

BASES DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

Manual para Atendimento no Ambulatório de Pneumologia

ITPAC Porto Nacional - TO



FREDERICO PÓVOA

BASES DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL:
Manual para Atendimento no Ambulatório de Pneumologia ITPAC
Porto Nacional-TO

1ª EDIÇÃO

VOLUME I

ANO: 2024

ORGANIZADORES:

*FREDERICO CASTRO COSTA PÓVOA
FABRÍCIA GONÇALVES AMARAL PONTES
RAIMUNDO CÉLIO PEDREIRA
THOMPSON OLIVEIRA TURÍBIO*

APOIO:

NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO E EXPERIÊNCIA DOCENTE – NAPED

REVISORES:

*FABRÍCIA GONÇALVES AMARAL PONTES
MARCEL AUGUSTO STEFANELLI LARA*

2024

2024©ITPAC Porto Nacional

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte.

BASES DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

Manual para Atendimento no Ambulatório de Pneumologia ITPAC Porto Nacional

Publicação FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

Rua 02, Quadra07, S/N, Jardim dos Ipês CEP: 77500-Porto Nacional - TO
Tel.: (63) 3363-9600 E-mail: www.itpacporto.edu.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Póvoa, Frederico Castro Costa

Bases do atendimento ambulatorial : manual para atendimento no ambulatório de pneumologia ITPAC : Porto Nacional-TO : volume I / Frederico Castro Costa Póvoa ; organizadores Frederico Castro Costa Póvoa...[et al.]. -- 1. ed. -- Porto Nacional, TO : ITPAC Porto Nacional, 2024.

Outros organizadores: Fabricia Gonçalves Amaral Pontes, Raimundo Célio Pedreira, Thompson Oliveira Turíbio.

ISBN 978-65-88210-13-0

1. Ambulatórios 2. Atendimento pré-hospitalar 3. Medicina e saúde 4. Pneumologia I. Pontes, Fabricia Gonçalves Amaral. II. Pedreira, Raimundo Célio. III. Turíbio, Thompson Oliveira. IV. Título.

24-228585

CDD-617.1026

Índices para catálogo sistemático:

1. Atendimento pré-hospitalar 617.1026

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

SOBRE O AUTOR:



Médico formado pela Universidade Federal de Minas Gerais em 2012. Completou residência em Clínica Médica e Pneumologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Realizou mestrado pelo programa de pós-graduação em saúde da mesma instituição, participante do núcleo de pesquisa em pneumologia e terapia intensiva. Mora em Palmas - TO, sendo médico pneumologista no Hospital Geral de Palmas. Professor de Medicina no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC) em Porto Nacional e AFYA Palmas. Coordenador das disciplinas Habilidades e Atitudes Médicas III e IV e do Centro de Simulação do ITPAC Porto Nacional. Preceptor voluntário da residência em Clínica Médica do HGP.

Frederico Castro Costa Póvoa

Médico Internista e Pneumologista

Professor ITPAC Porto Nacional e AFYA Palmas

Mestre em Saúde

SUMÁRIO

Capítulo 1 - Alicerces e Sistematização	9
Capítulo 2 - Primeira consulta e Retorno?	13
Capítulo 3- Raciocínio Clínico	15
Capítulo 4 - Entrevista Clínica.....	23
Capítulo 5 - Anamnese vs Entrevista Clínica	39
Capítulo 6 - Semiologia Baseada em Evidências	42
Capítulo 7 - Exame Físico de Abordagem.....	56
Capítulo 8 - O Quinto Pilar	98
Capítulo 9 - Receitas Médicas	103
Capítulo 10 - Como estudar para o Ambulatório.....	110

INTRODUÇÃO

O presente manual foi escrito por causa de uma constatação minha e de outros professores, após anos de acompanhamento de atendimento ambulatorial de estudantes de medicina que estavam iniciando o ciclo clínico da sua formação (6º período).

Esses alunos, ao iniciarem os atendimentos ambulatoriais ficavam cheios de dúvidas, insegurança e receio de realizar os atendimentos, visto que essa era uma habilidade nova para eles.

Nova, mas essencial.

Muitos estudantes não realizam a entrevista clínica, apenas “transcreviam” as queixas dos pacientes e realizavam um exame físico *em passant*, apenas protocolar, sendo normal (conforme relatos dos alunos na discussão dos casos) em 100% das vezes.

Percebi que o nervosismo, a ansiedade de estar diante de um paciente, a insegurança em conduzir a entrevista e exame físico contribuem negativamente para a aprendizagem de muitos alunos, tornando sua passagem pelos atendimentos ambulatoriais pouco aproveitada. E isso se reflete no desempenho deles no internado e, com certeza, na sua prática médica diária.

Com esse cenário se repetindo através dos semestres, turmas após turmas, decidir escrever um pequeno guia, com informações básicas, mas essenciais para o atendimento ambulatorial focado em Pneumologia, mas perfeitamente adaptável a qualquer atendimento médico.

Parti enfatizando a necessidade de ter uma boa base teórica das disciplinas essenciais, como Fisiologia, Patologia e Semiologia.

Sigo sugerindo uma sistematização do atendimento médico ambulatorial. Essa sistematização irá ajudar o aluno inseguro (que é o esperado nessa fase da vida academia dele, afinal ele está aprendendo) a tornar essa habilidade medular.

Abordo em capítulos breves questões que me são feitas em todo início de ambulatório, como: “devemos fazer primeira consulta ou retorno”? “Como que faço essa receita?”; “Como devo estudar para o ambulatório”?

Ainda, discorro sobre como os médicos fazem o raciocínio clínico e assim, podemos otimizar a nossa forma de pensar; além de como realizar uma entrevista clínica sistematizada de forma a formar uma vinheta clínica, que irá nos auxiliar no raciocínio clínico.

Também proponho a realização de um exame físico sistematizado, que visa realizar um exame abrangente (de modo que o estudante aprenda a semiotécnica), mas focado no aparelho respiratório e, quando pertinente, baseado em evidências. Logicamente, não é uma forma de exame físico que foi invenção minha. Trata-se apenas de um compilado de fontes que li e sigo (todas descritas ao final de cada capítulo, para que você possa ler o trabalho original).

Finalmente, cito a tecnologia que está se capilarizando em nosso país e que se tornará realidade quando você formar. A aplicação da ultrassonografia *point of care* será (já está sendo) vital para o atendimento médico.

Por fim, deixo claro que esse guia não substitui, sob nenhuma hipótese, os grandes livros de Semiologia Médica existentes. Não foi minha intenção descrever a técnica das manobras semiológicas. A utilização dos livros base da disciplina é essencial para seu aprendizado. Aqui apenas compilei e sistematizei em uma ordem que pode ser seguida e assim, incorporada, aos seus atendimentos, permitindo uma melhor performance clínica.

Em caso de críticas e sugestões podem me acionar no e-mail: fredericopovoa@gmail.com.

Espero que tenha uma boa leitura.

CAPÍTULO 1

Alicerces e Sistematização

Frederico Castro Costa Póvoa¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Você está começando seu rodízio em Pneumologia e, ao mesmo tempo, iniciando seus atendimentos médicos de uma forma geral.

É um período intenso, de muita insegurança, mas muito aprendizado. Portanto, não se preocupe! O nervosismo, o sentimento de que não sabe nada, a ansiedade e até mesmo um certo medo de atender é normal. Assim como tudo que é novidade a gente estanha no começo.

Lembre-se, você escolheu essa profissão e esse encontro clínico, entre você e o paciente, será a sua rotina para o resto da vida, independente da especialidade.

Assim, é FUNDAMENTAL que você atenda o paciente.

Vejo que muitos alunos, pelos sentimentos acima, não querem atender e ficam apenas observando os colegas atenderem.

Isso é ruim pelo fato de que é somente atendendo que nós “aprendemos a atender” e verificamos nossas deficiências, podendo treiná-la e saná-las.

Agora é a hora de errar! Vocês estão em um ambiente de aprendizagem, com professores capacitados a te ajudar nesse percurso! Aproveite!

Dito isso, para iniciar seus atendimentos é necessário ter seus alicerces bem formados. Eles que darão o conhecimento necessária para “subir de nível”.

Quais são esses alicerces?

Na Pneumologia, para efetuar um bom atendimento e realizar um bom diagnóstico e tratamento é necessário compreender a *fisiologia respiratória e a patologia respiratória* (que você estudou nos primeiros períodos da sua formação – mandem um abraço para o Guyton e o Robbins). Sugiro que faça uma breve revisão dos temas relacionados a respiração. Acredite, o ambulatório será **MUITO** mais produtivo com esses conhecimentos.

De igual importância é a necessidade de revisar a *semiologia geral e a do aparelho respiratório*. Nesse manual falo um pouco da entrevista clínica, anamnese e exame físico, mas você deve revisar esses assuntos no seu livro-texto de semiologia¹⁻⁶.

Outro conhecimento que você deve revisar antes do início do ambulatório é a *radiologia do tórax*. Sugiro um livro que é prático e direto ao ponto, ricamente ilustrado: “Radiografia do tórax – um guia prático”⁷. Leia o capítulo 16 da parte A e, se tiver dúvidas sobre algum ponto lá mencionado, releia o capítulo específico dele. A parte A é a parte de conhecimento essencial, logo vale a pena a leitura!

Perceba, esses são os seus alicerces. Sem eles, o conhecimento que você adquirirá nos atendimentos não serão completos e você simplesmente “passará pelo ambulatório”.

Revise-os!

A importância da sistematização

Sistematização significa colocar alguma coisa em ordem.

E o atendimento médico deve ser, nessa fase de formação, sistematizado.

Seguir uma ordem é essencial para que todos os tópicos do atendimento sejam cobertos. Isso ajuda a realizar um raciocínio clínico menos enviesado.

A repetição de um atendimento sistematizado ajuda a torná-lo medular.

Nos capítulos de entrevista e exame físico, são apresentadas formas sistematizadas de abordagem, que facilitarão a retenção do conhecimento.

Treine atender de forma sistematizada!

Bibliografia

1. Bickley LS. *Bates - Propedêutica Médica*. 12th ed. Guanabara Koogan; 2018.
2. Martins M de A, Quintino CR, Tibério I de FLC, Atta JA, Ivanovic LF. *Semiologia Clínica*. 1st ed. Manole; 2021.
3. Swartz MH. *Tratado de Semiologia Médica - História e Exame Clínico*. 7th ed. Guanabara Koogan; 2015.
4. López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica: As Bases Do Diagnóstico Clínico*. 5th ed. Revinter; 2015.
5. Rocco JR. *Semiologia Médica*. 2nd ed. Editora Guanabara Koogan; 2022.
6. Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica*. 8th ed. Guanabara Kooqan; 2019.

7. de Lacey G, Morley S, Berman L. *Radiografia de Tórax - Um Guia Prático*. 1st ed. Elsevier; 2010.

CAPÍTULO 2

Primeira consulta e Retorno

Frederico Castro Costa Póvoa¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Essa é outra questão que sempre surge no início dos atendimentos no ambulatório.

“Professor, o paciente já foi atendido antes, atendo como primeira consulta ou retorno?”

Estamos em um ambulatório-escola, assim os pacientes sabem que os atendimentos são mais demorados que o habitual e que deverão repetir sua história clínica diversas vezes.

Mas devemos ter consciência que o tempo do paciente é tão precioso quanto o nosso e aqueles que comparecem para os retornos podem não ser tão amistosos assim se os atendermos “como se fosse a primeira vez”.

Para ter um equilíbrio, iremos, **no ambulatório de Pneumologia**, atender da seguinte forma:

- **Pacientes em primeira vez de atendimento:** atender a primeira consulta, mais detalhada possível.

- **Pacientes de retorno: antes do atendimento,** checar as queixas da consulta anterior, a lista de problemas e as condutas realizadas. **No**

atendimento, coletar novamente a história da doença atual (por dois motivos: primeiro você precisa treinar essa habilidade fundamental; segundo, você ficará espantando com a quantidade de novas informações que surgirão e eu não estavam nas consultas anteriores), avaliar mudança do quadro clínico desde a última consulta e verificar as pendências (resposta ao tratamento, resultado de exames solicitados...). Nesses pacientes iremos realizar as *perguntas de repescagem*¹. Nas doenças já diagnosticadas e que você não as conheça, pode realizar perguntas para saber como foi que o quadro clínico se apresentou (por exemplo, paciente relata ter Doença de Addison. Você pode perguntar o que ele sentia na ocasião do diagnóstico, como foi feito o diagnóstico e o tratamento). ***Acredite, você aprenderá bastante com isso.***

Bibliografia

1. Ricardo Rocha Bastos. *O Método Clínico*. Vol 1. 1st ed. Editora Belvedere; 2014.

CAPÍTULO 3

Raciocínio Clínico

Frederico Castro Costa Póvoa¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

O processo pelo qual os profissionais de saúde interpretam os relatos obtidos na entrevista clínica, os achados obtidos no exame físico e os dados dos exames complementares para chegar ao diagnóstico é definido como raciocínio clínico.

E, embora esse processo não seja muito estudado, ou mesmo falado na graduação, ele é a pedra fundamental de todo o trabalho médico, dado que sem diagnóstico não há cuidado ou tratamento adequado.

Por não ser abordado nas faculdades, temos a impressão que o raciocínio clínico advém de simplesmente estudar as patologias, os exames complementares e naturalmente, o diagnóstico virá em nossas mentes, de forma quase que inconsciente.

Mas isso é apenas em parte verdade.

O raciocínio depende sim dos estudos das patologias, de entender os exames. Mas também depende da forma como interpretamos os mesmos, do nosso estado emocional no momento do atendimento, da nossa experiência clínica, do perfil dos nossos pacientes. Enfim, são muitas variáveis que estão inseridas no nosso processo de raciocínio para o diagnóstico.

Para lançarmos luz nesse processo, precisamos entender como funciona nossa mente. E o trabalho do Professor Kahneman¹, psicólogo ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 2012, nos ajuda muito nessa parte.

Ele descreve que nosso pensamento possui dois caminhos básicos a serem percorridos. Um deles é rápido e não envolve gasto de energia, denominado **sistema 1**. O outro é mais trabalhoso, árduo, envolve concentração, tempo e gasto de energia, denominado **sistema 2**.

Esses sistemas se interagem e de acordo com nossas vivências e experiências, mais e mais conhecimento são postos no sistema 1.

Por exemplo, veja a imagem a seguir.

Figura 1 - Formiga



Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Formiga>

Todos nós vemos a imagem e já identificamos que se trata de uma formiga. Isso foi quase que instantâneo. Esse reconhecimento foi evocado pelo sistema 1.

Não pensamos que é um pequeno animal, um inseto, que tem 6 patas, dois pares de antenas, uma presa, que se alimenta de folhas. Simplesmente reconhecemos essas características todas em um padrão, denominado “formiga”.

Na primeira vez que vimos uma, não a reconhecemos, observamos cada uma dessas características de cada vez. Isso demandou tempo e energia. Usamos o sistema 2. Nas vezes subsequentes, também. Até que já a vimos tantas vezes que formamos um padrão e nossa mente agora pega um atalho, denominado “heurística”, onde já reconhece esse padrão com uma formiga. E assim, a reconhecemos, instantaneamente.

Essa forma de pensamento vale em todos os aspectos da nossa vida, inclusive no raciocínio diagnóstico.

Quando nos deparamos, **pela primeira vez**, com um paciente com queixas de um quadro agudo de coriza hialina, obstrução nasal, tosse seca e cefaleia, não temos um padrão formado. Nosso sistema 2 é ativado e vamos em busca de patologias que causem esses sintomas (seria uma rinite alérgica? Gripe? Resfriado comum? Pneumonia?) e analisamos, uma a uma, essas possibilidades. Isso gasta energia e tempo, mas precisamos passar por isso.

Com a experiência obtida nos atendimentos, iremos atender diversos pacientes com a mesma queixa e criaremos, inconscientemente, um padrão: quadro agudo de coriza hialina, obstrução nasal, tosse seca e cefaleia é compatível com resfriado comum. E assim essa hipótese “surge” na nossa cabeça, quase que instantaneamente.

A esse padrão, damos o nome de “script de doença”²⁻⁶, que são características básicas (epidemiológicas, fisiopatológicas, clínicas, diagnosticas e de tratamento) das patologias que estamos acostumados a diagnosticar.

É por isso que médicos mais experientes rapidamente chegam ao diagnóstico correto, perguntando poucas coisas ou mesmo apenas olhando o paciente! Foi acionado o sistema 1 e o script de doença foi reconhecido, possibilitando o diagnóstico.

Agora para as doenças que não conhecemos profundamente ou que são raras, ainda não temos esse padrão, e o diagnóstico é mais trabalhoso e demorado, pois é acionado o sistema 2.

E esse é o seu atual estágio de formação, você está formando seus scripts de doenças.

E, perceba, que sendo esse um processo mental individual, cada pessoa tem seu script próprio. Não há um script de determinada doença mais ou menos adequado. Cada estudante e médico irá produzir seus próprios scripts.

E durante toda a sua carreira, você formará scripts novos e melhorará os scripts antigos. Tudo isso inconscientemente.

Mas, sabendo de toda essa teoria, podemos agilizar e otimizar esses processos.

Como?

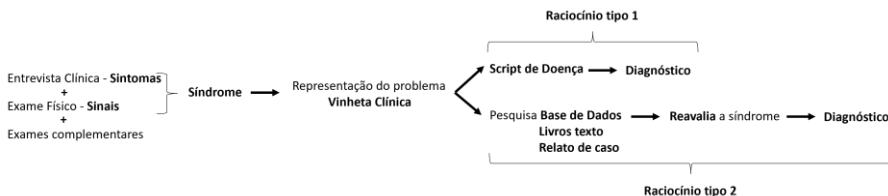
Primeiro com o que chamamos de prática deliberada. Ou seja, realizando atendimentos médicos de forma consistente, numerosa e solicitando feedback dos seus professores e colegas.

Segundo, estudando as doenças que você encontrar. Não em resumos ou mapas encontrados na internet, mas sim pelos grandes livros-textos de Medicina, onde a informação é de qualidade e bem sedimentada, permitindo que a criação de seus scripts seja sólida.

Terceiro, criando, deliberadamente seus scripts. Após estudo das patologias, organizar o conhecimento de forma a produzir o seu padrão. (disponível um modelo no site:

<https://raciocinioclinico.com.br/modelo-scripts/>).

Quarto, produzindo ao final de cada atendimento a vinheta clínica (resumo com os principais dados epidemiológicos, da entrevista clínica e exame físico do paciente – Veja como fazer uma no capítulo sobre **Entrevista Clínica**) usando características dos sintomas que o discriminem de forma rápida e acurada (por exemplo agudo ou crônico, súbito ou progressivo, seco ou úmido, focal ou difusa, etc.). Esses são os qualificadores semânticos. Através da produção da vinheta clínica, você ajudará a evocar os scripts de doenças e o sistema 1, facilitando o diagnóstico.



Use esse conhecimento a seu favor e comece a atender, estudar e produzir seus próprios scripts!

Ainda seguindo no raciocínio clínico, você perceberá que muitas doenças possuem características clínicas em comum. A essas patologias que são parecidas damos o nome de “diagnóstico diferencial”, ou seja, doenças que possuem manifestações clínicas semelhantes umas às outras.

Assim, elas entram no nosso rol de diagnóstico possíveis, fazendo parte do nosso trabalho afastar ou aproximar essas possibilidades diagnósticas usando manobras de exame físico ou exames complementares para diferenciá-las.

No nosso exemplo acima de quadro agudo de coriza hialina, obstrução nasal, tosse seca e cefaleia os diagnósticos possíveis pode ser rinite alérgica ou resfriado comum. Na tentativa de diferenciar, podemos perguntar sobre situações desencadeantes dos sintomas. Se o paciente referir que o início dos sintomas tem relação com exposição a poeira, por exemplo, o diagnóstico de rinite alérgica se impõe.

No seu treinamento de atendimento e raciocínio clínico, deve sempre elencar pelo menos 3 diagnósticos diferenciais para cada paciente atendido.

Dentre os diagnósticos diferenciais que devemos evocar sempre considerar as doenças mais comuns e aquelas que não podemos esquecer (seja pela gravidade seja pelo prognóstico).

Por exemplo, em um paciente tabagista com tosse crônica e dispneia progressiva, podemos aventar a possibilidade de DPOC e ICC (mais comuns). Mas, mesmo que a probabilidade de neoplasia seja baixa, sempre a manteremos

na nossa lista de diagnósticos diferenciais, dado a gravidade e prognóstico caso não realizemos o diagnóstico de câncer.

Acredite, isso fará muita diferença no seu futuro!

Se quiser saber mais sobre esse processo diagnóstico, existe uma excelente literatura sobre o tema⁷⁻¹².

Bibliografia

- 1.Kahneman D. *Rápido e Devagar: Duas Formas de Pensar*. 1st ed. Editora Objetiva; 2012.
- 2.Custers EJFM. Thirty years of illness scripts: Theoretical origins and practical applications. *Med Teach*. 2015;37(5):457-462. doi:10.3109/0142159X.2014.956052
- 3.Custers EJFM, Boshuizen HPA, Schmidt HG. The Role of Illness Scripts in the Development of Medical Diagnostic Expertise: Results From an Interview Study. *Cogn Instr*. 1998;16(4):367-398. doi:10.1207/s1532690xci1604_1
- 4.Charlin B, Tardif J, Boshuizen HPA. Scripts and Medical Diagnostic Knowledge. *Academic Medicine*. 2000;75(2):182-190. doi:10.1097/00001888-200002000-00020
- 5.Moghadami M, Amini M, Moghadami M, Dalal B, Charlin B. Teaching clinical reasoning to undergraduate medical students by illness script method: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):87. doi:10.1186/s12909-021-02522-0
- 6.Oliveira J de CV, Peixoto AB, Marinho GEM, Peixoto JM. Ensino do Raciocínio Clínico Orientado pela Teoria dos Scripts de Doenças. *Arq Bras Cardiol*. 2022;119(5 suppl 1):14-21. doi:10.36660/abc.20220419
- 7.Kassirer J, Wong J, Kopelman R. *Learning Clinical Reasoning*. 2nd ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.

8. Irfan M. *The Hands-on Guide to Clinical Reasoning in Medicine*. 1st ed. Wiley Blackwell; 2019.
9. Croskerry P, Cosby KS, Graber ML, Singh H. *Diagnosis - Interpreting the Shadows*. 1st ed. CRC Press; 2017.
10. Brown T, Shah S. *Evidence-Based Clinical Reasoning in Medicine*. 1st ed. People's Medical Publishing House - USA; 2013.
11. Montgomery K. *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. 1st ed. Oxford University Press; 2006.
12. Croskerry P. *The Cognitive Autopsy - a Root Cause Analysis of Medical Decision Making*. 1st ed. Oxford University Press; 2020.

CAPÍTULO 4

Entrevista Clínica

Frederico Castro Costa Póvoa¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

A entrevista clínica é o momento crucial do encontro clínico entre médico e paciente. É através dela que obtemos as informações necessárias para conseguir fazer o diagnóstico do agravo da pessoa que nos procura.

Independente da especialidade que for escolher, certamente você deverá realizar entrevistas clínicas nos seus pacientes.

Portanto, a entrevista clínica é o procedimento médico mais comum e mais realizado em todo o mundo. Paradoxalmente é o mais difícil e, infelizmente, mais negligenciado também.

Nessa etapa do encontro clínico, o paciente relata o que está sentindo (sintomas) e o médico o traduz para termos técnicos, tentando encaixá-los em um padrão de sintomas que são reconhecidos como doença.

Essa é uma etapa que causa muita apreensão nos estudantes de medicina, já que frequentemente eles se encontram perdidos.

“Como vou saber o que tenho que perguntar?”

“Quais informações eu tenho que priorizar? Quais não são importantes?”

“Ainda não conheço muitas doenças, como vou perguntar seus sintomas?”

Quem nunca se perguntou isso nas primeiras entrevistas que fez?

Isso faz parte do processo de formação, é comum e esperado. Com a prática e a realização de dezenas de entrevistas, nós começamos a formar nosso repertório de padrões de sintomas para encaixá-los em doenças, formar nosso repertório de jargões que pacientes usam, formar nosso repertório de observação de comportamentos dos pacientes (a chamada linguagem não verbal).

Nessa etapa da formação, devemos seguir uma sistematização no atendimento ambulatorial. Essa sistematização irá permitir que você faça uma entrevista e colha os dados de forma linear, tornando o processo o mais modular possível com o tempo.

Aí entram aqueles roteiros presentes nos grandes livros de semiologia¹⁻⁶.

O médico já formado não segue religiosamente o roteiro, nem mesmo a ordem que está lá, pois já tem uma bagagem clínica que permite o reconhecimento de padrões de doenças comuns que o fazem fazer poucas perguntas e já chegar ao diagnóstico.

Mas lembre-se, você está em formação, e essa etapa é essencial.

Funciona como uma autoescola: nas primeiras aulas, todos ficamos nervosos pois não estamos habituados a dirigir e seguir todos aqueles passos iniciais (entrar no carro, ajustar os espelhos, colocar o cinto, ligar o carro, pisar na embreagem e engatar a marcha, soltar vagarosamente o pedal da embreagem

e pressionar o do acelerador; tudo isso enquanto observa o tráfego para ver se pode começar a andar na rua).

Após alguns meses dirigindo, nós fazemos tudo no automático, não pensamos nessas etapas (embora as façamos). Entramos no carro, damos a partida e seguimos viagem.

Na entrevista ocorre algo semelhante. Nas primeiras vezes ficamos perdidos, não sabemos o que perguntar, ficamos com medo de perder informações e queremos anotar tudo. Com o passar da formação, essas etapas ficam mais fluidas. Mas elas precisam ser seguidas.

O objetivo da entrevista é reunir as informações do paciente para agrupá-las em um padrão que conhecemos como doença. E tudo começa com a queixa principal.

Ela pode ser simples e direta (“estou com dor de cabeça”) ou mais complexa (“estou cansado”).

Mas para que o diagnóstico seja preciso, é preciso que o médico compreenda as informações que o paciente lhe fornece. Precisam estar na mesma sintonia.

Se o paciente fala “A” e o médico entende “B”, certamente o diagnóstico não será realizado, uma vez que o profissional procurará patologias que causem o sintoma B.

Pode parecer um tanto óbvio essa última afirmação, mas ocorre corriqueiramente no ambulatório.

Por exemplo: paciente queixa-se de “cansaço” e o estudante interpreta como “dispneia” e seu raciocínio vai em busca de causas de dispneia (doenças cardiorrespiratórias, principalmente). Mas o cansaço que o paciente se referia era, na verdade “fadiga”, que tem outras etiologias (anemia, distúrbios da tireoide, transtornos de humor).

O mesmo se dá com outras queixas como “dor na barriga” (seria uma “dor abdominal” ou “diarreia”?), “tontura” (seria “vertigem” ou “pré-síncope”)?

Portanto devemos evitar essa falta de sintonia, sempre pedindo ao paciente para explicar COMO sente o sintoma. Por exemplo: “o que o senhor sente, exatamente, quando fala que está cansado/com dor na barriga/tonto?” Assim, ele vai explicar o sintoma e você poderá, enfim, compreendê-lo.

Uma vez identificado o sintoma, precisamos detalhá-lo meticulosamente. Esse é um dos grandes papéis da entrevista clínica.

Precisamos entender as características do sintoma para que possamos prosseguir no raciocínio. Essas características são os qualificadores. Nos roteiros de entrevista essa etapa é a história da doença atual.

Se um paciente comparece a consulta com queixa de tosse e o estudante não qualifica esse sintoma detalhadamente, dificilmente conseguiremos atingir o diagnóstico, pois há inúmeras causas de tosse (desde um simples resfriado comum até um câncer de pulmão, passando por doenças do coração e tuberculose). Como saber qual deles o paciente possui?

Se caracterizarmos melhor a tosse, iremos reduzir de forma importante as possibilidades diagnósticas. Se o mesmo paciente relata que a tosse é seca, com

4 dias de duração, associado a coriza hialina e dor de garganta, iremos pensar mais em resfriado comum do que uma tuberculose ou câncer de pulmão, por exemplo.

E essa é a função da caracterização. E quais características devemos avaliar?

Dos sintomas relatados precisamos avaliar **SETE (07)** características:

- **Cronologia**
- **Qualidade**
 - Se secreções: cor, aspecto
 - Se dor: tipo (pontada, cólica.)
 - Se tosse: seca ou produtiva
- **Quantidade/intensidade**
 - Se dor: escala 1 a 10
 - Se secreções: volume
- **Localização/Irradiação**
- **Fatores agravantes/desencadeantes**
- **Fatores atenuantes**
- **Sintomas associados**

Para ficar um pouco mais fácil de lembrarem, bastam pensar no mnemônico **PALITAM**.

P – Piora (fatores agravantes/desencadeantes)

A – Aspecto (qualidade)

L – Localização (localização/irradiação)

I – Intensidade (Quantidade)

T – Tempo (cronologia)

A – Associados (sintomas associados)

M – Melhora (fatores atenuantes)

Essa foi péssima, eu sei! Mas não custa memorizar, vai valer a pena!

Quando o paciente nos vem com uma miríade de sintomas, precisamos escolher um **sintoma-guia**. Aquele que vai nos orientar na condução da entrevista.

Como escolher esse sintoma?

Escolhemos o que é *o mais específico de um sistema orgânico, ou seja, aquele que tem maior potencial localizatório do problema*.

Por exemplo, se um paciente comparece com queixa de dor abdominal, náuseas e pele amarelada (icterícia), iremos nos aprofundar nesse último que

tem o potencial localizatório maior (fígado e vias biliares) do que os dois primeiros (pode ser acometimento de qualquer órgão abdominal ou mesmo extra-abdominal).

Dessa forma, nosso raciocínio será melhor direcionado. E iremos “direcionar” melhor nosso exame físico com os galhos pertinentes (saiba mais no capítulo do exame físico).

Também é importante saber quais sintomas o paciente NÃO apresenta, os chamados **negativos pertinentes**. E como saber quais sintomas serão importantes indagar em cada paciente?

Nessa etapa, gosto de realizar *um raciocínio por sistemas orgânicos*.

Vimos que podemos encontrar o sintoma relatado pelo paciente que possui maior potencial localizatório. Uma vez identificado o sistema orgânico (ou mesmo órgão) que provavelmente está causando os sintomas, precisamos saber se o paciente apresenta outros sintomas relativos àquele sistema orgânico particular.

Seguindo o exemplo do paciente com dor abdominal, náuseas e icterícia. Será importante indagar o paciente sobre outros sintomas relativos ao sistema hepatobiliar, como colúria, acolia fecal, prurido, hematêmese, melena, distensão abdominal, edemas. Se for mais de um sistema implicado, devemos fazer perguntas sobre todos eles.

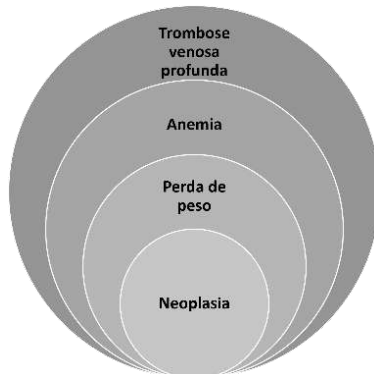
Assim, uma icterícia com colúria e acolia fecal poderá ser identificada, mesmo que o paciente não relate ativamente essas alterações.

Dessa forma, todo médico deverá saber sobre os sistemas orgânicos e os sintomas que os localizam (essas informações têm em todo livro texto de Semiologia).

Uma importante etapa é **avaliar como começaram os sintomas do paciente**, como é descrito no livro “Raciocínio clínico: diagnóstico diferencial à beira do leito”⁷: *uma coisa é como a doença procura o paciente e outra coisa é como o paciente procura o médico*.

Por exemplo, um paciente procura o médico por um quadro agudo de dor e edema em membro inferior direito, levando-nos rapidamente a inferir no diagnóstico de TVP (“como o paciente procurou o médico”). Mas ao se investigar melhor o quadro do paciente, foi identificado sintomas prévios crônicos como perda de peso e palidez (“como a doença procurou o paciente”), levando a uma importante hipótese diagnóstica de neoplasia ocasionando a TVP.

Isso eu chamo de roda do paciente:



Podemos deixar de encontrar agravos importantes se focarmos apenas nas primeiras queixas do paciente.

Para evitar cair nessa armadilha, podemos perguntar ao paciente: ***“quando foi a última vez que você se sentiu bem de saúde?”***

Perceba que é uma pergunta que pode desencadear uma série de narrativas por parte do paciente, que nada acrescentam ao processo diagnóstico.

Use-a com cuidado e com parcimônia, sendo mais indicada naqueles pacientes que não tem um diagnóstico formado (*foi em uma romaria de médicos*) ou naquele cujo quadro agudo da queixa principal pode estar relacionado a doenças mais graves, como TVP e neoplasia ou hemoptise e neoplasia.

Findado essa etapa da história da doença atual, teremos um quadro mais detalhado do que está acometendo o paciente, mas não conseguiremos ainda chegar aos diagnósticos diferenciais, dado que precisamos saber muito mais do que o conjunto de sintomas que o paciente apresenta.

Precisamos saber sobre o paciente. Quem ele é? O que ele faz? Ele tem alguma doença que justifique o quadro? Ele tem algum fator de risco para alguma doença que justifique o quadro ou mesmo uma doença grave? Ele tem mais algum problema?

Essas perguntas são respondidas no restante da entrevista, quando entraremos nos outros H's:

- **História da doença atual**
- **História patológica pregressa**
- **História medicamentosa**
- **História social**
- **História familiar**

Essas etapas são descritas em qualquer livro base de semiologia e não serão aprofundadas nesse manual. **Mas devem ser estudadas e aplicadas!**

Ao final dessas etapas teremos um quadro geral sobre o paciente que nos procura e sobre o quadro clínico que o motivou a nos procurar.

No entanto, falta ainda uma etapa muito importante da entrevista clínica.

Até o momento, exploramos as características da doença que o paciente possui. Mas não exploramos uma etapa fundamental e que fará toda a diferença na relação médico paciente: a experiência do adoecimento.

Apesar de a doença ser um padrão em todas as pessoas, a experiência do adoecimento é única e individual.

Certamente você já teve um quadro gripal antes e, com certeza foi diferente da gripe de seus pais, namorada(o), amiga(o). Até dois quadros gripais na mesma pessoa podem ser diferentes!

Entender a forma como estar doente afeta a vida do paciente é essencial para a confecção da relação médico-paciente, para adesão do paciente ao tratamento proposto e para a melhora do paciente.

E essa forma é explorada na entrevista através de perguntas que faremos aos pacientes para compreender como aqueles sintomas estão afetando a vida dele, a rotina ou mesmo a saúde mental e preocupações dele.

Para explorar essa etapa, usamos a abordagem de Medicina Centrada na Pessoa⁸, que nos orienta a buscar quatro aspectos da experiência da doença, avaliando seus **S**entimentos relacionados ao problema, suas **I**deias sobre o que pode estar acontecendo, qual a **F**unção da sua rotina esta afetada e quais as **E**xpectativas que ele tem sobre o que pode ser feito para atenuar o seu caso.

Isso é feito com perguntas sobre esses tópicos. A princípio, os pacientes podem achar estranhas essas perguntas (não estão acostumados com essa abordagem, infelizmente) e nos dar respostas nada usuais, mas é preciso seguir em frente, pois fará toda a diferença no nosso atendimento.

Perguntas como: “O senhor tem alguma preocupação específica com dessa tosse?” “O que pensa que pode ser a causa dessa dor de cabeça?” “Essa dor abdominal está afetando sua rotina? Como?” “Em que aspecto acha que eu posso ajudá-lo nessa falta de ar?” podem nos ajudar a entender a experiência de adoecimento do paciente.

Ao final da entrevista clínica, teremos um quadro geral sobre o quadro do paciente, saberemos seu histórico e sua experiência de adoecimento. Poderemos

ter formado um vínculo muito forte com ele e **descobrir o real motivo da consulta médica.**

Real motivo?

Sim, muitas vezes o paciente procura ajuda médica por uma preocupação (consciente ou não) sobre determinado problema.

Você já se perguntou por que um paciente com uma tosse há vários anos te procura somente hoje? O que o levou a mudar de comportamento e te procurar hoje e não ontem, semana passada ou amanhã?

Esse motivo pode estar explícito (a tosse piorou ou surgiu hemoptise) ou estar implícito e até mesmo no inconsciente do paciente.

Ele pode ter te procurado nesse momento pois algum familiar foi diagnosticado com câncer e ele está com medo, ou porque passou na televisão uma reportagem sobre as causas de tosse.

Ao identificarmos esse real motivo, chegamos ao ápice da entrevista, tanto para o médico quanto para o paciente. Mas nem toda consulta ele é alcançado, mas sempre deve ser buscado.

Esse real motivo é o que o professor Ricardo Bastos chama de **estímulo iatrotrópico**, em seu livro “O método clínico”⁹. Recomendo fortemente a leitura.

Por fim, é importante deixar claro que a entrevista clínica não é apenas um bate papo, ou um conjunto de perguntas e respostas.

Muitas vezes isso não é abordado na graduação e temos a impressão de que seu conhecimento e aprendizado é empírico.

Mas existem técnicas de entrevista clínica, que são usadas em contextos específicos, estimulando o paciente a falar e descrever, permitindo uma mínima interferência do médico.

Para se tornar cada vez mais proficiente na entrevista clínica, sugiro a leitura de obras específicas destinadas para esse tema, como os clássicos do professor Carrió¹⁰ e Smith¹¹ além do novo “Comunicação Clínica”¹², de colegas brasileiros.

Ao término da entrevista e da coleta de informações, você deverá ser capaz de resumir a história clínica do paciente de forma assertiva. A esse resumo, damos o nome de **“representação do problema”** ou **“vinheta clínica”** e ela será muito importante para a construção do seu raciocínio clínico durante toda a sua carreira médica (veja mais no capítulo de raciocínio diagnóstico), além de ser a melhor forma de passar um caso para seu colega, professor ou preceptor.

Não deve ser muito extensa, sendo composta por poucas linhas com as informações mais importantes do quadro.

Como fazer uma vinheta clínica?

Na vinheta clínica devemos responder as seguintes questões:

Quem é o paciente?

Dados demográficos e fatores de risco pertinentes

Qual o curso dos sintomas?

Duração (hiperaguda, aguda, subaguda, crônica) e ritmo (estável, progressivo, resolutivo, intermitente, crescente e decrescente).

Qual a síndrome clínica?

Principais sinais e sintomas

Iniciamos com o gênero e idade, seguido pelas patologias pregressas (quem é o paciente). Após iniciamos os sintomas na ordem cronológica de aparecimento, com suas características principais*, se possível evidenciando a síndrome clínica.

Exemplo:

João Alfredo, 68 anos, morador de Palmas-TO, comparece ao pronto socorro por quadro de dor torácica iniciada há uma hora, após realizar esforço físico. A dor tem intensidade 8/10, em caráter opressivo com irradiação para o membro superior esquerdo e é associada a dispneia. Apresentava quadros semelhantes há 8 meses, mas a dor era de menor intensidade e ocorria melhora ao repouso.

Paciente relata ser hipertenso e diabético, em uso regular das medicações a saber: losartana 50mg duas vezes ao dia; hidroclorotiazida 25mg uma vez ao dia; metformina 850mg três vezes ao dia.

Nega internações ou cirurgias prévias.

Nega alergia a medicamentos, bem como nega tabagismo e relata etilismo social (duas latas de cerveja por final de semana). É sedentário e obeso.

Casado, pai de 3 filhos já na faculdade.

Trabalha como advogado e mora em casa própria com saneamento básico adequado.

**(aqui usamos termos denominados qualificadores semânticos, que permitem diferenciar rapidamente entre as características. Por exemplo, ao invés de colocar tosse há 6 meses, podemos simplesmente relatar tosse crônica; dispneia que vem piorando com o passar do tempo, dispneia progressiva)*

Vinheta clínica extensa:

Masculino, 68 anos, obeso, hipertenso e diabético, com quadro **estável de dor torácica retroesternal em opressão, que irradia para membro superior esquerdo, associado a dispneia desencadeada por esforços e atenuada por repouso** relata que há 1 hora iniciou quadro semelhante, mas de maior intensidade e sem melhora ao repouso.

Ainda, podemos condensar esse quadro em:

Masculino, 68 anos, obeso, hipertenso e diabético, portador de **angina pectoris** que piorou de forma aguda com piora da intensidade da dor e sem melhora ao repouso.

Essa vinheta clínica certamente irá acionar o seu raciocínio clínico e você chegará as hipóteses diagnósticas mais prováveis, no caso síndrome coronariana aguda.

Invista nesse tema durante toda a sua carreira. A recompensa virá.

Bibliografia

- 1.Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica*. 8th ed. Guanabara Kooqan; 2019.
- 2.López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica: As Bases Do Diagnóstico Clínico*. 5th ed. Revinter; 2015.
- 3.Swartz MH. *Tratado de Semiologia Médica - História e Exame Clínico*. 7th ed. Guanabara Koogan; 2015.
- 4.Rocco JR. *Semiologia Médica*. 2nd ed. Editora Guanabara Koogan; 2022.
- 5.Martins M de A, Quintino CR, Tibério I de FLC, Atta JA, Ivanovic LF. *Semiologia Clínica*. 1st ed. Manole; 2021.
- 6.Bickley LS. *Bates - Propedêutica Médica*. 12th ed. Guanabara Koogan; 2018.
- 7.Moura CAGG, Moura CGG, Souza MMC. *Raciocínio Clínico: Diagnóstico Diferencial à Beira Do Leito*. 1st ed. Sanar; 2018.
- 8.Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR. *Medicina Centrada Na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. 3rd ed. Artmed; 2017.
- 9.Ricardo Rocha Bastos. *O Método Clínico*. Vol 1. 1st ed. Editora Belvedere; 2014.
10. Carrió FB. *Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação Para Profissionais de Saúde*. 1st ed. Artmed; 2012.
11. Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. *Smith's Patient Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*. 4th ed. McGraw Hill; 2018.
12. Dohms M, Gusso G. *Comunicação Clínica: Aperfeiçoando Os Encontros Em Saúde*. 1st ed. Artmed; 2020.

CAPÍTULO 5

Anamnese vs Entrevista Clínica

Frederico Castro Costa Póvoa¹

Raquel da Silva Aires¹

Valcirlei de Araujo¹

Cristiano da Silva Granadier¹

Larissa Jacome Barros Silvestre¹

Celiana Ribeiro Pereira de Assis¹

Vanda Moreira Tavares Araújo¹

Fabírcia Gonçalves Amaral Pontes¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

A entrevista clínica que você acabou de realizar deve ser então registrada em um documento formal. Esse documento é denominado anamnese.

Como pode ver, são coisas distintas: a entrevista clínica é o encontro e a coleta de informações ao passo que a anamnese é o registro formal dessas informações.

Enquanto a entrevista segue uma ordem que pode ser aleatória e com termos leigos, dado que é contada pelo paciente, a anamnese deve ser registrada em ordem cronológica e com termos médicos.

Devemos, então, ordenar os acontecimentos relatados pelo paciente na ordem em que ocorreram, com os termos técnicos mais adequados.

Na anamnese devemos descrever a história clínica e os dados coletados no exame físico. Ao final, elaboramos uma lista de problemas, com diagnósticos já realizados ou em abertos, além de descrever a conduta realizada.

Pontos importantes a serem observados na confecção da anamnese.

Sempre que possível, colocar datas de início de sintomas e não descrever períodos de tempos não específicos. Como trata-se de documento, ele perdurará muitos anos.

Por exemplo: “Paciente relata que iniciou quadro de cefaleia há 3 meses...”

Nesse caso, apesar de estar certo o período, no futuro, ao reler o episódio o período de início não ficará tão claro. Por isso é preferível descrever: “Paciente relata que o iniciou quadro de cefaleia em março/2023”. Assim, a informação ficará mais clara.

Outro ponto importante é no registro de exames complementares trazidos pelo paciente. Sempre devemos colocar as datas de realização deles. Lembre-se, a anamnese é um documento formal e devemos ser o mais claro possível para que no futuro essas informações sejam fáceis de serem lembradas.

Agora o mais importante: não faça a anamnese concomitantemente com a entrevista clínica!

No estágio de formação que você se encontra agora, é tentador ir escrevendo, ou digitando, enquanto o paciente narra sua história, devido ao temor de “esquecer” alguma informação.

Mas isso irá, certamente, comprometer a relação médico-paciente, já que a sua atenção está voltada para o papel, ou computador, a sua frente e não ao paciente, fazendo-o perder várias informações de linguagem não verbal.

Por isso, treine desde o princípio a fazer a entrevista e, após redigir a anamnese.

Fique com um papel para anotar datas importantes ou mesmo lista de medicamentos em uso, mas evite ficar escrevendo enquanto o paciente fala. No início é difícil, mas com o passar dos atendimentos, você conseguirá realizar a anamnese após.

Por fim, sempre sou questionado se é para fazer o “modelo tradicional” ou o SOAP.

E sempre respondo que, como a anamnese é um documento e deve conter as informações da entrevista, o modelo desse documento pouco importa. O que importa é o conteúdo.

Mas, nesse estágio de formação, em que você está aprendendo a coletar história clínica e redigir a anamnese, prefiro o modelo tradicional, que é separado por sessões (HDA, HPP, HF...), permitindo a sua sistematização e facilitando sua memorização.

Mas você deve seguir o modelo empregado na sua instituição de ensino.

CAPÍTULO 6

Semiologia Baseada em Evidências

Frederico Castro Costa Póvoa¹

Raquel da Silva Aires¹

Valcirlei de Araujo¹

Cristiano da Silva Granadier¹

Larissa Jacome Barros Silvestre¹

Celiana Ribeiro Pereira de Assis¹

Vanda Moreira Tavares Araújo¹

Fabírcia Gonçalves Amaral Pontes¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Antes de adentrarmos no capítulo do exame físico de abordagem modificado, falaremos um pouco aqui sobre Semiologia Baseada em Evidência, pois no você verão algumas informações naquele capítulo que serão explicadas aqui.

As manobras do exame físico funcionam como qualquer exame complementar, podem estar presentes ou ausentes em determinadas doenças. Ou seja, possuem uma sensibilidade e especificidade de acordo com a doença pesquisada.

Relembrando:

Sensibilidade - é a probabilidade de um resultado positivo (ou presença do sinal no exame físico) nos doentes (verdadeira positivos).

Especificidade - é a probabilidade de um resultado negativo (ou ausência do sinal no exame físico) nos não-doentes (verdadeira negativos).

Mas se levarmos em consideração apenas esses conceitos, eles são um tanto abstratos na prática médica diária.

Afinal, o que significa uma manobra com sensibilidade de 84% e especificidade de 79%? Ela seria melhor que uma com sensibilidade de 80% e especificidade de 86%?

Para melhorarmos a aplicabilidade prática, usamos um outro conceito, derivado diretamente da sensibilidade e especificidade: a *likelihood ratio* (**LR**) ou razão de verossimilhança/probabilidade¹.

Calma, o nome é feio, mas logo, logo você entenderá o conceito e sua aplicabilidade!

LR=

Probabilidade de encontrar o achado em pessoas com a doença
Probabilidade de encontrar o achado em pessoas sem a doença

A LR nada mais é que a chance de um achado estar ausente ou presente em determinada doença, sendo que seu número varia de 0 ao infinito, sendo que uma LR de 1 indica que o achado não influencia na presença ou ausência da doença, não sendo, portanto, útil.

Assim temos $LR > 1$, que denominamos de LR^+ (LR positiva), onde a **presença** do achado **aumenta** a chance de a doença estar presente, e temos a $LR < 1$, a LR^- (LR negativa) onde a **ausência** do achado **reduz** a chance de a doença estar presente.

Dessa forma, **quanto mais próximo de 1 for a LR, menos útil é o achado, quanto mais distante de 1, mais útil é o achado.**

Para encontrarmos a LR da manobra semiológica (ou do exame complementar ou do sintoma na entrevista clínica) devemos conhecer a sensibilidade e a especificidade da mesma.

Sendo que a:

$$LR^+ = \frac{\textit{Sensibilidade}}{(1 - \textit{Especificidade})}$$

e

$$LR^- = \frac{(1 - \textit{Sensibilidade})}{\textit{Especificidade}}$$

Para interpretarmos esses valores:

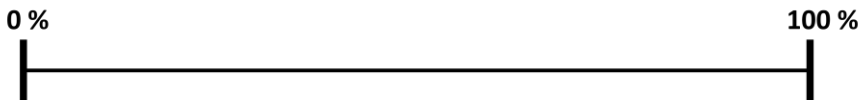
<i>Likelihood Ratio (LR)</i>	Efeito na probabilidade da doença
>10	Grande
5	Moderado

2	Leve
1	Nenhum
0,5	Leve
0,2	Moderado
<0,1	Grande

Mas como usar essa informação no nosso raciocínio clínico?

No nosso processo de diagnóstico, utilizamos o **pensamento probabilístico (ou Bayesiano^{1,2})**. Tudo que fazemos é pensando em probabilidades. Isso nos leva a figura abaixo:

Probabilidade do Diagnóstico



Difícilmente na Medicina teremos 0% ou 100% de certeza no diagnóstico, mas tentamos nos aproximar o máximo possível deles. Quando mais próximo de 0 menor chance do diagnóstico e quando mais próximo de 100, mais essa chance.

Utilizando o raciocínio probabilístico, podemos aumentar e reduzir a probabilidade de uma determinada doença usando achados da anamnese e/ou do exame físico e/ou de exames complementares.

É aí que entra a LR.

Quando o paciente nos procura com determinada queixa, nós temos uma probabilidade inicial de determinadas doenças. Essa probabilidade inicial é denominada de ***probabilidade pré-teste***. Ela é a chance daquele paciente específico ter, de fato, a doença. Esse dado corresponde à **prevalência** da doença na população.

Mas, esteja atento pois a *probabilidade pré-teste muda de acordo com um cenário*. Por exemplo, um paciente com dispneia tem uma menor probabilidade de ter uma cardiopatia em um ambulatório de atenção primária do que em relação a um ambulatório de cardiologia.

Isso se deve à amostra dessas populações. No ambiente de atenção primária temos diversas patologias que podem explicar a dispneia do paciente, como cardiológica, respiratórias, sistêmicas e psicológicas. Ao passo que o paciente que comparece ao ambulatório de cardiologia tem uma grande chance de já ter excluído as outras causas de dispneia (pela própria atenção primária), restando as cardiológicas.

Mas no atual sistema de saúde do Brasil, devemos estar atentos, pois pacientes que possuem planos de saúde podem ir direto no especialista, sem passar pela atenção primária antes, sendo, portanto, dever do especialista excluir as outras causas de doenças. Esse fato é um dos grandes motivos para

erros diagnósticos, uma vez que o especialista tende a pensar e valorizar mais as doenças e queixas da sua especialidade!

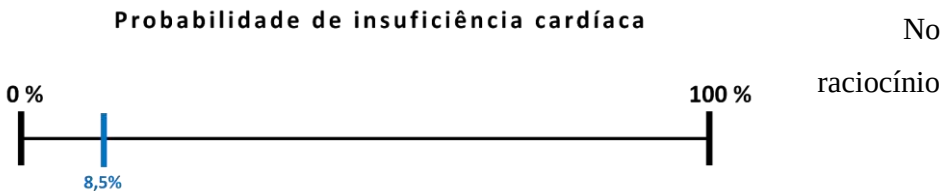
**“Para quem só sabe usar martelo, todo problema é um prego”
(Maslow, Abraham)**

Fique atento a esse tipo de erro de raciocínio, que denominamos *viés de disponibilidade*.

Voltando à probabilidade pré-teste, podemos encontrá-la com uma rápida busca na internet de estudos de prevalência de doenças e usar a prevalência como nossa probabilidade pré-teste.

Por exemplo, estamos em um ambulatório de atenção primária e iremos avaliar uma consulta de um paciente de 65 anos com dispneia. Dentre as inúmeras causas de dispneia temos insuficiência cardíaca. Uma rápida pesquisa em base de dados (PubMed), encontramos uma prevalência de insuficiência cardíaca (IC) em indivíduos maiores que 65 anos de 8,5%³. Essa é a nossa probabilidade pré-teste.

Como faremos então para elucidar o diagnóstico?



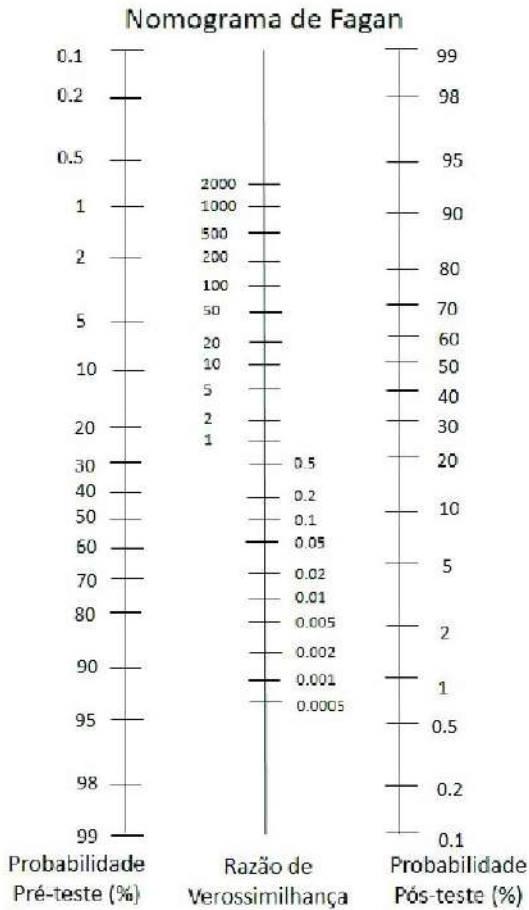
probabilístico, usamos um achado que irá aumentar ou reduzir essa probabilidade, através da LR.

No livro do McGee², identificamos que existem dois achados que tem uma grande LR+ para insuficiência cardíaca, ou seja, aumentam a probabilidade dessa patologia, se presentes. São eles o refluxo hepatojugular com LR+ 8 e o desvio do ictus cordis lateralmente com LR+ 5,8.

Mas como isso aumenta a probabilidade do diagnóstico?

Para obtermos essa informação, podemos realizar cálculos matemáticos mais complexos (ou difíceis e demorados de realizar a beira leito), que são inviáveis. Na prática diária podemos utilizar o *Nomograma de Fagan* ou *fazer uma estimativa global aproximada*.

Vamos ver como podemos usar cada uma delas.

NOMOGRAMA DE FAGAN⁴

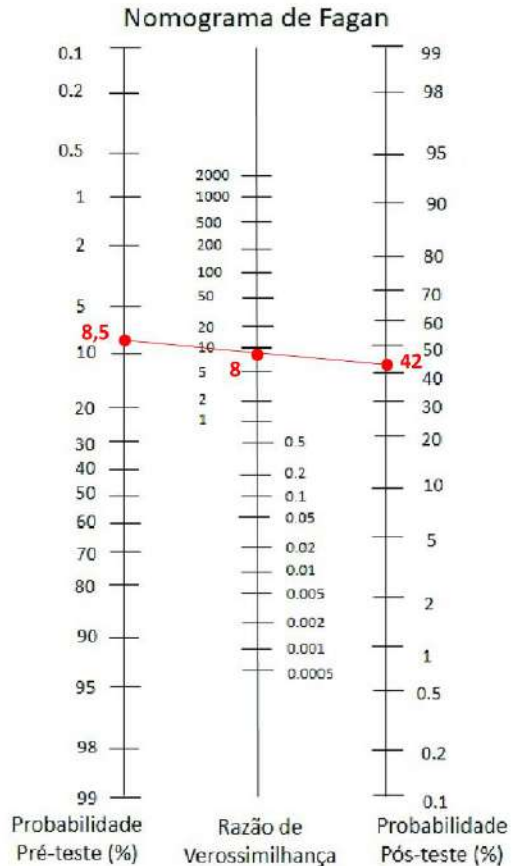
Nesse método, temos três linhas verticais, sendo a da esquerda referente a probabilidade pré-teste, a intermediária a *likelihood ratio* e a da direita a probabilidade pós-teste.

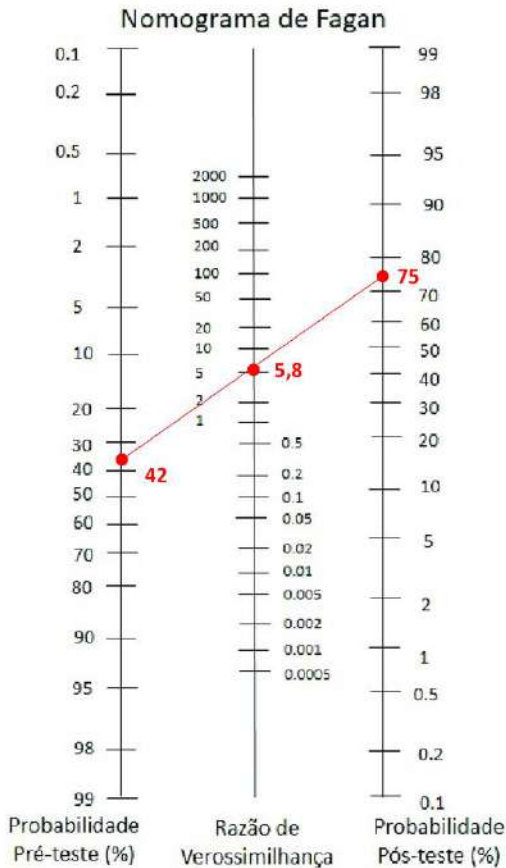
Utilizando nosso exemplo, temos uma probabilidade pré-teste de 8,5%, e ao encontrarmos refluxo hepatojugular presente, temos uma LR+ de 8. Basta

traçarmos uma linha reta que sai da probabilidade pré-teste de 8,5 passando pela LR de 8 e encontraremos a probabilidade pós-teste de aproximadamente 42%.

Assim, nosso paciente agora tem uma probabilidade de ter insuficiência cardíaca de 42%.

Mas ainda podemos fazer mais testes, como buscar a localização do ictus cordis.





Agora nossa probabilidade pré-teste é 42%.

O desvio do ictus cordis tem uma LR+ de 5,8.

Jogando os dados no nomograma encontraremos uma probabilidade de insuficiência cardíaca de 75%.

Esse é o raciocínio probabilísticos, onde a presença de uma condição (no caso o primeiro teste) afeta a

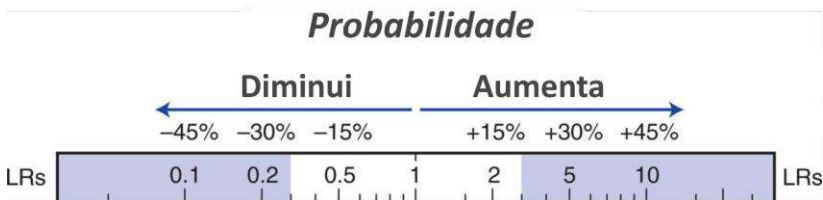
probabilidade da outra condição (o segundo teste). Em outras palavras: a probabilidade pós-teste de uma manobra torna-se a probabilidade pré-teste para a manobra seguinte.

Ou seja, um paciente de 65 anos com dispneia que apresente ao exame físico, refluxo hepatojugular presente e desvio do ictus cordis lateralmente à

linha hemiclavicular tem uma probabilidade de 75% de possuir insuficiência cardíaca!

ESTIMATIVA APROXIMADA²

Outra forma, mais prática, de estimar a probabilidade de um determinado diagnóstico é a soma das alterações das probabilidades aproximadas à probabilidade pré-teste.



Olhando a figura acima, percebemos que as LR+ 2, 5 e 10 **aumentam** a probabilidade em 15%, 30% e 45%. Por outro lado, as LR- 0,5, 0,2 e 0,1 **reduzem** a probabilidade em 15%, 30% e 45%.

De volta no nosso exemplo do paciente de 65 anos com dispneia.

Temos a probabilidade pré-teste de insuficiência cardíaca de 8,5%. O refluxo hepatojugular tem LR+ de 8, ou seja, eleva a probabilidade entre 30% e 45%. Podemos utilizar então a metade, 40%. Assim temos uma probabilidade pós-teste de 48,5%.

Por sua vez, o desvio do ictus tem uma LR⁺ de 5,8 aumentando a probabilidade de IC em 30%. Assim, à nossa, agora, probabilidade pré-teste de 48,5 seria somado 30%, dando uma probabilidade pós-teste de IC de 78,5%.

Muito próxima da probabilidade obtida utilizando o nomograma de Fagan!

Mas atenção! Somente associaremos os LR se as manobras não tiverem a mesma justificativa fisiopatológica. Por exemplo, a presença de brendopneia (dispneia após inclinar-se para frente por 30 segundos) possui uma LR⁺ de 3,2 para insuficiência cardíaca. Mas não a usamos no nosso raciocínio. Isso se deve ao fato de a brendopneia e o refluxo hepatojugular **compartilharem o mesmo mecanismo fisiopatológico**, a elevação das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo. Quando isso ocorre, usamos apenas uma manobra, logicamente a que tem melhor LR, como foi o refluxo hepatojugular no caso.

Dessa forma, podemos usar as evidências obtidas de estudos de manobras semiológicas e sintomas para poder inferir a probabilidade de determinados diagnósticos. Podemos usar a literatura específica de semiologia baseada em evidências^{2,5} ou buscar novas evidências nas bases de dados, procurando pela manobra desejada, doença suspeitada e a sensibilidade e especificidade da mesma, podendo com isso calcular a *likelihood ratio* e aplicá-la.

Mas, infelizmente, nem toda manobra semiológica dispõe de evidência de sua sensibilidade e especificidade. Por isso temos que ter o julgamento

clínico na semiologia. Devemos empregar as manobras que sabidamente possuem as melhores LR+ e LR-, evitar aquelas que possuem LR próximo de 1 (não são úteis na prática). ***Para as manobras que não dispomos dos dados acima, continuamos a utilizá-las, mas sempre com julgamento crítico.***

Ou seja, **a semiologia baseada em evidência nos ajuda a filtrar as melhores manobras e evitar as desnecessárias.**

Por fim, fique tranquilo!

Na beira do leito não ficamos fazendo contas de probabilidades. Com o conhecimento das melhores manobras a serem realizadas, fazemos as inferências de aumento ou redução das probabilidades diagnósticas para tomarmos as decisões. Não precisa ser (e nem é!) exato.

Quando atender um paciente idoso com dispneia, você já sabe que pode usar as duas manobras acima que se presente aumentam consideravelmente a probabilidade diagnóstica de IC, não precisando efetuar cálculos para isso.

Com o tempo e, principalmente, com a prática, você conseguirá realizar isso de forma medular.

Bibliografia

1. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. *Diretrizes Para Utilização Da Literatura Médica - Manual Para Prática Clínica Da Medicina Baseada Em Evidências*. 2nd ed. Artmed; 2011.
2. McGee S. *Evidence-Based Physical Diagnosis*. Vol 1. 5th ed.; 2021.

3. Bozkurt B, Ahmad T, Alexander KM, et al. Heart Failure Epidemiology and Outcomes Statistics: A Report of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail.* 2023;29(10):1412-1451. doi:10.1016/j.cardfail.2023.07.006
4. Fagan T. Nomogram for Bayes's Theorem. *New England Journal of medicine.* 1975;293(5):257-257. doi:10.1056/NEJM197507312930513
5. Simel, David L, Rennie, Drummond, Keitz, Sheri A. *The Rational Clinical Examination.*; 2009.

CAPÍTULO 7

Exame Físico de Abordagem

Frederico Castro Costa Póvoa¹

Raquel da Silva Aires¹

Valcirlei de Araujo¹

Cristiano da Silva Granadier¹

Larissa Jacome Barros Silvestre¹

Celiana Ribeiro Pereira de Assis¹

Fabírcia Gonçalves Amaral Pontes¹

Raimundo Célio Pedreira¹

Vanda Moreira Tavares Araújo¹

Thompson Oliveira Turíbio¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

O exame físico é um passo essencial durante a avaliação de pacientes que buscam ajuda médica, em qualquer ambiente, seja no ambulatório, no pronto-socorro, na enfermaria ou na unidade de terapia intensiva.

Ele fornece informações imprescindíveis para a realização do diagnóstico do quadro que acomete o doente.

Além disso, o exame físico faz parte do “ritual” do atendimento médico. Através dele o paciente sente-se acolhido, bem avaliado e há uma melhora na relação médico-paciente¹.

Quem nunca ouviu algum conhecido reclamar após uma consulta médica: “o médico nem tocou em mim!”?

Esse ritual, desde que seja bem executado, tem um efeito benéfico nos sintomas do paciente, semelhante a um placebo². O grande Balint, em seu clássico livro³, sabiamente denominou esse efeito como “o médico como instrumento terapêutico”.

Diante o exposto, a realização do exame físico é uma competência clínica essencial para todos os médicos, independente da especialidade. Patologista e radiologistas não examinam diretamente o paciente, mas dependem da coleta da história clínica e dos achados do exame físico para auxiliá-los nos seus papéis.

Uma dúvida muito frequente e pertinente dos alunos que estão iniciando seus atendimentos em pacientes reais é sobre a realização do exame físico. Classicamente estudamos nos grandes compêndios de Semiologia as mais diversas manobras de exame físico, literalmente “da cabeça aos pés”. Isso nos gera uma ansiedade, pois no atendimento não sabemos se devemos realizar o exame físico completo ou não.

As funções primordiais do exame físico são avaliar a gravidade do quadro do paciente e corroborar ou refutar nossa hipótese diagnóstica.

A avaliação da gravidade se dá pela mensuração e análise dos sinais vitais. Eles não nos fornecem dados sobre o diagnóstico do agravo do paciente, mas nos dizem se o quadro clínico está grave ou não (independentemente da causa).

Assim, todo exame físico deve iniciar pelas medidas dos sinais vitais, a saber: frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação de oxigênio, temperatura e nível de consciência.

A outra função do exame físico é a de “testar” as hipóteses geradas pela entrevista clínica, aumentando ou reduzindo as probabilidades de cada doença aventada.

Dessa forma, na prática, o exame físico não é realizado de forma completa, da cabeça aos pés, em todos os pacientes. Perderíamos tempo realizando manobras desnecessárias. Realizamos o exame físico dirigido pelas hipóteses diagnósticas⁴, ou seja, executamos as manobras mais apropriadas de acordo com as queixas e hipóteses diagnósticas aventadas na entrevista clínica⁵.

E é exatamente assim que os clínicos mais experientes atuam na prática diária. Realizam a entrevista clínica, formulam hipóteses diagnósticas, realizam o exame físico direcionado para as hipóteses e realizam o diagnóstico. A anamnese e o exame físico são responsáveis por 73% a 91% de todos os diagnósticos realizados⁶⁻⁹.

O médico experiente, faz o exame físico dirigido por hipóteses, *buscando ativamente* sinais que aumente ou reduzam a probabilidade de determinada doença estar presente. O médico em formação ainda desconhece esses sinais, logo ele faz, no início da sua formação, uma “busca cega” durante o exame físico, realizando as etapas preconizadas nos grandes tratados de semiologia e se frustra ao não encontrar as alterações que neles estão descritas.

Ao discutir o caso com o preceptor/professor, este rapidamente identifica determinado sinal que passou batido por você. Não se preocupe, isso é cotidiano e esperado no seu atual estágio de formação.

Isso é explicado por uma frase do grande filósofo Immanuel Kant:

“Quem não sabe o que busca, não identifica o que acha”

Muitas vezes se você não busca, com atenção, um sopro, uma crepitação, uma mácula, você não a encontrará! Por isso o exame físico dirigido por hipótese é tão realizado. Nós vamos em busca desses achados.

Mas você ainda está iniciando seus atendimentos, não consegue (*ainda!*) evocar hipóteses diagnósticas pela anamnese e tem dificuldade em saber quais manobras realizar no exame físico. Como deve proceder no ambulatório?

No seu atual estágio da educação médica, penso que devemos **mesclar e adaptar** as duas formas de realizar o exame físico, “da cabeça aos pés” e “dirigido por hipóteses”. O primeiro porque você precisa ter bagagem e aprender como fazer as diversas manobras para quando for necessário realizá-las em pacientes com as patologias que as necessitem. O segundo, para saber, na suspeita de determinadas patologias, quais manobras tem realmente valor para serem realizadas. Um exemplo clássico é o famoso sinal de Homans, que foi usado e ensinado por muitos séculos como um sinal que indicasse trombose venosa profunda (TVP). Mas, na realidade, esse sinal não em valor semiológico

nenhum¹⁰. Vale o mesmo que jogar uma moeda para cima para definir se há ou não TVP.

Adicione ainda um importante fator do exame físico, que por vezes, é desvalorizado. O exame físico **normal**.

Se você fizer muitas manobras de exame físico que estão normais, você automaticamente, irá incorporar no seu subconsciente esse padrão da normalidade. Em um paciente em que a mesma manobra fornece uma informação diferente da que você está acostumado você já ficará incomodado, pois não está normal, e irá em busca da causa, por mais que você nesse primeiro momento, não saiba exatamente o que está errado.

Por exemplo, imagine que você está fazendo o exame físico do seu paciente no ambulatório e ao realizar a ausculta cardíaca, identifica um ruído “estranho”. Não parece o famoso “TUM-TÁ” que você está acostumado. Você não consegue ainda interpretar se esse ruído estranho é uma bulha acessória, um desdobramento, um estalido ou mesmo um sopro. Mas conseguiu identificar uma anormalidade. Irá discutir com seu preceptor e ele vai ajudar a nomear essa anormalidade.

Perceba, você só conseguiu fazer isso pois já sabe o que é o padrão da ausculta normal. E como você sabe qual é esse padrão?

A resposta é simples: realizando ausculta cardíaca de diversas pessoas que não tem problemas cardíacos. *É assim que você constrói seu repertório da normalidade*. Isso vale para todo o exame físico!

Mas o que vemos nos ambulatórios e enfermarias é o exato oposto: médicos em formação que não examinam os pacientes. Só querem examinar quando há alguma alteração no exame físico.

Estão invertendo os passos!

Óbvio que examinar pacientes que possuem alterações no exame físico é importante, mas não devemos negligenciar o **exame físico normal**.

Então, como mesclar essas duas formas de realizar o exame físico?

Encontrei a resposta num livro que considero essencial para todo médico (esteja ele em formação ou não).

O livro do Professor Ricardo Bastos “O método clínico”. Se ainda não o tem, compre-o agora!

Nesse livro o professor Ricardo descreve uma forma de realizar o exame físico de maneira orientada e sistematizada, permitindo que o mesmo seja repetido diversas vezes, até que se torne medular.

Ele o denomina como **exame físico de abordagem**, onde tem o **tronco principal** (um conjunto de manobras básicas, a serem realizadas em todos os pacientes – seria o equivalente ao exame da cabeça aos pés) e os **galhos** (conjunto de manobras específicas, a serem realizados de acordo com a queixa do paciente – seria o equivalente ao exame físico dirigido por hipóteses).

Tive a liberdade de suprimir umas etapas e adicionar outras, de acordo com a realidade de um ambulatório de Pneumologia, mas a essência é a mesma.

Exame físico de abordagem modificado (EFAm)

O exame físico inicia-se já no chamado do paciente na sala de espera. Observe o mesmo. Ele anda vagarosamente? Está com dificuldade para respirar? Está com dificuldade para conversar?

Essas informações serão preciosas para o início da entrevista clínica, se a queixa for de dispneia. Uma queixa de dispneia intensa ou mesmo uma dispneia “até para falar” deverá estar associada a uma grande dificuldade do paciente para se locomover da sala de espera até o consultório, uma vez que o esforço para falar é inúmeras vezes menor do que o esforço para deambular. Se não houver essa combinação, uma abordagem mais ampla, incluindo os fatores emocionais certamente ajudará nosso paciente.

A realização do EFAm segue com a antropometria. São coletadas as medidas da estatura, do peso e da circunferência abdominal. Também é calculado o índice de massa corporal (IMC).

Essa etapa não é apenas protocolar, mas nos traz diversas informações importantes.

A obesidade está relacionada a pior controle da asma¹¹, a uma pior qualidade de vida em pacientes portadores de doenças respiratórias¹²⁻¹⁴ e a um maior risco cardiovascular^{15,16}.

Um aumento da circunferência abdominal também está relacionado a um maior risco cardiovascular^{15,16}, e esse dado é importante no paciente tabagista

e no portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), uma vez que **dois terços** dos pacientes com essa patologia falecem por causas cardiovasculares e não pela doença em si^{17,18}.

Ainda, um IMC menor que 20 em portador de doença respiratória crônica nos alerta sobre possível estado de caquexia e doença mal controlada ou em progressão.

Valores de referência:

IMC	
Caquexia (se portador de doença respiratória crônica)	< 20 Kg/m ²
Normal	20 a 24,9 Kg/m ²
Sobrepeso	25 a 29,9 Kg/m ²
Obesidade grau I	30 a 34,9 Kg/m ²
Obesidade grau II	35 a 39,9 Kg/m ²
Obesidade grau III	> 40 Kg/m ²
Circunferência abdominal	
Homens	> 102cm
Mulheres	> 88 cm

Uma vez coletado os dados antropométricos, seguimos com o paciente sentado para a medida da temperatura (seja axilar à direita ou na frente).

A medida da temperatura é um passo importante, dado que é um sinal vital e pode nos mostrar se o paciente está com febre e não notou ou percebeu.

Próxima etapa é avaliação dos membros superiores, com a inspeção da pele, seguida pela análise dos pulsos radiais bilaterais. Nesse momento, realizamos a inspeção dos dedos das mãos e medimos a oximetria no membro superior direito enquanto aferimos a pressão arterial no membro superior esquerdo.

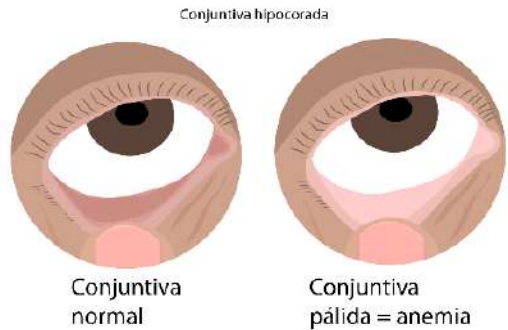
Avaliando a pele dos membros superiores poderemos pesquisar o grau de hidratação do paciente, através do turgor, bem como avaliar a elasticidade da mesma, sendo que a pele mais endurecida é um sinal de uma doença do tecido conjuntivo que pode afetar o sistema respiratório, a Esclerose Sistêmica. Na inspeção dos dedos, avaliamos se há presença de baqueteamento digital (indicando possível doença respiratória – mas, lembre-se, existem outras causas!), cianose (indicando alteração na troca gasosa), lesões vasculares ou alterações articulares (indicando possibilidade de doença do tecido conjuntivo, como vasculites e artrite reumatoide). Por fim, aferimos a oximetria e a pressão arterial.

Seguimos com a avaliação dos olhos, com a observação da coloração das mucosas, da movimentação ocular extrínseca e das pupilas.

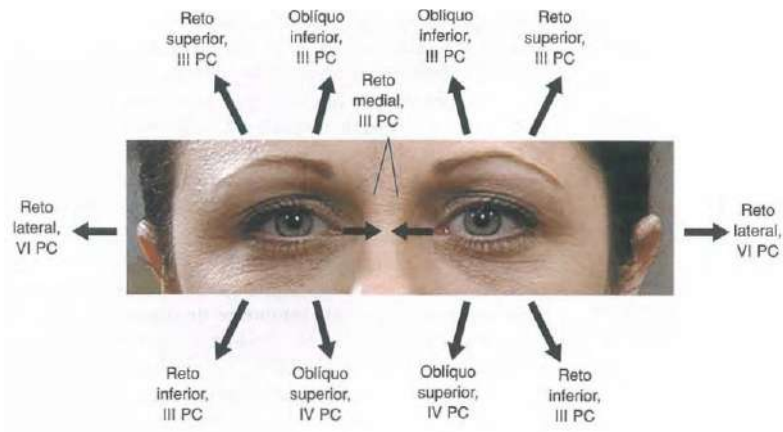
A avaliação da coloração das conjuntivas nos fornece informação acerca da possibilidade de anemia. Um paciente com sintomas respiratórios e anemia pode nos indicar que ele apresenta uma doença crônica, embora essa associação deva ser confirmada

afastando-se outras causas de anemia que forem igualmente prováveis. A ausência de duas zonas de pigmentação na face interna da pálpebra inferior é um achado muito sugestivo de anemia, com uma LR +16,7 (aumentando a possibilidade anemia em mais de 45%)¹⁰. *

A avaliação da movimentação extrínseca será aqui realizada para que você comece a construir sua padronização de exame físico neurológico normal, uma vez que não é um achado comum no ambulatório de pneumologia o encontro de anormalidade nessas manobras. Aqui analisamos a função motora dos pares de nervos cranianos: III, IV e VI. O encontro de uma MOE alterada implica em realizar um exame neurológico mais minucioso (galho do exame físico).



Fonte: Adaptado de: PINHEIRO, P. 7 sintomas da anemia. MD.SAÚDE, 2016.
Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2012/05/sintomas-da-anemia.html>



Fonte: Mosby Guia do exame físico, 6ed (2008)¹⁹

PC: par craniano

**Para mais detalhes de likelihood ratio e probabilidade diagnóstica, consulte o capítulo sobre semiologia baseada em evidências.*

Por fim, analisamos as pupilas e suas reações à luz. Pesquisamos se as pupilas estão de tamanho semelhantes (isocóricas) ou diferentes (anisocóricas).

Em caso de pupilas de tamanho diferentes, devemos saber qual delas é a que está acometida. Seria a que está maior (midriática) ou menor (miótica)?

Se a anisocoria piora quando escurecemos a sala e/ou se ambas as pupilas reagem à luz (se contraem), a pupila do lado miótico esta anormal, causada pela paresia do músculo dilatador da pupila¹⁰. Esse acometimento pode se dá em diferentes níveis do sistema nervoso, sendo de importância na Pneumologia o acometimento do neurônio de segunda ordem, ou pré-

ganglionar, da via simpática. Tumores que acometem os ápices dos pulmões (tumores de Pancoast), podem causar compressão dessas raízes, com consequente acometimento das pupilas, causando a anisocoria mencionada acima.

Se o paciente, além da anisocoria pela miose, apresentar ptose palpebral e anidrose ipsilateral, temos a chamada Síndrome de Horner. O carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma são as principais neoplasias que cursam com essa síndrome²⁰.

Percebam que esse é um dado que pode ser obtido com simples avaliação do olho e da pupila, mas que pode facilmente passar despercebido se não o buscar ativamente, sobretudo em pacientes tabagistas. Lembrem da frase do Kant?

Saindo dos olhos, iremos realizar a oroscopia.

Na avaliação da cavidade oral iremos buscar a presença de muco na orofaringe (achado sensível, mas pouco específico de gotejamento pós-nasal²¹ – umas das grandes causas de tosse crônica!).

Também avaliaremos o estado de conservação dos dentes, sendo se estiverem em mau estado configura fator de risco para abscesso pulmonar.

Por fim, procuraremos lesões na cavidade dado que pacientes tabagistas possuem elevada incidência de neoplasia de boca e língua.

Seguindo pelo exame, iremos realizar a otoscopia.

A realização da otoscopia é importante, sobretudo nos pacientes com queixa de tosse crônica, uma vez que reflexo de Arnold (oto-respiratório)²². Esse é o reflexo que nos faz tossir ao passar um cotonete no ouvido, por exemplo (não que isso seja indicado!). Por conseguinte, a presença de um corpo estranho, rolha de cerúmen ou um colesteatoma pode ser a causa da tosse crônica do paciente^{21,23,24}.

Na região cervical, iremos avaliar a presença e características de possível linfadenopatia.

Palpamos bilateralmente as cadeias de linfonodos cervicais (occipital, pós-auricular, cervical anterior, cervical posterior, submandibular, submental e pré-auricular) e analisamos tamanho, mobilidade, consistência, sensibilidade. Esses linfonodos são responsáveis pela drenagem do couro cabeludo e das regiões da cavidade nasal, boca, soalho da boca, língua, palato. São especialmente importantes nos pacientes tabagistas, que tem maior risco de neoplasia de cabeça e pescoço.

A presença de linfonodo fixo, maior que 3cm e de consistência pétrea eleva a probabilidade de doenças malignas ou granulomatosas em aproximadamente 45% (LR +10,9), 40% (LR +8,4) e 20% (LR +3,2), respectivamente¹⁰.

*Ainda, devemos pesquisar a presença de linfonodos supraclaviculares, bilateralmente, uma vez que apesar de serem palpáveis superficialmente, realizam a drenagem dos membros superiores, pescoço, **cavidade torácica***

(linfonodo supraclavicular direito) e cavidade abdominal (linfonodo supraclavicular esquerdo). A presença de linfonodo supraclavicular palpável aumenta a probabilidade de doenças malignas ou granulomatosas em aproximadamente 20% (LR +2,9)¹⁰.

Além de avaliar a altura laríngea.

A distância entre a proeminência laríngea e a fúrcula esternal é denominada altura laríngea. Quando essa distância está menor que 4cm no final da expiração aumenta a probabilidade de o paciente apresentar hiperinsuflação pulmonar (podendo ser secundária a DPOC ou asma grave) em aproximadamente 20% (LR +3,6)¹⁰.

Terminado com a região cervical, iremos prosseguir para o exame físico respiratório, com a inspeção, ausculta, percussão e palpação. Na pneumologia, invertemos a ordem natural do exame físico, uma vez que a ausculta é a parte mais sensível do exame. Se a mesma se encontrar normal, possivelmente a palpação e a percussão também estarão normais.

Lembre-se o tórax é tridimensional. A ausculta, percussão e palpação devem ser feitas na região anterior, lateral e posterior do tórax e seus achados devem ser comparados com o lado contralateral do mesmo paciente e não entre pacientes diferentes. Por exemplo, devemos comparar a presença de expansibilidade reduzida entre o lado direito e esquerdo do mesmo paciente e não entre o paciente A com o paciente B.

Em caso de paciente tabagista ou com exposição a queima de biomassa, com sintomas respiratórios:

Na inspeção, observamos a forma que o paciente respira. A respiração com lábios semicerrados (como se estivesse soprando), aumenta a probabilidade de DPOC em 15% (LR +2,7)¹⁰.

Ainda nessa etapa, observe o tórax do paciente enquanto o mesmo inspira. Os últimos arcos costais normalmente acompanham o restante da caixa torácica na inspiração, tendendo a afastar-se da linha média. A presença da aproximação desses arcos costais é denominada sinal de Hoover²⁵ (figura 1) e aumenta a probabilidade de DPOC em aproximadamente 25% (LR +4,2)¹⁰.

Figura 1 – Sinal de Hoover (modificado de Lemyze (2011))²⁵



Para ver o vídeo do sinal de Hoover, entre no link:

https://www.cmaj.ca/highwire/filestream/58373/field_highwire_adjunct_files/0/image-lemuze-1-at.wmv

À ausculta, a redução global dos sons respiratórios, a presença de sibilos e a presença de crepitações no início da inspiração também eleva a probabilidade de DPOC em 20% (LR +3,5), 20% (LR +4,4) e 50% (LR +14,6)^{10,26}. Na percussão da área cardíaca (borda esternal inferior esquerda), a ausência de macicez aumenta a probabilidade de DPOC em 45% (LR +11,6)¹⁰.

Em pacientes com sintomas respiratórios recorrentes, mas sem exposição ao tabagismo ou queima de biomassa, a presença de sibilos à ausculta aumenta a probabilidade de doença obstrutiva de vias aéreas (principalmente asma) em 20% (LR +4,4)²⁶.

Já em pacientes com sintomas respiratórios agudos com febre, tosse e expectoração, a evidência de assimetria na expansibilidade torácica aumenta a probabilidade de pneumonia em quase 70% (LR +44,1), bem como a presença de crepitações localizadas e percussão maciça aumentam a probabilidade de pneumonia em 15% (LR +2,8) e 20% (LR +3,6), respectivamente^{10,26}.

Se no mesmo lado do hemitórax encontrarmos murmúrio vesicular reduzido ou abolido, frêmito tóracovocal reduzido ou abolido, macicez à percussão e expansibilidade assimétrica eleva a probabilidade de derrame pleural em 30% (LR +5,2), 30% (LR +5,7), 30% (LR +4,8) e 40% (LR +8,1). Esses achados configuram a síndrome do derrame pleural.

Terminado o exame do aparelho respiratório, iremos agora proceder a avaliação dos reflexos

Da mesma forma que na avaliação da movimentação ocular extrínseca, o motivo de pesquisarmos os reflexos bicipital e patelar no EFAM é construir sua padronização de exame físico neurológico normal.

O reflexo bicipital avalia as raízes de C5-C6 e o patelar, de L2-L4.

Nesses avalie a presença e a amplitude das respostas.

O encontro de um reflexo alterado implica em realizar um exame neurológico mais minucioso (galho do exame físico).

Terminamos as manobras que deverão ser realizadas com o paciente sentado. Agora pedimos para que ele assuma o decúbito dorsal, elevamos a cabeceira em 30-45° e nos posicionamos à sua direita.

O primeiro passo é avaliar novamente a região cervical, mas dessa vez nos ateremos aos vasos cervicais, mais especificamente às veias jugulares.

A presença de veias jugulares (seja as internas ou externas) túrgidas é indicativo de que o paciente pode ter uma elevação da pressão venosa central (PVC). Se o paciente apresenta queixa de dispneia, essa elevação da PVC pode ser por uma insuficiência cardíaca esquerda (aumenta a probabilidade de redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo em cerca de 30% (LR+ 6,3) e/ou aumento da pressão diastólica ventricular esquerda em 25% (LR +3,9), por uma hipertensão arterial pulmonar (aumenta a probabilidade dessa patologia em 15% (LR+ 2,5) ou por insuficiência tricúspide severa (LR+ 10,9)¹⁰.

Ainda na inspeção das jugulares, realizaremos agora a manobra de refluxo hepatojugular (ou mais apropriadamente, abdominojugular). Pressionamos a região média do abdome por 10 segundos e observamos se

houve aumento na turgência das jugulares. Em pacientes com dispneia, se houver um aumento o teste é positivo e indica que há um aumento na pressão das câmaras esquerdas do coração (LR+ 8,0), ao passo que esse teste negativo reduz a probabilidade de doença cardíaca esquerda (LR- 0,3)¹⁰.

Agora, procederemos a análise dos membros superiores

Realizamos a medida da PA no MSD e comparamos com a obtida no MSE anteriormente. Diferença maior que 15mmHg significa aumento do risco cardiovascular e o arco aórtico deve ser estudado. Diferença normal é de 6mmHg.

Seguimos com a ausculta cardíaca.

Para que você consiga entender os eventos que irá auscultar, é estritamente indicado que você revise o ciclo cardíaco em um bom livro de fisiologia. Ali você entenderá o que se passa em cada fase do ciclo cardíaco, quando as valvas se abrem e fecham e o que ocorre no período de sístole e diástole. Com essas informações sedimentadas, a ausculta cardíaca ficará menos complexa, pois basta entender em que fase do ciclo cardíaco está o achado da ausculta e você caminhará em direção ao diagnóstico.

Por exemplo, a ocorrência de B3 é devido a uma deficiência na sístole, gerando um som adicional na fase de enchimento rápido do coração, sendo, portanto, um **evento diastólico**, ocorrendo logo após B2.

Essa parte do exame físico é sempre causadora de muitas angústias aos médicos em formação, inclusive médicos formados e residentes. A única forma de aprender é praticando!

Primeiro, devemos conhecer nosso estetoscópio. O mais importante é conhecer o auscultador, que geralmente é duplo. Essa é a parte que colocamos sobre o tórax do paciente. E eles diferem de acordo com a marca do produto. Temos marcas que possuem auscultador adulto e pediátrico (ambos com a membrana), temos marcas em que temos uma parte com a membrana (que denominamos diafragma) e uma parte sem a membrana (que denominamos campânula).

O diafragma tem a função de auscultar sons de alta frequência, ao passo que a

Figura 3 - Estetoscópio



Fonte: <https://cardiopapers.com.br/quais-sons-sao-melhor-audiveis-usando-campanula-do-estetoscopio>)

campânula, os sons de baixa frequência. Ao usar a campânula, devemos aplicar pouca pressão sobre o corpo do paciente, colocando-a suavemente sobre a região.

Em estetoscópio com auscultador duplo, ambos com membrana (adulto e pediátrico), para ouvir sons de baixa frequência (modo campânula), basta colocar o estetoscópio suavemente sobre a região a ser examinada, pois com uma pressão leve o estetoscópio funciona como campânula e com uma pressão maior, funciona como diafragma.

Figura 4 - Estetoscópio duplo



Fonte: <https://littmann.com>

Sons de alta frequência: B1, B2, cliques e estalidos e determinados sopros

Sons de baixa frequência: B3 e B4

Para iniciar a ausculta, devemos encontrar os focos de ausculta. Essa etapa é fundamental, pois serão nesses locais que os sons que representam as valvas cardíacas são mais audíveis.

Assim, devemos colocar a mão no manúbrio do esterno e, em sentido caudal, vamos descendo os dedos até encontrar uma leve elevação, correspondente a ligação entre o manúbrio e o corpo do esterno, chamado de ângulo de Louis. As segundas costelas se ligam ao esterno exatamente nesse local. Imediatamente abaixo da segunda costela, encontramos o segundo espaço intercostal (EI). A partir daí, a localização dos focos fica mais fácil.

Foco aórtico: Segundo EI direito

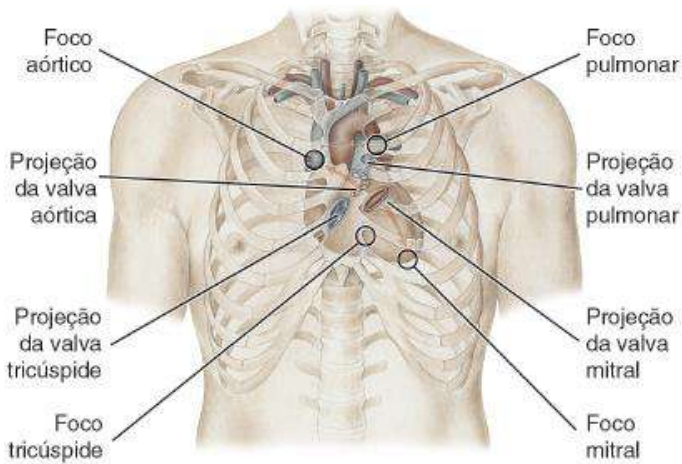
Foco pulmonar: Segundo EI esquerdo

Foco tricúspide: Quinto EI esquerdo, no rebordo costal

Foco mitral: Quarto e quinto EI esquerdo, na linha hemiclavicular ou no ictus.

Foco aórtico acessório: Terceiro EI esquerdo

Figura 5 - Focos ausculta



Fonte: Porto, 8ª ed⁸¹

Agora estamos prontos para iniciar a ausculta cardíaca. Em primeiro lugar, palparemos um pulso arterial (seja o radial ou o carotídeo) e, a seguir colocaremos o diafragma do estetoscópio sob o foco aórtico.

Você irá perceber dois sons distintos, são as bulhas cardíacas (B1 e B2). Costumamos usar onomatopeias para poder diferenciar os sons, como um TUM-TÁ sendo B1 e B2 respectivamente.

No entanto, como é uma onomatopeia, não podemos ter 100% de certeza que o som que estamos ouvindo seja o TUM ou o TÁ.

Costumamos acertar não pelo tipo de som, mas sim pelo intervalo entre eles. O intervalo entre B1 e B2, ou seja, entre o TUM e o Tá, é o intervalo

sistólico e o intervalo entre B2 e B1, ou seja, entre o Tá e o TUM, é o intervalo diastólico. Em uma frequência normal, temos um intervalo diastólico maior que o sistólico. Assim, sabemos que B1 é o som que é precedido pelo maior intervalo. (B1---B2-----B1---B2). No entanto, em pacientes taquicárdicos, o intervalo diastólico diminui e se aproxima ao sistólico(B1---B2---B1---B2), gerando confusões na hora da interpretação.

Para evitar esses erros, devemos sempre palpar um pulso arterial na hora de identificar as bulhas. O som que ocorre simultâneo a sensação de pulso arterial é a B1, ao passo que o segundo som é B2. Pronto. Identificamos as duas bulhas e podemos prosseguir com o restante da análise.

Observe se o ritmo dessas bulhas está regular ou irregular.

Após, observe a fonese (volume) da B1 e da B2. Nos focos da base (aórtico e pulmonar) a B2 deve ter uma fonese maior que a B1, ao passo que nos focos do ápice (mitral e tricúspide) a fonese de B1 é maior que B2. Se encontrarmos esse padrão descrito, relatamos que as bulhas estão “normofonéticas”.

Na prática, para avaliarmos a fonese das bulhas, auscultaremos ambas as bulhas no foco pulmonar (FP) e no foco tricúspide (FT).

	<i>Normofonéticas</i>	<i>Hiperfonese</i> B1	<i>Hipofonese</i> B1	<i>Hiperfonese</i> B2	<i>Hipofonese</i> B2
Foco pulmonar	$B2 > B1$	$B1 > B2$	B1 ausente ou pouco audível	$B2 > B1$	$B2 < B1$
Foco tricúspide	$B1 > B2$	$B1 > B2$	$B1 < B2$	$B2 > B1$	$B2 < B1$ ou ausente

Agora, nos atentaremos à B1. Observe seu som no foco tricúspide. Ele é um som único (TUM), ou um complexo duplo (TRUM/RUTUM)?

Em caso de um complexo duplo de B1 nesse foco, estaremos diante das seguintes possibilidades:

Desdobramento B1

Quarta bulha (B4)

Estalido de ejeção (aórtico ou pulmonar)

Então, como podemos diferenciar esses sons?

O desdobramento de B1 é, na imensa maioria das vezes, audível apenas no foco tricúspide (dado que nesse foco o componente tricúspide da B1 é mais intenso, permitindo sua diferenciação do componente mitral). Assim, se auscultarmos um complexo duplo de B1 no foco tricúspide, devemos mudar para outro foco (mitral, aórtico ou pulmonar) e observar a B1. Se o complexo duplo desaparece, voltando a ser um som único, estamos diante de um **desdobramento de B1**.

Se o som permanece duplo, estaremos diante ou de um estalido de ejeção ou de uma B4. Dessa forma, mudamos o auscultador para a campânula e voltamos a observar B1. Se o complexo duplo ficar mais intenso com a campânula, significa que o som é de baixa frequência, logo é **uma B4**. Se ele é mais audível com o diafragma, é um som de alta frequência, logo é um **estalido de ejeção**. Devemos então investigar o foco aórtico ou pulmonar, caso suspeitemos de um estalido de ejeção aórtico ou pulmonar, respectivamente.

Chegou a vez de analisarmos B2. E isso se dá de forma muito semelhante à B1.

Observe seu som no foco pulmonar. Ele é um som único (TÁ), ou um complexo duplo (TRÁ)?

Em caso de um complexo duplo de B2 nesse foco, estaremos diante das seguintes possibilidades:

Desdobramento B2

Terceira bulha (B3)

Estalido de abertura mitral

Então, como podemos diferenciar esses sons?

*O desdobramento de B2 é, na imensa maioria das vezes, audível apenas no foco pulmonar (dado que nesse foco o componente pulmonar da B2 é mais intenso, permitindo sua diferenciação do componente aórtico). Assim, se auscultarmos um complexo duplo de B2 no foco pulmonar, devemos mudar para outro foco (mitral, aórtico ou pulmonar) e observar a B2. Se o complexo duplo desaparece, voltando a ser um som único, estamos diante de um **desdobramento de B2**.*

Com a identificação do desdobramento de B2, devemos classificá-lo de acordo com seu comportamento na inspiração e expiração em:

Fisiológico: ocorre somente na inspiração

Fixo: ocorre na inspiração e na expiração (indica possível comunicação interatrial)

Ampla: ocorre nas duas fases, mas é mais intenso na inspiração (Indica estenose pulmonar ou bloqueio de ramo direito)

Paradoxal: ocorre somente na expiração (indica possível cardiomiopatia hipertrófica)

Se o som permanece duplo, estaremos diante ou de um estalido de abertura mitral ou de uma B3. Esses sons são mais audíveis no ápice do coração. Dessa forma, mudamos o auscultador para a campânula e voltamos a observar B2 no foco mitral (podemos pedir ao paciente para assumir a posição de decúbito lateral esquerdo, para facilitar a ausculta). Se o complexo duplo ficar mais intenso com a campânula, significa que o som é de baixa frequência, logo é **uma B3**. Se ele é mais audível com o diafragma, é um som de alta frequência, logo é um **estalido de abertura da mitral**.

Essa técnica prática de ausculta para diferenciar a fonese das bulhas e os complexos duplos das mesmas foi baseada na abordagem contida no excelente livro “Propedêutica e Semiologia em Cardiologia”²⁷.

Próxima etapa é observar o intervalo entre as bulhas, já sabemos que o intervalo entre B1 e B2 é o intervalo sistólico e o intervalo entre B2 e B1 corresponde ao intervalo diastólico. Ambos devem ser silenciosos. Se você ouvir um ruído em algum desses intervalos, corresponderá, muito provavelmente a um sopro (sistólico ou diastólico).

Para diferenciação da origem do sopro nos basearemos no **local de maior intensidade, no padrão de irradiação dele, no comportamento das**

bulhas e nas respostas a manobras que podem aumentar ou reduzir sua intensidade¹⁰.

Local de maior intensidade

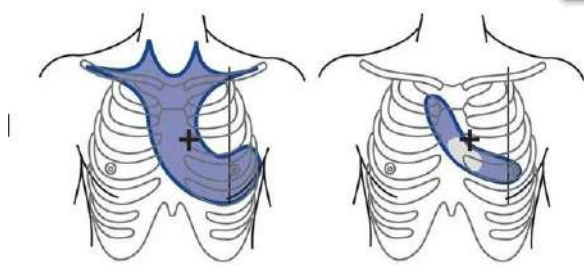
	<i>Aórtica</i>	<i>Pulmonar</i>	<i>Mitral</i>	<i>Tricúspide</i>
<i>Estenose</i>	<i>Foco aórtico</i>	<i>Foco pulmonar</i>	<i>Foco mitral</i>	<i>Foco tricúspide</i>
<i>Insuficiência</i>	<i>Foco tricúspide</i>	<i>Foco pulmonar</i>	<i>Foco mitral</i>	<i>Foco tricúspide</i>

Padrão de irradiação¹⁰

Para definir o padrão de irradiação, tomamos como base o foco aórtico acessório (em alguns locais é chamado e ponto de Erb).

O padrão de **irradiação ápico-basal** é definido com ausculta de sopro tanto acima, quanto abaixo do foco aórtico.

Figura 6- Padrão de irradiação ápico-basal (retirado de McGee¹⁰)

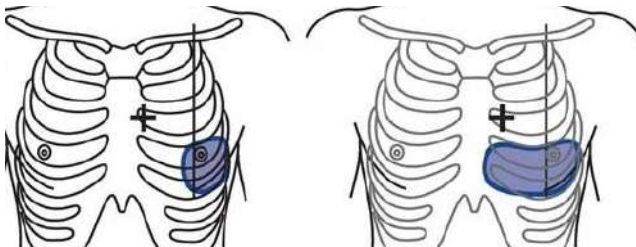


Fonte: McGee¹⁰

Um sopro sistólico com padrão de irradiação ápico basal aumenta a probabilidade de ser devido a uma estenose aórtica em 45% (LR + 9,7).

O padrão de irradiação **apical** é definido como a identificação do sopro abaixo do foco aórtico acessório, no ictus cordis com irradiação para a axila.

Figura 7 - Padrão de irradiação apical

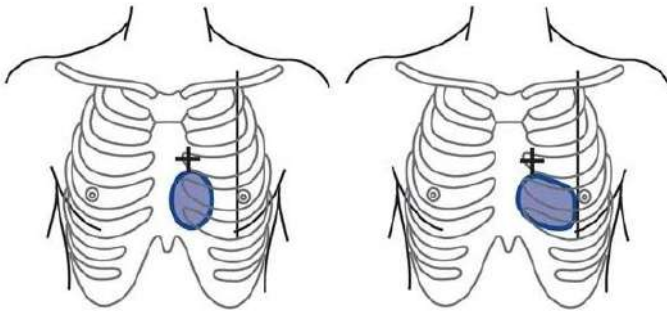


Fonte: McGee¹⁰

Um sopro sistólico com padrão de irradiação apical aumenta a probabilidade de ser devido a uma insuficiência mitral em 30% (LR+ 6,8) ou insuficiência tricúspide em 15% (LR+ 2,5).

O padrão de irradiação no **rebordo esternal esquerdo** é a identificação do sopor no foco tricúspide até a linha hemiclavicular.

Figura 8 - Padrão de irradiação rebordo esternal esquerdo



Fonte: McGee¹⁰

Um sopro sistólico com padrão de irradiação de rebordo esternal esquerdo aumenta a probabilidade de tratar-se de uma insuficiência tricúspide em cerca de 40% (LR+ 8,4)

Comportamento das bulhas¹⁰

Os comportamentos descritos aqui não indicam que toda valvopatia os deva ter. A sua presença apenas fortalece a hipótese do acometimento da valva.

Um sopro sistólico que se sobrepõe a B1 no ictus cordis, ou seja, que torna B1 inaudível, aumenta a probabilidade de ser decorrente de uma estenose aórtica em 30% (LR+ 5,1).

Um sopro sistólico que se sobrepõe a B2 no foco pulmonar, tornando-a inaudível, aumenta a probabilidade de ser decorrente de uma estenose aórtica em mais de 45% (LR+ 12,7).

Um sopro sistólico que é associado a uma hiperfonese de B2 no foco pulmonar aumenta a probabilidade de ser decorrente de insuficiência mitral em 30% (LR+ 4,7) ou insuficiência tricúspide em 15% (LR+ 3,6).

Resposta a manobras¹⁰

As manobras descritas abaixo irão provocar um aumento ou redução do fluxo de sangue sobre a valva afetada, modificando assim a intensidade dos sopros.

Inspiração profunda (manobra de Rivero-Carvallo)

A inspiração profunda aumenta o retorno para o lado direito do coração e o reduz no lado esquerdo. Isso acarretará um aumento de intensidade nos sopros originados nas valvas direitas (insuficiência tricúspide ou estenose pulmonar) em 30% (LR+ 7,8), ao passo que a ausência dessa intensificação reduz a probabilidade dessas valvopatias em 30% (LR- 0,2).

Hand grip

Paciente realiza uma preensão com uma das mãos nos dedos indicadores e médio do examinador por 1 minuto e o mesmo realiza a ausculta no foco mitral. Essa manobra aumenta a pós-carga e intensifica os sopros sistólico

originados do lado esquerdo do coração. Assim, aumenta a probabilidade de detectar uma regurgitação mitral ou defeito septo interventricular em quase 100% (LR+ 48,7), ao passo que a ausência dessa intensificação reduz a probabilidade dessas valvopatias em 30% (LR- 0,2).

Valsalva

A expiração forçada sobre o dorso da mão, ou a solicitação para o paciente aumentar a pressão abdominal (esforço para defecar), gera a manobra de Valsalva, que reduz o retorno venoso. A maioria dos sopros sistólicos reduzem a intensidade durante essa manobra, exceto o decorrente da miocardiopatia obstrutiva hipertrófica, que se intensifica, aumentando a probabilidade dessa patologia em mais de 50% (LR+ 14).

Uma vez identificado sopro e realizado sua análise para definir (se possível) sua etiologia, devemos proceder à classificação do sopro. Para isso usamos a graduação de Levine²⁸:

Grau 1: sopro muito leve, ouvido apenas com muita atenção

Grau 2: sopro leve facilmente audível

Grau 3: sopro alto sem frêmito no foco de maior intensidade

Grau 4: sopro muito alto com frêmito

Grau 5: sopro muito alto, audível com estetoscópio levemente encostado na pele do paciente

Grau 6: sopro muito intenso, audível mesmo com estetoscópio desencostado da pele do paciente

A presença de sopro sistólico no exame físico é algo muito comum na prática diária, estima-se que esteja presente em 5%-52% dos adultos jovens e 29%-60% dos idosos¹⁰.

No entanto, devemos ter em mente que a presença de um sopro sistólico não necessariamente indica uma valvopatia. Aproximadamente 90% dos adultos jovens e 50% dos idosos com sopro sistólico possuem ecocardiogramas normais¹⁰, indicando que não há valvopatia. Esses sopros são denominados sopros funcionais ou inocentes.

Pacientes com sopro sistólico curto, que possuem grau 2 ou menor, localizado na borda esternal esquerda, que reduz de intensidade quando o paciente fica em pé ou se senta, com B1 e B2 normais, ictus cordis normal e sem turgência jugular apresenta uma elevada probabilidade de ser um sopro inocente (mais de 30% LR+ 5,4).

A ausculta deve ser feita em todos os focos, e à medida que você for ficando proficiente, irá conseguir realizar várias etapas descritas acima simultaneamente.

Por fim, a realização da ausculta de forma sistematizada ajuda a melhorar o aprendizado. E, mais uma vez, o livro do professor Ricardo Bastos nos brinda com uma sequência que deve ser realizada todas as vezes, sendo denominada **“os 10 mandamentos da ausculta cardíaca”**²⁹.

- 1. Ausculta sempre simultânea com palpação de pulso arterial*
- 2. O ritmo é regular ou irregular?*
- 3. Identificação de B1 e sua fonese*
- 4. Identificação de B2 e sua fonese*
- 5. O complexo de B1 é único ou duplo?*
- 6. O complexo de B2 é único ou duplo?*
- 7. Há desdobramento fisiológico de B2?*
- 8. Há desdobramento patológico de B2?*
- 9. O intervalo sistólico é silencioso?*
- 10. O intervalo diastólico é silencioso?*

Terminada a etapa da ausculta, iremos avaliar o abdome.

Aqui faremos a inspeção, em busca de circulação colateral ou cicatrizes de cirurgias prévias. Logo em seguida faremos a ausculta em busca de avaliar a presença dos ruídos hidroaéreos. Após, iremos realizar a percussão do espaço de Traube, que corresponde a um espaço triangular onde a borda superior é a sexta costela, a parede inferior é a margem costal e a parede lateral é a linha axilar anterior esquerda.



A percussão desse espaço deve resultar em um som timpânico. Em caso de som maciço, há um aumento na probabilidade de esplenomegalia em 15% (LR+ 2,1).

A hepatimetria por percussão, embora seja encorajada, não possui evidência de sua eficácia.

Próximo passo é realizar a palpação abdominal nos quatro quadrantes, em busca de massas, hepato ou esplenomegalia ou pontos dolorosos. Lembrando que estamos em um ambiente ambulatorial, logo não teremos quadros de abdome agudo, não sendo necessário a pesquisa dos sinais de peritonite (Rovsing, Blumberg).

Por fim, iremos avaliar os membros inferiores.

Aqui observamos se há presença de edema dos membros inferiores. O edema pode ser compressível (dando o sinal do cacifo ou de Godet) ou não-compressível (“duro”).

Edemas duros nos levam a pesquisar causas tireoidianas ou do sistema linfático. Edemas compressíveis nos levam a pesquisar causas de excesso de fluidos (cardíacas, hepáticas ou renais).

Em caso de edema compressível, classificamos sua intensidade em uma escala de cruces, que vai de + a 4+, de acordo com a profundidade do cacifo formado e, principalmente, da sua resolução³⁰.

	+	2+	3+	4+
<i>Duração de retorno</i>	<i>Retorno imediato</i>	<i>10-15 s</i>	<i>1 min</i>	<i>3-5 min</i>
<i>Profundidade</i>	<i>2mm</i>	<i>4mm</i>	<i>6mm</i>	<i>>8mm</i>

Após avaliar edema, iremos avaliar os pulsos tibais posteriores e dorsais do pé, bilateralmente, sobretudo nos pacientes diabético e/ou tabagistas, que tem risco elevado de desenvolverem Doença Arterial Oclusiva Periférica (DAOP).

A ausência dos pulsos tibais posteriores e dorsais do pé aumenta a probabilidade de DAOP em mais de 45% (LR+ 9,9). Ainda, se na palpação do pé, detectarmos uma redução assimétrica na temperatura no mesmo, a probabilidade de DAOP se eleva em mais de 30% (LR+ 6,1)¹⁰.

Assim, chegamos ao fim do EFAm. Peça ao paciente para levantar-se e se sentar na cadeira.

Aplicando essa sistematização, iremos conseguir padronizar os achados do exame físico normal, além de buscar ativamente achados que possam aumentar ou reduzir a probabilidade das doenças que supomos após a coleta da história clínica. Para quadros em que você ainda não consiga elencar hipóteses diagnósticas após a entrevista clínica (o que é o

esperado no seu atual estágio de formação), o que sugiro é que adicione ao EFAM os galhos referentes ao sistema do organismo em que as queixas do paciente se expressem.

Por exemplo, um paciente com queixa de cefaleia, visão turva e escotomas tem sintomas de acometimento do sistema nervoso, logo, devemos realizar o EFAM associado ao galho do exame neurológico. Um paciente com queixas vagas ou de sintomas não específicos (por exemplo apenas dispneia e tosse seca), devemos realizar os galhos dos sistemas que causem esses sintomas, como o exame respiratório, cardíaco e das vias aéreas superiores. E assim por diante.

Com a prática, você conseguirá elencar as hipóteses e realizar o EFAM mais direcionado para as mesmas. Aprendemos Medicina na beira do leito, atendendo pacientes, como já bem nos orientava o pai da Medicina moderna, **William Osler**: "A medicina se aprende à beira do leito e não nos anfiteatros".

Percebam que essa sistematização (EFAM) é uma mescla de um exame físico mais geral (baseado em evidências, lembram das *likelihood ratios* – LR?) e os galhos das principais patologias respiratórias.

Mas ele pode ser usado em ambulatório de quaisquer especialidades, basta adicionar os galhos referentes à mesma (por exemplo, exame neurológico, dermatológico, ortopédico, reumatológico, etc.).

Etapas do exame físico de abordagem modificado:

- **Materiais necessários:**

Lanterna médica
Estetoscópio
Esfigmomanômetro
Oxímetro
Martelo de reflexos
Fita métrica
Balança
Estadiômetro

- **Paciente em pé:**

Antropometria
– Peso
– Estatura
– Circunferência abdominal

- **Paciente sentado:**

Temperatura
Membros superiores
– Pele
– Pulsos radiais
– Presença de baqueteamento digital

- Oximetria membro superior direito
- Pressão arterial membro superior esquerdo

Olhos

- Coloração das conjuntivas
- Pupilas
- Movimentação ocular extrínseca

Cervical

- Avaliação linfonodos
- Avaliação da altura laríngea

Oroscopia

Otoscopia

Aparelho respiratório

- Inspeção
- Ausculta
- Percussão e frêmito toraco-vocal se ausculta alterada

Reflexos

- Bicipital
- Patelar

- **Paciente deitado:**

Cervical (cabeceira a 30-45°)

10.1 – Turgência jugular e refluxo hepatojugular

10.2 – Pulso venoso jugular

11. Membros superiores

11.1 - Medir pressão arterial no membro superior direito e comparar com o valor obtido no membro superior esquerdo

12. Ausculta cardíaca

13. Abdome

14. Membros inferiores

14.1 – Pesquisa de edemas

14.2 – Pulsos tibiais posteriores e pediosos

Como descrever o exame físico no prontuário do paciente

Sempre evitaremos siglas e qualquer informação que nós não tenhamos pesquisado.

Ao exame: paciente em bom estado geral, vígil, orientado, acianótico, anictérico, mucosas normocoradas e afebril (temperatura X °C).

Peso: X Kg; Altura: Y m; IMC: Z Kg/m²; Circunferência abdominal: A cm

Aparelho respiratório: Frequência respiratória X irpm (incursões respiratórias por minuto), Saturação periférica de oxigênio (SpO₂): X % em ar ambiente; inspeção tórax sem anormalidades, padrão respiratório regular sem esforços; ausculta: murmúrio vesicular fisiológico presente simetricamente;

percussão: som claro pulmonar simétricos bilateralmente; palpação: expansibilidade preservada e frêmito tóracovocal presente simetricamente.

Aparelho Cardíaco: Frequência cardíaca X batimentos por minuto (bpm); Pressão arterial MSE Y mmHg e MSD Z mmHg; Inspeção cervical: ausência de turgência jugular e refluxo hepatojugular a 30°; ausculta: bulhas normorítmicas e normofonéticas sem evidência de bulhas acessórias, sopros ou estalidos.

**Exemplo da descrição de um sopro: Presença de sopro sistólico mais intenso em foco aórtico, que irradia para a região cervical e apical; grau 3/6; que se intensifica quando paciente inclina para frente.*

Abdome: inspeção: plano, sem abaulamento ou cicatrizes; a percussão do espaço de Traube foi timpânica; Palpação: normotenso, indolor, sem vísceromegalias ou massas.

Extremidades: Ausência de alterações tróficas da pele; sem baqueteamento digital. pulsos radiais, tibiais posteriores e dorsais dos pés palpáveis e simétricos. Ausência de edemas em membros inferiores.

Bibliografia

1.Costanzo, C. & Verghese, A. The Physical Examination as Ritual: Social Sciences and Embodiment in the Context of the Physical Examination. *Medical Clinics of North America* vol. 102 425–431 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.004> (2018).

2.Verghese, A., Brady, E., Cari, Kapur, C. & Horwitz, R. I. *The Bedside Evaluation: Ritual and Reason*. <http://annals.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/aim/8187/> (2011).

3. Michael Balint. *O médico, seu paciente e a doença*. (Editora Atheneu, 2005).
4. Garibaldi, B. T. & Olson, A. P. J. The Hypothesis-Driven Physical Examination. *Medical Clinics of North America* vol. 102 433–442 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.005> (2018).
5. Artandi, M. K. & Stewart, R. W. The Outpatient Physical Examination. *Medical Clinics of North America* vol. 102 465–473 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.008> (2018).
6. Peterson, M. C. *et al. Articles Contributions of the History, Physical Examination, and Laboratory Investigation in Making Medical Diagnoses*.
7. Benseñor, I. M. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. *Rev Med (Rio J)* **92**, 236 (2013).
8. Hampton, J. R., Harrison, M. J. G., Mitchell, J. R. A., Prichard, J. S. & Seymour, C. *Medical Education Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients*. *BRITISH MEDICAL JOURNAL* vol. 31 (1975).
9. Kelly, J., Oza, S. K., Feinn, R. & Cassese, T. Implementation of a Hypothesis-Driven Physical Exam Session in a Transition to Clerkship Program. *MedEdPORTAL* **16**, 11043 (2020).
10. McGee, S. *Evidence-Based Physical Diagnosis*. vol. 1 (2021).
11. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2023. Preprint at https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf (2023).
12. Liu, Y. *et al.* Body mass index, respiratory conditions, asthma, and chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* **109**, 851–859 (2015).
13. Makker, H. Obesity and respiratory diseases. *Int J Gen Med* 335 (2010) doi:10.2147/IJGM.S11926.
14. Putcha, N. *et al.* Mortality and Exacerbation Risk by Body Mass Index in Patients with COPD in TIOSPIR and UPLIFT. *Ann Am Thorac Soc* **19**, 204–213 (2022).
15. Précoma, D. B. *et al.* Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian society of cardiology – 2019. *Arq Bras Cardiol* **113**, 787–891 (2019).

16. Visseren, F. *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* vol. 42 3227–3337 Preprint at <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484> (2021).
17. Chen, H. *et al.* Association between chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular disease in adults aged 40 years and above: data from NHANES 2013–2018. *BMC Pulm Med* **23**, (2023).
18. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2024 Report.
19. Seidel, H. M., Ball, J. W., Dains, J. E. & Benedict, G. W. *Mosby Guia de Exame Físico*. (2008).
20. Santana Mazza, G. & da Paz Oliveira RESUMO, G. *Aspectos anatômicos, fisiopatológicos e clínicos da Síndrome de Horner: um guia ilustrado*. doi:<https://doi.org/10.46979/rbn.v58i1.53218>.
21. Kaplan, A. G. Chronic Cough in Adults: Make the Diagnosis and Make a Difference. (2019) doi:10.6084/m9.figshare.7770269.
22. Todisea. *The Oto-Respiratory Reflex. Respiration* vol. 43 (1982).
23. Davis, J. A. & Gudi, K. Approach to the Patient with Cough. *Medical Clinics of North America* vol. 105 31–38 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.08.013> (2021).
24. Jegoux, F., Legent, F. & de Montreuil, C. B. Chronic cough and ear wax. *The Lancet* **360**, 618 (2002).
25. Lemyze, M. & Bart, F. Hoover sign. *Can Med Assoc J* **183**, E133–E133 (2011).
26. Simel *et al.* *The Rational Clinical Examination*. (2009).
27. Machado, E. L. G. *Propedêutica e Semiologia em Cardiologia*. (Editora Atheneu, 2004).
28. Constant, J. & Lippschutz, E. J. Diagramming and grading heart sounds and murmurs. *Am Heart J* **70**, 326–332 (1965).
29. Ricardo Rocha Bastos. *O método clínico*. vol. 1 (Editora Belvedere, 2014).
30. Rocco, J. R. *Semiologia Médica*. (Editora Guanabara Koogan, 2022).
31. Porto, C. C. & Porto, A. L. *Semiologia Médica*. (Guanabara Kooqan, 2019).

CAPÍTULO 8

O Quinto Pilar

Frederico Castro Costa Póvoa¹

Raquel da Silva Aires¹

Valcirlei de Araujo¹

Cristiano da Silva Granadier¹

Larissa Jacome Barros Silvestre¹

Celiana Ribeiro Pereira de Assis¹

Carina Scolari Gosch¹

Fabírcia Gonçalves Amaral Pontes¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

O exame físico presente na Semiologia médica tradicional possui quatro grandes pilares, a saber:

- *Inspeção*
- *Palpação*
- *Percussão*
- *Ausculta*

Em cada um desses pilares nós, médicos, fazemos uma série de avaliações visando responder determinadas perguntas clínicas.

Essas perguntas variam conforme os dados obtidos na entrevista clínica.

Um paciente 65 anos, tabagista com dispneia progressiva apresenta quadro pulmonar ou cardiológico?

Por meio de informações coletadas na entrevista (presença e características dos sintomas associados, os fatores de risco para doenças respiratórias e cardiovasculares, patologias prévias, uso de medicamentos) e no exame físico (presença de sibilos, tórax em tonel, redução da altura laríngea, crepitações basais a ausculta pulmonar, ictus desviado lateralmente, presença de refluxo hepatojugular) buscamos responder à pergunta.

Mas, algumas vezes essa diferenciação não é tão clara e lançamos mão de exame complementares, o que significa que o paciente deverá ter seu diagnóstico postergado até a realização dos mesmos e após o retorno no médico.

Há algumas décadas, a realização de ultrassonografia na beira do leito (*point of care ultrasound – POCUS*), por médicos não radiologistas, vem sendo realizada sistematicamente nos países de primeiro mundo. A POCUS auxilia diretamente no raciocínio clínico beira leito, trazendo informações novas e eficientes que nos permite responder as perguntas clínicas que indagamos durante a entrevista clínica.

Assim, foi adicionado ao exame físico tradicional um quinto pilar: **a insonação¹**.

Com o surgimento dos aparelhos de ultrassonografia portáteis, o uso da POCUS vem se capilarizando, inclusive no Brasil.

Inicialmente foi utilizada em pacientes agudos, nos serviços de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva. Nesses locais, a ferramenta é usada para guiar diagnósticos (etiologia da insuficiência respiratória – *Protocolo BLUE*; etiologia do choque – *Protocolo RUSH*; entre outros) e

procedimentos (canulação venosa central, canulação arterial invasiva, toracocentese, paracentese, são exemplos corriqueiros).

Nos últimos anos, porém, a ferramenta vem sendo usada em ambientes ambulatoriais, na atenção primária, aumentando sobremaneira a resolutividade do atendimento médico.

Com a POCUS podemos pesquisar presença de trombose venosa periférica, identificar etiologia de dor abdominal (seria uma colecistolitíase? Nefrolitíase? Gestação? Bexigoma?), identificar derrames cavitários além de estimar a função cardíaca.

É uma poderosa ferramenta, que possui uma rápida curva de aprendizado, mas que necessita de treino constante, para evitar o efeito Dunning -Kruger².

Figura 9- Efeito Dunning-Kruger



Fonte: <https://www.medicospedagogicos.com/blog-da-competencia-do-efeito-dunning-kruger-amplificado-pela-desinforma%C3%A7%C3%A3o>

O Efeito Dunning-Kruger é um viés cognitivo no qual indivíduos com habilidades limitadas tendem a superestimar sua competência em determinado assunto. Isso é comum ao adquirir uma nova habilidade.

No início, nós nos superestimamos, achamos fácil. Esse excesso de confiança com pouco conhecimento no tema facilita a ocorrência de erros. Porém, à medida que nosso conhecimento na área vai aumentando, nós nos penalizamos, imaginando que nada sabemos e ficamos, até certo ponto, frustrado.

Quem nunca pensou em desistir de algo porque achava estava complicado demais?

Na medida em que nosso conhecimento aumenta, nossa confiança também aumenta, e agora a confiança associada ao conhecimento nos torna um expert!

Portanto, se ainda não conhece a POCUS, procure se informar. Se possível, faça capacitações. Certamente ela estará presente na sua prática diária, de um jeito ou de outro.

Temos diversas bibliografias internacionais³⁻⁵ e nacionais^{6,7} sobre o tema. Estude-as!

Bibliografia

1.Narula J, Chandrashekhar Y, Braunwald E. Time to Add a Fifth Pillar to Bedside Physical Examination. *JAMA Cardiol.* 2018;3(4):346. doi:10.1001/jamacardio.2018.0001

2. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol.* 1999;77(6):1121-1134. doi:10.1037/0022-3514.77.6.1121
3. Bornemann P. *Ultrasound for Primary Care*. 1st ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
4. Clare S, Duncan C. *Ultrasound for the Generalist with Online Resource: A Guide to Point of Care Imaging*. 1st ed. Cambridge University Press; 2021.
5. Soni NJ, Arntfield R, Kory P. *Point of Care Ultrasound*. 2nd ed. Elsevier; 2019.
6. Alves PRC, Gottardo PC. *Ultrassonografia à Beira Leito: O Que Todo Médico Deveria Saber*. 1st ed. Editora UFPB; 2021.
7. Velasco IT, Alencar JCG de, Petrini CA. *Procedimentos Com Ultrassom No Pronto-Socorro*. 1st ed. Manole; 2020.

CAPÍTULO 9

Receitas Médicas

Frederico Castro Costa Póvoa¹
Raquel da Silva Aires¹
Valcirlei de Araujo¹
Cristiano da Silva Granadier¹
Larissa Jacome Barros Silvestre¹
Celiana Ribeiro Pereira de Assis¹
Carina Scolari Gosch¹
Fabírcia Gonçalves Amaral Pontes¹

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

Como preencher uma receita médica

Ao final dos atendimentos no ambulatório certamente iremos prescrever alguma medicação para o tratamento dos pacientes. Essa hora também causa muita aflição nos acadêmicos, pois muitos têm dificuldades para preencher uma receita médica.

Nesse capítulo, orientarei sobre quais os tipos de receituário médico mais comuns no ambulatório e como devemos preencher o receituário simples¹.

Tipos de receituário

Receita simples – utilizada para a prescrição de medicamentos anódinos e medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica” – segue as regras descritas na Lei 5.991/73.

DR. MARCEL
MÉDICO
CREMÉC 00000

RECEITUÁRIO MÉDICO

Rua ABCD, 1234 - sala 1234 - Centro - Fortaleza/CE
Telefone (85)900000000

Receita de controle especial – utilizada para a prescrição de medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção da receita”, como substâncias sujeitas a controle especial, retinóicas de uso tópico, imunossupressoras e antirretrovirais, anabolizantes, antidepressivos etc. – listas “C”. A prescrição é realizada em duas vias $\Rightarrow$ 1.^a via: retenção da farmácia; 2.^a via: orientação ao paciente.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Nome Completo _____ CRM _____ UF _____ No. _____ Endereço Completo e Telefone _____ Cidade: _____ UF: _____	1a. VIA FARMÁCIA 2a. VIA PACIENTE ASSINATURA DO MÉDICO DATA E CARIMBO
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____ _____ _____ _____ _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome _____ Ident.: _____ Órgão Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA

Receita azul ou receita B – é um impresso, padronizado na cor azul, utilizado para a prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas – listas “B1” e “B2” e suas atualizações constantes na Portaria 344/98.

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA UF NÚMERO B		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE 		Medicamento ou Substância 	
de _____ de _____ Paciente: _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor _____				Quantidade e Forma Farmacêutica 	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR 		Dose por Unidade Psicológica 	
				Psicologia 	
Dados da Gráfica: Nome - Endereço - CGC _____		Numeração desta Impressão de: _____, Nº _____			

Receita amarela ou receita A – é um impresso, padronizado na cor amarela, utilizado para a prescrição dos medicamentos das listas “A1”, “A2” (entorpecentes) e “A3” (psicotrópicos). Somente pode conter um produto farmacêutico.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO A		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE 		ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA Nome: _____ Qualidade e Apresentação _____ Forma Farm. Concent. Unit. Psicologia _____	
Data _____ de _____ de _____ Paciente _____ Endereço _____ Assinatura do Emissor _____					
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Paciente _____ Endereço _____ Identidade _____ Órgão Emissor _____ Telefone _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome _____ Data _____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço - CGC _____					

Sem dúvida, o tipo de receituário mais comum que preenchemos no ambulatório é o receituário o simples.

Nele devemos colocar as seguintes informações:

Nome do paciente

- **Via de administração da medicação** (oral, sublingual, subcutânea, intramuscular, inalatória, intravenosa, retal, tópico)
- **Nome da medicação:** usar de preferência o nome da substância quando possível.
- **Apresentação da medicação:** indicar a concentração da mesma (em mg ou mcg ou mesmo em mg/ml)
- **Quantidade:** indicar a quantidade da medicação prescrita. Sempre que possível usar o número exato de comprimidos ou frascos da medicação prescrita.
- **Posologia:** orientar a forma de administração, em que horário utilizar, por quanto tempo.

Veja os modelos a seguir.

RECEITUÁRIO

Nome do paciente

Via de administração:

1 — Nome do medicamento (genérico ou marca)	Apresentação 	Quantidade
Posologia		

Local, data

Assinatura

RECEITUÁRIO

Nome do paciente

Uso inalatório:

1 – Salbutamol 100mcg 1 frasco

Aspirar dois jatos de 6/6 horas por 5 dias.

Uso oral:

1 – Prednisona 20mg 10 comprimidos

Tomar dois comprimidos pela manhã, por 5 dias.

Local, data

Assinatura

Bibliografia

1. Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba/ Conselho Federal de Medicina, ed. *Manual de Orientações Básicas Para Prescrição Médica*. 2nd ed.; 2011.

CAPÍTULO 10

Como estudar para o Ambulatório

Frederico Castro Costa Póvoa¹

Raquel da Silva Aires¹

Valcirlei de Araujo¹

Cristiano da Silva Granadier¹

Larissa Jacome Barros Silvestre¹

Celiana Ribeiro Pereira de Assis¹

Fabricia Gonçalves Amaral Pontes¹

Marcel Augusto Stefanelli Lara²

1- Docente no Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S/A

2 – Gestor Núcleo de Apoio Pedagógico – NAPED

Para que o seu estágio no ambulatório de Pneumologia seja o mais proveitoso possível você tem que atender a maior quantidade de pacientes possível. Isso o ajudará a treinar técnicas de entrevista clínica, treinar a redação de anamnese e criação de vinhetas clínicas, além de realização do exame físico.

Ao final do atendimento, o seu professor irá realizar o diagnóstico de trabalho (esteja ele já definido ou ainda em investigação).

Seu papel será estudar as patologias elencadas na lista de diagnósticos diferenciais. Para esse estudo, não é necessário estudar em compêndios de literatura especializada, como livros de Pneumologia, por exemplo.

Pode estudar pelos clássicos Harrison⁽¹⁾, Cecil⁽²⁾, a coleção da USP⁽³⁾ ou o tratado do professor Antônio Carlos Lopes⁽⁴⁾.

Leia a epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas e diagnóstico. Compare as informações que você leu com o paciente que você atendeu.

O que você poderia ter perguntado ou examinado e não o fez? Isso poderia ter atrapalhado no seu raciocínio? Existe alguma manobra ou exame que não foi discutido durante o atendimento?

Com essas informações, discuta o quadro com o seu professor no próximo encontro. Isso certamente engrandecerá seu processo de aprendizagem!

Leia também o tratamento, mas lembre-se, nessa etapa da sua formação (6º período), você está em processo de construção do seu raciocínio clínico e criação dos seus scripts. O tratamento será muito importante, mas um pouco mais adiante na sua formação.

Doenças mais prevalentes

Essas são as doenças ou condições que certamente você atenderá em um ambulatório de Pneumologia.

Estude-as, se possível antes de iniciar o seu rodízio. Assim, você já começará seus atendimentos com alguma informação prévias das doenças respiratórias mais comuns, facilitando sua aprendizagem e criação dos seus scripts!

- **Asma**
- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**
- **Bronquiectasia**
- **Tuberculose**

- **Rinite alérgica**
- **Resfriado comum**
- **Causa mais comuns de tosse crônica**
- **Insuficiência Cardíaca**

Bibliografia

- 1.Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Houser S, Longo D, Jameson JL. Medicina Interna de Harrison. 21º ed. Artmed; 2023. 1–4148 p.
- 2.Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicina. 26º ed. GEN Guanabara Koogan; 2022. 1–3072 p.
- 3.Martins M de A. Clínica Médica. 2º ed. Manole; 2016. 1–6148 p.
- 4.Lopes AC. Tratado de Clínica Médica. 2º ed. Roca; 2009. 1–5464 p.