



MANUAL DE **SEMILOGIA** **MÉDICA**





MANUAL DE **SEMILOGIA** **MÉDICA**



PRÁTICO



OBJETIVO



ATUALIZADO

ORGANIZADORES

Geison Vasconcelos Lira
Thayná Araújo Freire
Thays Araújo Freire

SANAR 





Autores

Aline Linhares Carlos
Ana Raquel Ferreira de Azevedo
Geison Vasconcelos Lira
Igor Abadessa da Igreja
José Augusto Costa Oliveira
Manuel Fortes Monteiro
Mário Henrique de Sá
Priscila Garcia Câmara Cabral Tavares
Raul Alexandre Vasconcelos
Thayná Araújo Freire
Thays Araújo Freire
Yara Maria Vieira dos Santos

Coautores

Alexandre Augusto Bastos Moura
Anne Caroliny Soares Siqueira
Caroline Evy Vasconcelos Pereira
Christiane Aguiar Nobre
Espartaco Moraes Lima Ribeiro
Frederico Eduardo Ribeiro Bezerra Monteiro
José Nilton de Azevedo Rodrigues
Keven Ferreira da Ponte
Leandro Cordeiro Portela
Mikkael Duarte dos Santos
Paulo Roberto Lacerda Leal
Pedro Gomes Cavalcante Neto
Rafael Lopes Gurgel
Ricardo Hideo Togashi
Vicente Lopes Monte Neto





Prefácio

O ensino da Semiologia está mudando? Esta é uma pergunta que está inserida no contexto de mudança e inovação na Educação Médica nos últimos 50 anos. Desde o aparecimento da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-based Learning* – PBL), na década de 1960, está em desenvolvimento, no âmbito da Educação aplicada à Medicina, uma agenda de pesquisa em teorias pedagógicas, perfil profissional, organização e matriciamento curricular, e metodologias de ensino e de avaliação (da aprendizagem e de programas), que tem mudado a face das escolas médicas em todo o mundo e também no Brasil. Em consequência, o ensino da Semiologia Médica, tradicionalmente executado à beira do leito, tem sofrido tensionamentos.

Em primeiro lugar, a formação por competências, a partir da noção de competência como constructo que agrega conhecimentos, habilidades e atitudes, tem trazido para a Semiologia a necessidade de desenvolver habilidades psicomotoras relacionadas à semiotécnica, englobando dois momentos sequenciais: “o mostrar como” e o “fazer”, tal como proposto por George E. Miller em sua conhecida pirâmide¹. O momento do “mostrar como” implica no desenvolvimento de habilidades psicomotoras em cenários de simulação clínica, bem organizados em laboratórios de habilidades clínicas, com recurso a pacientes padronizados e a modernos simuladores mecanoelétrônicos. Treinar habilidades semiotécnicas em cenários de simulação clínica permite que os estudantes de medicina possam repetir exaustivamente, sob supervisão, a miríade de manobras que compõem a rotina do exame físico. Esta passa, portanto, a ser uma etapa desejável da formação médica, devendo ser incorporada ao Ensino da Semiologia, precedendo a abordagem ao paciente na beira do leito, o momento do “fazer”, somando-se a ela o uso de metodologias de avaliação da aprendizagem

1. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990; 65: 563–67.



para certificação de competências semiotécnicas em cenários de simulação clínica, como o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE).

Em segundo lugar, a compilação da anamnese, primeiro passo do método clínico, tem passado a compor uma nova modalidade de abordagem médica, conhecida como Medicina Centrada na Pessoa. Assim, ademais de ser um essencial recurso propedêutico, a anamnese torna-se estruturante de uma abordagem plenamente integral, compreensiva e transcendente de organização do complexo trabalho cognitivo e interrelacional do médico. Estruturando-se a partir da entrevista clínica, a obtenção da anamnese demanda o treinamento em habilidades de comunicação, que também se podem organizar nos momentos do “mostra como” e do “fazer”. O primeiro momento em laboratórios de habilidades clínicas com pacientes padronizados, seguido do segundo momento, com abordagem em pacientes em cenários reais de prática, após avaliação certificativa por meio do OSCE.

Em terceiro e último lugar, o raciocínio clínico, que tem seu treinamento iniciado de modo mais amíúde nas unidades curriculares onde aquela disciplina é trabalhada, precisa ter abordagem formativa mais sistemática e estruturada. Ainda não há consenso sobre a natureza do processo cognitivo que estrutura a tarefa de diagnosticar e tomar decisões clínicas executada pelo médico. Por conseguinte, o modo eficaz de desenvolver competências em raciocínio diagnóstico e tomada de decisão clínica ainda é um problema para educadores, o qual tem sido objeto de pesquisa e discussão pedagógica entre especialistas. O uso da Psicologia Cognitiva, da Epidemiologia Clínica, da Medicina Baseada em Evidências e de recursos cibernéticos cada vez mais sofisticados, como a Inteligência Artificial, tem contribuído sobremaneira para o estabelecimento de estratégias didáticas que visem ajudar os estudantes a pensarem como médicos, no que diz respeito ao raciocínio diagnóstico e à tomada de decisão clínica².

Vê-se, portanto, que o processo ensino-aprendizagem em Semiologia está em transição. E a bibliografia nessa disciplina deve acompanhar este momento. Neste livro, os autores e colaboradores, a partir de suas experiências como docentes e estudantes do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, vinculados ao ensino e à aprendizagem da Semiologia Médica, procuraram sistematizar sua contribuição original

2. Cate O, Custers EJFM, Durning SJ (Eds). *Principles and practice of case-based clinical reasoning education: a method of preclinical students*. Cham: Springer Open, 2018.

em forma de livro-texto, que se destina a servir a escolas médicas, professores e estudantes que identificam novos horizontes na Educação Médica.

Este livro incorpora abordagens da Semiologia Baseada em Evidências, do Raciocínio Clínico e da Simulação Clínica, conservando os aspectos descritivos das principais manobras semiotécnicas, desde a anamnese até o exame neurológico, percorrendo toda a sequência operacional do exame físico por sistemas e segmentos corporais. A descrição semiológica e a explicação das manifestações clínicas, em termos de sinais e sintomas, partiram das bases anatômicas e fisiológicas dos diversos sistemas abordados. Foi dado ênfase à abordagem de sintomas e sinais por meio de mapas mentais, para facilitar o estudo e o processamento cognitivo sistemático, visando ao treinamento do raciocínio clínico, principalmente pelos estudantes que estão começando a coletar anamneses e a executar o exame clínico abrangente, quando pode parecer difícil ordenar os múltiplos dados num padrão geral que permita o diagnóstico diferencial. As manobras semiotécnicas foram trabalhadas a partir de orientações gerais para a execução das diversas etapas do exame físico, incluindo a sua preparação, e desenvolvidas em um roteiro descritivo da sequência de ações previstas. Para cada manobra, parâmetros de normalidade do exame foram indicados, para serem confrontados com os sinais semiológicos que indicam anormalidade. As evidências científicas para os principais achados para os quais estão disponíveis foram apresentadas, em termos de sensibilidade, especificidade e razão de verossimilhança. Também foram utilizados casos clínicos como ferramenta didática para ilustrar a aplicação dos dados da anamnese e do exame físico no raciocínio diagnóstico. Os casos clínicos estimulam o raciocínio diagnóstico por meio de pontos de discussão, ao final de cada caso, seguindo-se uma discussão esquemática e breve sobre o caso, com ênfase no sintoma-guia, no diagnóstico sindrômico, no diagnóstico anatômico/topográfico, no diagnóstico diferencial e na principal hipótese diagnóstica. Ao final de cada capítulo, pontos importantes foram destacados a título de resumo.

O treinamento de habilidades semiotécnicas em cenários de simulação clínica foi priorizado em um capítulo específico, de modo que se possa viabilizar, de modo simples e organizado, esse treinamento tanto em escolas médicas com laboratório de habilidades clínicas, quanto naquelas que não o possuem.



PREFÁCIO

Os autores e colaboradores deste livro acreditam que a Medicina de excelência se pratica em sólidas bases semiológicas. Dedicamos, pois, este trabalho a todos aqueles colegas que entendem que a Semiologia Médica não está em desuso e que não é uma relíquia de uma Medicina romântica, mas a própria essência do trabalho médico, com suas profundas dimensões interrelacional e cognitiva. Esperamos que, todos juntos, engrandeçamos a nossa profissão, contribuindo para a formação de bons médicos, honrando tantos mestres do passado e do presente, e dando uma inovadora visão pedagógica para a Semiologia Médica.

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

Disciplina de Semiologia Médica da Universidade
Federal do Ceará – Campus de Sobral





Sumário

1. MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	21
1. Introdução	22
2. O que são evidências e como obtê-las	23
Referências	34
2. RACIOCÍNIO CLÍNICO	35
1. Introdução ao raciocínio clínico	36
2. Método hipotético-dedutivo (raciocínio sistemático-probabilístico)	42
Referências	52
3. ANAMNESE E ENTREVISTA CLÍNICA	53
1. Introdução	54
2. Roteiro de anamnese	56
3. Estratégias para uma boa entrevista clínica	65
4. Medicina centrada na pessoa	67
Referências	70
4. A ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA E O EXAME PSÍQUICO .	71
1. Introdução	72
2. Entrevista psiquiátrica	73
3. Funções mentais	74



4. Semiologia psiquiátrica	82
5. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	82
Caso clínico	94
Referências	99
5. SINAIS VITAIS	101
1. Mapa mental dos principais sinais e sintomas.	102
2. Introdução	103
3. Semiotécnica	103
4. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	118
Caso clínico	120
Referências	124
6. ECTOSCOPIA	125
1. Mapa mental dos principais sinais e sintomas.	126
2. Introdução	127
3. Semiotécnica	127
4. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	136
Caso clínico	139
Referências	143
7. EXAME DA CABEÇA E DO PESCOÇO	145
1. Mapa mental dos principais sinais e sintomas.	146
2. Introdução	147
3. Exame físico da cabeça	147
4. Exame físico do pescoço	149
5. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	160
Caso clínico	162
Referências	167

8. EXAME PULMONAR: SINAIS E SINTOMAS	169
1. Mapa mental dos sinais e sintomas	170
2. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	177
Caso clínico	186
Referências	191
9. EXAME PULMONAR: INSPEÇÃO E PALPAÇÃO	193
1. O exame pulmonar	194
2. Inspeção	194
3. Palpação	203
4. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	209
Caso clínico	212
Referências	218
10. EXAME PULMONAR: PERCUSSÃO E AUSCULTA	219
1. Percussão	220
2. Ausculta	223
3. Principais síndromes pulmonares	229
5. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	231
Caso clínico	234
Referências	240
11. EXAME CARDIOVASCULAR – INSPEÇÃO E PALPAÇÃO . .	241
1. Mapa mental dos sinais e sintomas	242
2. Métodos de exame da região precordial	243
3. Achados do exame físico	243
4. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	248
Caso clínico	250
Referências	256

12. EXAME CARDIOVASCULAR – AUSCULTA 257

1. Mapa mental dos sinais e sintomas	258
2. Propedêutica da ausculta cardíaca	259
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	274
Caso clínico.....	277
Referências.....	285

13. EXAME DO ABDOME: INSPEÇÃO E AUSCULTA 287

1. Mapa mental dos sinais e sintomas	288
2. Mapa mental – inspeção e ausculta do abdome	289
3. Inspeção	290
4. Ausculta	296
5. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	298
Caso clínico.....	302
Referências.....	308

14. EXAME DO ABDOME: PERCUSSÃO E PALPAÇÃO 309

1. Mapa mental dos sinais e sintomas	310
2. Palpação	311
3. Percussão	322
4. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	328
Caso clínico.....	330
Referências.....	336

15. EXAME NEUROLÓGICO: FUNÇÃO CORTICAL DIFUSA . 337

1. Mapa mental dos sinais e sintomas	340
2. Avaliação da função cortical difusa	341
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	354

Caso clínico	356
Referências	363
16. EXAME NEUROLÓGICO: FUNÇÃO DOS HEMISFÉRIOS CEREBRAIS	365
1. Mapa mental dos sinais e sintomas	366
2. Exame dos hemisférios cerebrais	367
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	380
Caso clínico	383
Referências	388
17. EXAME NEUROLÓGICO: NERVOS CRANIANOS	389
1. Mapa mental dos sinais e sintomas	390
2. Exame dos nervos cranianos	391
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	432
Caso clínico	434
Referências	439
18. EXAME NEUROLÓGICO: COORDENAÇÃO MOTORA	441
1. Mapa mental dos sinais e sintomas	442
2. Exame da coordenação motora	443
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	449
Caso clínico	452
Referências	457
19. EXAME NEUROLÓGICO: FUNÇÃO MOTORA	459
1. Mapa mental dos sinais e sintomas	460
2. Função motora	461

3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	474
Caso clínico.	476
Referências.	482
20. EXAME NEUROLÓGICO: FUNÇÃO SENSITIVA.	483
1. Mapa mental dos sinais e sintomas.	484
2. O sistema sensitivo.	485
3. Exame da função sensitiva.	489
4. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	491
Caso clínico.	493
Referências.	499
21. EXAME NEUROLÓGICO: REFLEXOS.	501
1. Mapa mental dos sinais e sintomas.	502
2. Avaliação dos reflexos.	503
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	512
Caso clínico.	515
Referências.	519
22. EXAME NEUROLÓGICO: EQUILÍBRIO E MARCHA.	521
1. Mapa mental dos sinais e sintomas.	522
2. Introdução ao estudo da marcha e equilíbrio.	523
3. Avaliação da marcha ou equilíbrio dinâmico.	523
4. Avaliação do equilíbrio estático.	525
5. Avaliação da marcha.	526
6. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	527
Caso clínico.	530
Referências.	534



23. EXAME NEUROLÓGICO: SINAIS MENÍNGEOS..... 535

1. Mapa mental dos sinais e sintomas.....	536
2. Noções de anatomia.....	537
3. Principais etiologias da síndrome meníngea.....	539
4. Exame dos sinais meníngeos.....	540
5. O exame do LCR.....	544
6. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	544
Caso clínico.....	547
Referências.....	552

24. EXAME OSTEOMUSCULAR: COLUNA VERTEBRAL.... 553

1. Mapa mental dos sinais e sintomas.....	554
2. Exame físico.....	555
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	575
Caso clínico.....	578
Referências.....	583

25. EXAME OSTEOMUSCULAR: OMBRO..... 585

1. Mapa mental dos sinais e sintomas.....	586
2. Exame físico.....	587
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	598
Caso clínico.....	600
Referências.....	605

26. EXAME OSTEOMUSCULAR: COTOVELO..... 607

1. Mapa mental dos sinais e sintomas.....	608
2. Exame físico.....	609
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.....	617



Caso clínico	619
Referências	623
27. EXAME OSTEOMUSCULAR: MÃO E PUNHO.	625
1. Sinais e sintomas – mapa mental	626
2. Exame físico	627
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	639
Caso clínico	641
Referências	646
28. EXAME OSTEOMUSCULAR: QUADRIL	647
1. Sinais e sintomas – mapa mental	648
2. Exame físico	649
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	657
Caso clínico	660
Referências	665
29. EXAME OSTEOMUSCULAR: JOELHO	667
1. Sinais e sintomas – mapa mental	668
2. Exame físico	669
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	681
Caso clínico	684
Referências	688
30. EXAME OSTEOMUSCULAR: PÉ E TORNOZELO	689
1. Sinais e sintomas – mapa mental	690
2. Exame físico	691
3. Medicina Baseada em Evidências – MBE.	700



Caso clínico.....	702
Referências.....	706

31. SIMULAÇÃO CLÍNICA EM SEMIOLOGIA..... 707

1. Simulação clínica para o ensino da semiotécnica médica.....	708
2. <i>Checklists</i>	711
3. Osce.....	808
Referências.....	813



ANAMNESE E ENTREVISTA CLÍNICA

CAPÍTULO

3

Autoras:

Thayná Araújo Freire e
Thays Araújo Freire

Coautores:

Igor Abadessa da Igreja e
Pedro Gomes Cavalcante Neto

“Escute seu paciente, pois ele vai contar-lhe o diagnóstico.”

Sir William Osler

O que você irá ver neste capítulo:

- ✓ Introdução
- ✓ Roteiro de anamnese
 - Identificação
 - Queixa Principal
 - História da Doença Atual – HDA
 - Interrogatório Sintomatológico
 - História Patológica Progressa
 - Medicações de Uso Habitual
 - História Fisiológica
 - Hábitos e Estilo de Vida
 - História Psicossocial
 - História Familiar
- ✓ Estratégias para uma boa entrevista clínica
- ✓ Medicina centrada na pessoa
- ✓ Referências

1. INTRODUÇÃO

A **anamnese** (do grego *ana*, “trazer de novo” e *mnesis*, “memória”) é o primeiro passo na abordagem de qualquer paciente. Seu conceito surgiu na Grécia, com Hipócrates (460-356 a.C.), e vem sendo aprimorado ao longo dos séculos. É a habilidade médica mais importante para se chegar ao diagnóstico correto, além de ser a ferramenta fundamental da relação médico-paciente.

“A história clínica não é o simples registro de uma conversa; é mais do que isso: o resultado de uma conversação com objetivos explícitos, conduzida pelo médico e cujo conteúdo vai sendo elaborado criticamente por ele.”¹

Dada sua importância, alguns estudos avaliaram o impacto da anamnese no diagnóstico clínico (Tabela 1), comprovando que seu papel se sobressai em relação ao exame físico e aos exames complementares.

Tabela 1. Papel da Anamnese, Exame Clínico e Exames Complementares no Diagnóstico Clínico.

	HAMPTON ET AL.	SANDLER	PETERSEN ET AL.	ROSHAN E RAO	BENSEÑOR ET AL.
Ano	1975	1979	1992	2000	2003
Número de pacientes	80	630	80	98	95
Contribuição no diagnóstico (%)					
Anamnese	82,5	56	76	78,6	40,4
Exame físico	8,75	17	12	8,2	29,4
Exames complementares	8,75	23	11	13,2	29,5
Total	100	96	99	100	98,9

Fonte: Adaptado de Benseñor².

Uma anamnese mal conduzida pode resultar em diagnósticos equivocados, tratamentos inadequados, uso não direcionado dos recursos complementares e desvalorização médica. Para tanto, seu ensino agrupa um

conjunto de técnicas consagradas pelo tempo, que deve ser bem compreendido para melhorar sua precisão e acurácia.

Apresentaremos neste capítulo uma sistematização para condução da anamnese, que facilitará o aprendizado principalmente dos estudantes de medicina em formação. Vale ressaltar, contudo, que o roteiro de entrevista é algo muito pessoal, que o profissional médico deve refinar ao longo do tempo, de acordo com sua personalidade e experiência.

Tabela 2. As três funções da entrevista médica.

1. COLETA DE DADOS Determinar e monitorar a natureza do problema	
Objetivos	
	Permitir que o clínico estabeleça um diagnóstico ou recomende exames complementares adicionais, sugira abordagens terapêuticas e preveja a natureza da doença
2. CONSTRUÇÃO DE RELACIONAMENTO Desenvolver, manter e concluir o relacionamento terapêutico	
Objetivos	
	Garantir a disponibilidade do paciente para fornecer informações de diagnóstico
	Garantir alívio do sofrimento físico e psicológico do paciente
	Garantir a disposição do paciente em aceitar o plano de tratamento ou um processo de negociação
	Garantir a satisfação do paciente e do clínico
3. EDUCAÇÃO DO PACIENTE Realizar a educação do paciente e implementar planos terapêuticos	
Objetivos	
	Garantir a compreensão do paciente sobre a natureza da doença
	Garantir a compreensão do paciente dos procedimentos diagnósticos sugeridos
	Melhorar a compreensão do paciente sobre as possibilidades de tratamento
	Conseguir consenso entre clínico e paciente
	Conseguir o consentimento informado
	Melhorar os mecanismos de enfrentamento
	Promover mudança de estilo de vida

Fonte: Adaptado de Shorey⁵ e Lipkin⁶.

2. ROTEIRO DE ANAMNESE

2.1. Identificação

- a) Nome (e como gostaria de ser chamado)
- b) Idade
- c) Sexo
- d) Cor/raça
- e) Estado Civil
- f) Profissão/Ocupação Atual e Anterior
- g) Local de Nascimento
- h) Procedência
- i) Residência Atual e Anterior
- j) Grau de Escolaridade
- k) Nome da Mãe
- l) Religião
- m) Fonte da história

Permite traçar o perfil sociodemográfico, direcionando o raciocínio diagnóstico para doenças próprias da faixa etária, de gênero, de zonas endêmicas, bem como doenças relacionadas ao trabalho, além de permitir a adaptação da linguagem ao nível de escolaridade do paciente. Quanto à religião/espiritualidade, é importante questionar se faz parte de uma religião e se é praticante, bem como se mudou de crença e o motivo para tal mudança.

Exemplo:

Francisco de Assis Silva ("Chico"), 45 anos, masculino, pardo, casado, auxiliar de produção, natural de Massapê, procedente de Sobral, ensino médio completo, filho de Maria das Graças Silva, católico não praticante. Fonte da história: paciente.

2.2. Queixa Principal

Sintoma(s) referido(s) pelo paciente que motivaram o atendimento médico. Sugere-se sempre registrar, quando possível, com os próprios termos

do paciente e definir o tempo de duração. Não se deve aceitar rótulos diagnósticos e, caso o paciente enumere várias queixas, deve-se perguntar qual dela mais o incomoda no momento.

Exemplo:

“Crise de dor nas costas há 2 dias”.

2.3. História da Doença Atual – HDA

É a parte mais importante da entrevista, pois contém a narrativa, em ordem cronológica, dos eventos que determinam a doença atual. O primeiro passo é determinar o **sintoma-guia**, que servirá como condutor da história. Determina-se como sintoma-guia aquele que permite a reconstrução da história com maior facilidade e precisão. Nem sempre é o mais antigo e não necessariamente é único. A partir deste item, na descrição, devemos sempre utilizar os termos técnicos apropriados.

Existem os seguintes atributos de um sintoma:

- Início: destacando, além da data, se abrupto ou insidioso, bem como as circunstâncias relacionadas.
- Duração: aqui caberia uma ressalva. Importante diferenciar duração da doença de duração do sintoma. Por exemplo, o paciente tem uma dor torácica há 3 meses, mas ela vem em crises de 10 minutos. Isso é importante para diferenciar dor cardíaca de dor não cardíaca. Este item também inclui frequência da queixa.
- Localização e irradiação
- Qualidade
- Intensidade
- Evolução
- Fatores desencadeantes, de melhora ou de piora: fatores desencadeantes e fatores de piora nem sempre são os mesmos. Por exemplo, quem tem enxaqueca descreve como fator desencadeante a ingestão de chocolate. Entretanto, fator de piora seria exposição a luz.
- Manifestações associadas.

Além dos itens descritos, deve-se avaliar o impacto do sintoma no estado geral do paciente e nas atividades fisiológicas, buscando na história alterações do ciclo sono-vigília, apetite, defecção e micção, bem como alterações de peso no período. Encerra-se o relato com a situação dos sintomas no momento atual.

Exemplo:

Refere dor lombar de início progressivo há cerca de três anos, caracterizada como "em peso", sem irradiação, desencadeada e agravada por esforço físico, como levantar peso, e aliviada com repouso e uso de 500 mg de paracetamol. No início do quadro, a dor não atrapalhava seus afazeres, sendo quantificada como 2-3 na escala numérica verbal (ENV). Surgia 1 ou 2 vezes por mês, durando 2-3 horas. Evoluiu com piora progressiva e, nos últimos meses, passou a dificultar seus afazeres (5 na ENV), se tornando mais frequente (2 vezes por semana) e durando o dia todo. Nega sintomas associados, como fraqueza muscular, parestesias, alterações urinárias ou gastrintestinais. Há dois dias, após ajudar no transporte de sacos de cimento, apresentou crise intensa, que não cedeu. Caracteriza como ora em peso, ora pulsátil. Acomete especialmente o lado direito da região lombar, irradiando para face posterior da coxa até o joelho ipsilaterais, sem parestesia, perda de sensibilidade ou fraqueza muscular. Não foi trabalhar, pois a dor é intensa (8 na ENV). Melhora um pouco quando se deita de costas com as pernas ligeiramente elevadas e com 400 mg de ibuprofeno. Nega perda de peso, febre, náuseas. Eliminações fisiológicas.

2.4. Interrogatório Sintomatológico

Recomenda-se a coleta do Interrogatório Sintomatológico logo após a HDA, pois serve para resgatar sintomas que passaram despercebidos inicialmente e que, na verdade, fazem parte da HDA. Assim, nesta seção, cabe questionar sintomas não relatados na HDA, também com termos técnicos, e que podem (neste caso, devendo ser descritos na HDA) ou não ter relação com a doença atual. Não é necessário repetir sintomas/sinais relatados na HDA.

- **Geral:** febre, sudorese, calafrios, astenia, adinamia, icterícia, palidez, fraqueza, fadiga, anorexia, perda ou aumento de peso/período, peso usual e atual;

- **Pele e fâneros:** prurido, fotossensibilidade, rash, alterações de pigmentação, alterações do revestimento cutâneo, presença de lesões dermatológicas elementares (placa, mancha, vesícula, bolha, nódulo etc.), alopecia, hipertricose, alterações dos cabelos e pelos, alteração ungueal, alteração da sudorese, uso de tintura para cabelo;
- **Cabeça e pescoço:** dor, cefaleia, alterações dos movimentos, nodulações, adenomegalias, disfonia;
- **Aparelho Ocular:** dor ocular, fotofobia, diplopia, xeroftalmia, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, nistagmo, escotomas entre outros;
- **Aparelho Auditivo:** trauma, lesões da pele, otalgia, otorreia, otorragia, zumbido, acúfenos, hipoacusia;
- **Nariz e Cavidades Paranasais:** alterações da olfação, rinorreia, obstrução nasal, crises esternutatórias e epistaxe;
- **Cavidade Bucal e Anexos:** lesões de mucosa oral, halitose, disfagia, disfonia, odinofagia, xerostomia, rouquidão, diseugias, sialose;
- **Aparelho Respiratório:** dor ventilatório dependente, dispneia, ortopneia, trepopneia, platipneia, dispneia paroxística noturna, tosse, expectoração, vômica, hemoptise, alterações da forma do tórax, sibilância, cornagem etc.;
- **Aparelho Cardiovascular:** dor precordial, palpitações, dispneia, dispneia paroxística noturna, ortopneia, edema, cianose, palidez, sudorese, hemoptoicos;
- **Aparelho Digestivo:** alterações de forma do abdome ou do apetite; dor, sialorreia, halitose, disfagia, odinofagia, pirose, regurgitação, náuseas, vômitos, icterícia, intolerância alimentar, hematêmese, hematoquezia, plenitude gástrica, empachamento pós-prandial, diarreia, disenteria, esteatorreia, constipação, flatulência, tenesmo, dor anal, disquezia etc.;
- **Aparelho Renal e Urinário:** alterações miccionais (hesitação, urgência, modificação do jato urinário, retenção urinária, incontinência), alteração do volume e do ritmo urinário (oligúria, anúria, poliúria, disúria, polaciúria, frequência, noctúria, nictúria, enurese), alterações da cor da urina (hematúria, hemoglobínúria, mioglobínúria, porfirinúria, urina turva), alterações do cheiro da urina, odor, edema, dor lombar, etc.

- **Aparelho Genital Feminino:** alterações da frequência e do fluxo do ciclo menstrual (amenorreia, hipermenorreia, irregularidades), cólicas, tensão pré-menstrual, data da última menstruação, corrimento, prurido, disfunções sexuais;
- **Aparelhos Genital Masculino:** distúrbios miccionais, dor testicular, priapismo, corrimento uretral, disfunções sexuais;
- **Sistema Osteoarticular e Muscular:** dor, rigidez pós-reposo, sinais inflamatórios, crepitação articular, deformidades, restrição de mobilidade, tofos, nódulos, alterações da força e do tônus muscular, atrofia muscular, hipertrofias, miotonias, tetania, câibras;
- **Sistemas Hemolinfopoiéticos:** palidez, sangramentos, estados de hipercoagulabilidade, adenomegalias, febre, exposição a agrotóxicos;
- **Sistema Endócrino:** alterações do desenvolvimento físico e sexual, sinais/sintomas relacionados ao hipertireoidismo como taquicardia, perda ponderal, sudorese, irritabilidade e insônia, sinais/sintomas relacionados ao hipotireoidismo como bradicardia, ganho ponderal, sonolência, apatia, hipersensibilidade ao frio e mixedema.
- **Sistema Nervoso:** distúrbios da motricidade e da sensibilidade, alterações do olfato, audição, visão, equilíbrio, nível de consciência, disfunções esfínterianas, de sono-vigília e de funções corticais superiores.
- **Saúde Mental:** história de transtorno mental ou sofrimento psíquico.

2.5. História Patológica Progressa

Aqui descrevemos, também em termos técnicos, o relato das principais informações relativas a processos patológicos anteriores, que podem guardar relação direta ou indireta com a doença atual e, portanto, auxiliam no raciocínio clínico e no diagnóstico diferencial.

- a) **Comorbidades:** doenças ainda em atividade (descrever tempo de diagnóstico e acompanhamento atual)
- b) **Doenças preexistentes:** questionar sobre as principais doenças da infância (varicela, caxumba, rubéola, sarampo, meningite, hepatite,

poliomielite, coqueluche) e outras doenças mais frequentes em nossa população (tuberculose, gota, pneumonia)

- c) **Alergias**
- d) **Imunizações**
- e) **Internações** (período e motivo da internação)
- f) **Transfusões** (tipo, época, motivo)
- g) **Intervenções cirúrgicas** (tipo, época, complicações e resultados)
- h) **Doenças Sexualmente Transmissíveis**
- i) **Traumatismos** (época, tratamento realizado e consequências)
- j) **Viagens recentes**
- k) **Contato com doentes nos últimos meses**

Exemplo:

Hipertenso, em tratamento há 5 anos, com bom controle pressórico; glaucoma em seguimento com oftalmologista. Varicela aos 7 anos e caxumba aos 9 anos. Calendário de imunizações atualizado. Refere um internamento prévio há 1 ano por pneumonia adquirida na comunidade. Apendicectomia aos 20 anos. Viagem recente (há 4 meses) para São Paulo. Nega alergias, transfusões, traumatismos, doenças sexualmente transmissíveis e contato com doentes nos últimos meses.

2.6. Medicações de Uso Habitual

Medicamentos utilizados rotineiramente em domicílio, posologia (dose, intervalo e período), duração do tratamento, motivo e efeitos adversos. Em algumas situações, pode-se sugerir nomes de medicamentos, mas o ideal é conferir os receituários médicos ou embalagens.

Exemplo:

- *Losartana 50 mg, 12/12h, há 5 anos*
- *Andolipino 10 mg, à noite, há 3 anos*
- *Colírio a base de timolol, duas vezes ao dia*
- *Omeprazol 20 mg, em jejum, para proteção gástrica*

2.7. História Fisiológica

Inclui gestação e nascimento, desenvolvimento neuropsicomotor e desenvolvimento sexual. Cabe aqui ressaltar que é necessário bom senso nos questionamentos. A história de gestação, nascimento e desenvolvimento neuropsicomotor ganha importância muito maior no paciente pediátrico do que no paciente idoso.

- a) **Gestação e nascimento:** parto eutócico ou distócico, uso de fórceps, cesárea, nascimento a termo, peso e tamanho ao nascer, número de irmãos;
- b) **Desenvolvimento neuropsicomotor:** Início da marcha, fala e dentição, calendário vacinal atualizado, aproveitamento escolar;
- c) **Desenvolvimento sexual:** aparecimento da puberdade (mamas e pelos pubianos), número de filhos. Para mulheres, questionar sobre menarca, menstruação (frequência, duração e regularidade do ciclo menstrual, quantidade do fluxo e alterações, tensão pré-menstrual, dismenorria), gestações (número, evolução, complicações, realização de pré-natal), partos (normais/cesáreas), abortos (número, período da gestação; se espontâneos ou provocados, com medicação ou com técnicas invasivas), e época do climatério/menopausa;
- d) **Atividade sexual:** número de parceiros, relações/tempo.

Exemplo:

Nascido(a) de parto normal, a termo, sem intercorrências; cinco irmãos e duas irmãs; não sabe especificar início da marcha, dentição, mas cita desenvolvimento neuropsicomotor adequado, quando comparado aos colegas da mesma idade. Não sabe informar sobre vacinas.

Pubarca aos 11 anos, sexarca aos 16 anos. Três filhos. Refere atividade sexual apenas com a esposa uma vez por semana.

2.8. Hábitos e Estilo de Vida

Nesse momento, devemos questionar sobre quatro principais hábitos de vida: tabagismo, etilismo, sedentarismo e alimentação. Também se pode investigar hábitos de higiene e de sono. Ao questionar sobre a quantidade

de bebida ou fumo, uma dica é estimar valores acima da média para deixar o paciente mais à vontade a dizer a verdade.

- a) **Atividade física** (tipo e frequência)
- b) **Tabagismo:** fumante ativo ou passivo, atual ou pretérito, número de cigarros por dia; início e quando parou; tipo de cigarro (industrial ou artesanal); carga tabágica.

$$\text{Carga tabágica} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de cigarros por dia}}{20} \times \text{n}^\circ \text{ de anos fumando}$$

- c) **Etilismo:** número de doses, tipo de bebida, início e quando parou. As questões de rastreamento mais utilizadas são as do questionário **CAGE** (o consumo de álcool é considerado de risco a partir de 2 respostas afirmativas):

Cutting down [redução do consumo]

Annoyed [aborrecido] quando criticado

Guilty feelings [sentimento de culpa]

Eye-opener [necessidade de beber para se sentir bem pela manhã].

Alguns questionamentos mais abertos podem ajudar, como: “Qual é o seu consumo de bebidas alcoólicas?”, “Você já teve algum problema relacionado com bebida?”.³

Exemplo:

Sedentário, tabagista desde os 20 anos (fuma 20 cigarros industriais por dia, carga tabágica 25 maços-ano). Nega etilismo.

2.9. História Psicossocial

A descrição da história psicossocial auxilia na abordagem terapêutica, principalmente ao esclarecer questões financeiras e redes de suporte, mas também pode esclarecer diagnósticos com base em algumas situações específicas. Cabe questionar sobre renda e estrutura familiar, atividades sociais, condições de habitação (número de moradores, tipo de construção, água encanada, energia elétrica, esgoto sanitário e coleta de lixo, número de

cômodo e banheiros), uso de fogão a lenha, contato com animais, banhos em açudes, contato com o barbeiro e reação ao adoecimento.

Sobre as respostas emocionais ao adoecimento, Kübler-Ross descreveu cinco estágios de resposta à perda ou ao luto antecipatório de morte iminente. São eles: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão ou tristeza e aceitação. Também é importante conhecer essa dimensão do paciente para ressignificar a abordagem terapêutica.

Exemplo:

Mora com a esposa e uma filha, em casa de alvenaria, quatro cômodos (um banheiro), com água encanada, energia elétrica, saneamento básico e coleta de lixo regular. Tem 2 animais de estimação em domicílio (um gato e um cachorro vacinados). Nega banhos em açude e não conhece o barbeiro. No momento, a renda da casa se resume ao salário que recebe (2 salários mínimos), pois a esposa está desempregada. Sente-se aflito por seu problema de saúde, pois teme perder o emprego se a dor não se resolver.

2.10. História Familiar

Devemos relatar sobre pais, irmãos, cônjuges, filhos ou outros parentes, ou contactantes, que tenham problemas de importância clínica, doenças hereditárias, familiares ou infectocontagiosas. Sobre os parentes vivos, descrever o estado habitual de saúde e, quando apresentar problemas clínicos, relatar se há acompanhamento e a idade de diagnóstico. Sobre parentes já falecidos, questionar sobre causas de morte e idade ao falecer.

Exemplo:

Pai já falecido, aos 98 anos, por causas naturais. Mãe, 87 anos, diabética, hipertensa e cardiopata. Esposa, 43 anos, hígida. Cinco irmãos: um irmão hipertenso, uma irmã com diagnóstico de câncer de mama aos 45 anos, uma irmã em tratamento para depressão e um irmão já falecido, aos 55 anos, por causas externas (colisão carro-carro). Sem outros relatos de importância clínica.

3. ESTRATÉGIAS PARA UMA BOA ENTREVISTA CLÍNICA^{3-5,7}

Prepare o ambiente

Pergunte-se como está o seu humor e a sua atenção antes de começar. Não deixe que preocupações pessoais interfiram na sua postura durante a entrevista.

Certifique-se de que o local é o mais tranquilo e confortável possível.

Evite interrupções durante a conversa.

Mantenha poucos obstáculos entre você e o paciente.

Se possível, sente-se de maneira que seus olhos fiquem no nível do paciente.

Revise o prontuário antes de iniciar.

Seja cordial

Cumprimente o paciente e os acompanhantes, se possível com um aperto de mãos.

Apresente-se e diga sua função.

Use sempre um tratamento formal, exceto no caso de crianças ou adolescentes.

Avalie constantemente sua postura, gestos, contato visual e tom de voz.

Neutralize estereótipos negativos ou preconceitos.

Mantenha a confidencialidade

Deixe o paciente decidir se os visitantes ou os familiares devem permanecer durante a conversa. Por exemplo: "Eu me sinto à vontade se a sua acompanhante permanecer conosco durante a entrevista, mas quero ter certeza de que a senhora concorda com isso" ou "A senhora prefere conversar comigo sozinha ou seu acompanhante pode participar?".

Guie a entrevista

Comece com perguntas mais amplas, como: "Como posso ajudá-lo hoje?"; "O que motivou sua vinda hoje?".

Evite perguntas tendenciosas, como: "Você veio hoje por causa do diabetes, não foi?".

Faça várias perguntas, mas uma por vez, e ofereça respostas com múltiplas escolhas: "Qual das seguintes opções melhor descreve sua dor: em pressão, em queimação, em pontada ou de outro tipo?".

Delimite claramente as demandas do paciente. "Se entendi bem, hoje você vem para o controle do diabetes e por causa da coluna... Vamos começar pelo diabetes?".

Negocie o conteúdo da consulta. Frases que podem ser úteis: "Não temos como abordar tudo isso hoje, é melhor que esse outro assunto seja visto com mais tempo em outra ocasião".

Sempre direcione os questionamentos ao paciente em primeiro lugar. Para acompanhantes que interrompem, você pode usar frases como: "Isso que seu acompanhante diz é o que você sente?" "Qual é sua opinião sobre isso?".

Escute o paciente

Evite interrupções frequentes na fala do paciente, e, quando o fizer, que seja com o intuito de direcionar o fluxo do relato;
Utilize habilidades verbais e não verbais para encorajá-lo a continuar falando, como inclinar o corpo para frente, fazer contato visual e usar frases como “continue” ou “estou ouvindo”.

Seja empático e paciente

Utilize respostas como “Isso parece tão perturbador” ou “Você deve estar sentindo-se muito triste”, “Percebo que você está sofrendo”, “Entendo como se sente”;
Mantenha uma distância emocional com o paciente, uma vez que essa distância é terapêutica (permite pensar e decidir de maneira mais analítica e moderada);
Tenha paciência: conscientize-se de que um idoso, por vezes, demora mais tempo para se locomover e expressar alguns fatos.

Garanta a compreensão do paciente

Conheça o nível de escolaridade do seu paciente e mantenha um diálogo de forma compreensível por ele;
Garanta que ele está entendendo, no decorrer da entrevista, tudo que está sendo dito. Utilize frases como “Tudo bem até aqui?”, “O senhor tem alguma dúvida até agora?”.

Pergunte sobre as emoções a respeito da doença

Se o paciente não mencionar o impacto da doença, faça uma sondagem pessoal mais ampla do tipo: “Como a doença afetou você?” ou “Como você reagiu a ela?”;
Investigue as emoções do paciente, direta ou indiretamente, perguntando-lhe: “Como você se sentiu a respeito disso?” ou “Muitas pessoas se sentiriam frustradas se algo assim acontecesse?”.

Deixe questionamentos mais constrangedores para o final

História sexual: “Quando foi a última vez que você teve contato físico íntimo com outra pessoa?”, “Esse contato incluiu relação sexual?”, “Você tem relações sexuais com homens, mulheres ou ambos?”, “Você usa preservativos?”.
História da saúde mental: “Você já teve alguma doença mental ou problemas emocionais?”, “Você já se consultou com um psicólogo ou com um psiquiatra?”, “Já foi medicado por causa de problemas emocionais?”, “Você ou algum parente já foi internado em razão de problemas mentais ou emocionais?”;
Uso de drogas lícitas e ilícitas: “Você já usou durante sua vida: maconha, cocaína, estimulantes prescritos por médico, metanfetaminas, sedativos, calmantes?”.
Violência doméstica: “Uma vez que os maus-tratos são uma ocorrência habitual na vida de muitas mulheres, farei algumas perguntas de rotina”, “Você está em um relacionamento no qual já foi agredida ou ameaçada?”.

Informe que a entrevista está finalizando

É importante informar ao paciente que o tempo da consulta está finalizando para que ele possa elucidar quaisquer dúvidas remanescentes. “Você tem alguma dúvida sobre os assuntos conversados?”, “Gostaria de perguntar algo mais?”, “Há algo que não conversamos e o senhor gostaria de contar?”;

Faça um resumo do relato do paciente. Isso comunica ao paciente que você está ouvindo atentamente a história dele e identifica o que você sabe e o que você não sabe.

Compartilhe a decisão

Deixe o paciente perceber que a decisão e a responsabilidade são compartilhadas entre ele e o profissional. Diga frases como “É importante que me diga o que pensa sobre isso”, “O senhor tem mais alguma sugestão?”, “O senhor está disposto a cumprir as orientações?”, “Estou realmente interessado em seu ponto de vista, especialmente porque é você quem vai ter que viver com a nossa decisão sobre esse tratamento”, “O senhor vê alguma dificuldade em seguir esse tratamento? Há algo que possamos fazer para que esse plano de tratamento seja mais fácil de seguir? Gostaria de conversar com alguma outra pessoa sobre esse tratamento?”.

Pratique promoção de saúde e prevenção de doenças

Faça a recomendação explícita de realização de testes preventivos e vacinação; Promova conscientização sobre comportamentos de risco, como tabagismo, etilismo, sedentarismo, prática sexual desprotegida. “Todos, às vezes, fazemos coisas que não são boas para nós mesmos. Pode ser algo como deixar de colocar o cinto de segurança ou beber mais do que pensamos ser adequado. Que comportamentos você tem que talvez o coloquem em situação de risco?”, “O que tem feito ultimamente que, na sua opinião, pode estar contribuindo para sua saúde ou para sua doença?”;

Pratique entrevistas motivacionais. “O que é mais importante para você?”, “O que você espera ser diferente em sua vida daqui a alguns anos?”.

4. MEDICINA CENTRADA NA PESSOA⁷

“O bom médico trata a doença; o grande médico trata o paciente que tem a doença.”

Sir William Osler

O termo “medicina centrada na pessoa” surgiu em oposição ao termo “medicina centrada na doença”, base do “modelo médico convencional”, que, apesar da grande influência, tem sido frequentemente questionado por simplificar a condição de estar doente.

O método clínico centrado na pessoa foi concebido na década de 1980 e surgiu da necessidade de colocar o indivíduo, e não a doença, no centro do atendimento médico. O entendimento das queixas com base nas opiniões da própria pessoa foi chamado de “diagnóstico abrangente”, em oposição ao entendimento baseado na avaliação centrada na doença, chamado de “diagnóstico convencional”.

Apesar de ser pensado no contexto da medicina de família, suas mensagens também são de grande importância para todas as disciplinas médicas e para outras profissões no campo do atendimento à saúde. Ser centrado na pessoa significa levar em consideração o desejo da pessoa de informação e de participar da tomada de decisões e as formas de responder apropriadamente.

Inicialmente, proposto em seis componentes, recentemente foi reformulado, após uma década de avaliação, em quatro componentes. O componente anterior, “Sendo Realista”, passou a ser visto como um comentário sobre o contexto a partir do qual o método clínico centrado na pessoa toma forma. O componente “Incorporando Prevenção e Promoção da Saúde” foi concebido como parte dos processos incluídos nos outros componentes.

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

1º. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença

- Avaliar o conceito de *saúde*: entender o significado de saúde para aquela pessoa;
- Avaliar o processo da doença (*disease*): história clínica, exame físico, exames laboratoriais;
- Avaliar a experiência da doença (*illness*): Sentimentos, Ideias, Funcionamento e Expectativas.

Sentimentos: Quais são os sentimentos da pessoa em relação a sua doença? (Principalmente os medos)

Ideias: Quais são as ideias da pessoa a respeito do que sente? Vê como uma forma de punição?

Funcionamento: Quais são os efeitos da doença no funcionamento da pessoa? Limita suas atividades diárias? Atrapalha seus relacionamentos? Exige mudanças no seu estilo de vida? Prejudica a qualidade de vida?

Expectativas: Quais são as expectativas em relação ao médico? O que ela acha que a ajudaria a lidar com a doença? Ela esperava receber algum tratamento específico?

O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

2º. Entendendo a pessoa como um todo

- Integrar os conceitos de doença e experiência da doença, incluindo a conscientização quanto ao estágio em que a pessoa está no ciclo da vida e seu contexto de vida.
- Entender a estrutura da personalidade da pessoa, principalmente seus mecanismos de defesa (negação, projeção, sublimação, racionalização), qual o papel da espiritualidade na sua vida, qual desequilíbrio a doença causa na estrutura familiar e no contexto socioambiental em que está inserido.

3º. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

- Definir o problema. Algumas vezes será necessário rotular o problema para que a pessoa entenda a causa, o que esperar em termos de progressão ou evolução e o qual será o resultado;
- Estabelecer metas de tratamento e/ou manejo. É necessário entender as expectativas e ideias das pessoas sobre o tratamento; é importante também explicar claramente todas as opções, com suas múltiplas vantagens e desvantagens;
- Identificar os papéis a serem assumidos por ambos. O nível de participação da pessoa pode flutuar dependendo da sua capacidade emocional e física. Alguns podem estar doentes demais ou muito sobrecarregados pelo fardo de sua experiência de doença; outros podem achar que tomar decisões sobre o tratamento é muito complexo e confuso, por isso, deixam a tarefa para o médico. O importante é sempre deixar claro que existe uma responsabilidade mútua.
- Encontrar um consenso. É imprescindível obter consenso sobre o manejo terapêutico, de forma que ele reflita necessidades, valores e preferências individuais, bem como evidências científicas e diretrizes.

4º. Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico

Todas as relações humanas e, em especial, as relações terapêuticas são influenciadas pelos fenômenos de transferência e contratransferência. Transferência é o fenômeno pelo qual as experiências passadas que um indivíduo mantém em seu inconsciente se projetam nas suas novas experiências. Contratransferência é um processo também inconsciente que ocorre quando o médico responde ao processo de transferência do paciente de uma forma semelhante a que usou em experiências anteriores. O médico precisa ter autoconhecimento para identificar com precisão os dois processos e utilizá-los a seu favor, a fim de fortalecer a relação com o paciente.

Defende-se uma relação de compaixão, cuidado, empatia e confiança, com compartilhamento de poder, onde o médico se torne agente de cura e esperança.



REFERÊNCIAS

1. Porto CC. Como fazer uma boa entrevista clínica. *Rev Med Minas Gerais*. 2017; 26: e-1842.
2. Benseñor IM. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. *Rev Med (São Paulo)*. 2013; 00(4): 236-41.
3. Bickley LS, Szilagyi PG. *Bates, propedêutica médica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
4. Carrió, FB. *Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
5. Shorey JM, Spollen JJ. Approach to the patient. UpToDate. [Internet]. [acesso em 4 ago 2019]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient>.
6. Lipkin M, Putnam S, Lazare A. *The Medical Interview*. New York: Springer-Verlag; 1995.
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mcwhinney IR, Mcwilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

