressonante (à percussão), doloroso (à palpação), ambos os ouvidos (direito e esquerdo), sopro (audível) e simétrico (bilateralmente) no tórax. Frases introdutórias repetitivas, tais como “o paciente não informa...”, são redundantes e podem ser omitidas. Os leitores presumirão que a anamnese foi

fornecida pelo paciente, a menos que existam ressalvas em contrário. Empregue palavras curtas em vez de termos mais longos e, provavelmente, “bonitos”, quando significarem a mesma coisa: “visto” por “visualizado” e “ouvido” por “auscultado”. Tente descrever o que observou e não o que fez. “Discos ópticos observados” pode assinalar um momento excitante na sua carreira, quando você os visualizou pela primeira vez, e, em seus primeiros exames oftalmológicos, pode ser tudo o que você tem a declarar. “Margens do disco definidas”, entretanto, fornece informações importantes, com poucas letras adicionais.

Seja objetivo. Hostilidade, comentários moralizantes e desaprovação não têm lugar no prontuário do paciente, não importa se descritos com palavras ou reticências. Observações do tipo “*Paciente atrasado e bêbado de novo!*” informam mais sobre o caráter do examinador do que sobre o paciente, e, além disso, podem causar constrangimento num tribunal.

Os prontuários devem ser sempre inteligíveis, considerando que são documentos científicos e legais. Empregue abreviaturas e símbolos apenas quando forem de uso comum e compreensíveis. Alguns médicos podem preferir um estilo elegante e rebuscado, e devem ser encorajados a fazê-lo. O tempo costuma ser escasso, e o estilo é sempre sacrificado em favor da concisão. É comum o uso de palavras e frases curtas no lugar de frases inteiras. A legibilidade é, logicamente, sempre uma virtude. A sua ausência põe a perder todo um trabalho de comunicação com possíveis leitores.

Registre todas as medidas em centímetros, e não em termos de frutas, vegetais ou castanhas. As lesões do tamanho de “ervilhas” ou “nozes” dão idéias vagas e tornam impossíveis avaliações exatas e futuras comparações. Qual o tamanho das ervilhas? A noz tinha casca?

Você deve redigir o prontuário o mais cedo possível, antes que os dados desapareçam da sua memória. Nas suas tentativas iniciais de anamnese, é provável que prefira apenas fazer anotações, enquanto fala com o paciente. À medida que você ganha experiência, entretanto, tente anotar já em sua forma final a história patológica pregressa, a história familiar e a revisão dos sistemas durante a confecção da anamnese.

Deixe espaços para serem preenchidos mais tarde, com a história da moléstia atual, a história psicossocial e quaisquer outras áreas complexas. Durante o exame físico é melhor anotar logo medidas específicas, como os níveis de pressão arterial nas três posições. Contudo, o registro de uma grande quantidade de itens e descrições interrompe o fluxo do exame e, em pouco tempo, você aprenderá a lembrar-se dos achados após ter concluído o exame.

O registro da anamnese e do exame físico é simplificado, obviamente, quando há formulários padronizados. Caso o seu hospital ou local de trabalho utilize este tipo de formulário, espera-se que você o preencha. Ainda assim, é necessário que você consiga também criar o seu próprio registro.

Observe as diferenças nas assertivas que introduzem a anamnese e o exame físico. Os dados básicos de identificação iniciam a anamnese, e um parágrafo descritivo que resume a somatoscopia introduz o exame físico.

Os registros não são exatamente iguais em seus detalhes, a menos que você utilize e acompanhe cuidadosamente algum formulário. O grau de detalhe varia segundo os sinais e sintomas do paciente, e o raciocínio diagnóstico do clínico em relação a eles. Neste prontuário, algumas vezes são enumeradas ausências pertinentes de sinais e sintomas, quando se descreve alguma anormalidade. Em presença de edema e veias varicosas, por exemplo, o clínico também registra “ausência de pigmentação ou úlcera de estase”. Estes comentários seriam desnecessários na ausência de edema ou veias varicosas.

Faça a “Sínteses e Diagnósticos”, como exposto anteriormente.

Faça a lista de problemas e trace os planos de ação propedêutica e terapêutica.

11- REFERÊNCIAS

Este texto resultou de uma compilação de textos dos professores Eduardo Costa Ferreira, Sebastião Soares Leal, Leonardo Maurício Diniz e Maria Mônica Freitas Ribeiro e foi elaborado por Sebastião Soares Leal e Maria Mônica Freitas Ribeiro