

# Manual de Propedêutica Médica

**Organizadores**

Bruno Lopes Santos-Lobato  
Edienny Viana Santos-Lobato



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

# **Manual de Propedêutica Médica**

## **Organizadores**

**Bruno Lopes Santos-Lobato  
Edienny Viana Santos-Lobato**

CFM  
Brasília - 2023

© 2023 – Conselho Federal de Medicina

Manual de propedêutica médica

SGAS 616, Conjunto D, Lote 115, L2 Sul, Brasília/DF – CEP: 70200-760

Fone: (61) 3445 5900

Site: [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)

e-mail: [cfm@portalmedico.org.br](mailto:cfm@portalmedico.org.br)

**Organização:** Bruno Lopes Santos-Lobato e Edienny Viana Santos-Lobato

**Supervisão editorial:** Thaís H.B. Dutra

**Copidesque/revisão:** Tikinet

**Diagramação:** Gráfica Qualidade

**Tiragem:** 3.000 exemplares

**Catálogo na fonte: Biblioteca do CFM**

Manual de propedêutica médica. / Bruno Lopes Santos-Lobato, Edienny Viana Santos-Lobato, organizadores. – Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2023.

286 p., 13,5x20,5 cm.

ISBN 978-65-87360-15-7

1. Propedêutica médica. 2. Semiologia. 3. Anamnese. 4. Relação médico-paciente. I. Santos-Lobato, Bruno Lopes, org. II. Santos-Lobato, Edienny Viana, org.

CDD: 616.072

## DIRETORIA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA\*

José Hiran da Silva Gallo  
**Presidente**

Jeancarlo Fernandes Cavalcante  
**1º vice-presidente**

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha  
**2ª vice-presidente**

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti  
**3º vice-presidente**

Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro  
**Secretária-geral**

Hideraldo Luis Souza Cabeça  
**1º secretário**

Helena Maria Carneiro Leão  
**2ª secretária**

Mauro Luiz de Britto Ribeiro  
**Tesoureiro**

Carlos Magno Pretti Dalapicola  
**2º tesoureiro**

José Albertino Souza  
**Corregedor**

Alexandre de Menezes Rodrigues  
**Vice-corregedor**

---

\* Para acessar a lista completa de conselheiros federais, visite o Portal Médico em [portal.cfm.org.br](http://portal.cfm.org.br).

## COLABORADORES GRADUADOS

### **Ana Helena Ferreira da Silva**

Médica graduada pela Universidade Federal do Pará.

### **Bruno Lopes Santos-Lobato**

Neurologista, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará. Médico Assistente do Serviço de Neurologia do Hospital Ophir Loyola, Belém, PA.

### **Carla Andréa Avelar Pires**

Dermatologista, Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e Professora Adjunta da Universidade do Estado do Pará.

### **Carla Mércia Souza Dacier Lobato**

Geriatra, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e da Universidade do Estado do Pará.

### **Carlos Augusto Abreu Albério**

Pneumologista, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia.

### **Carlos Verbicaro Neto**

Médico residente de Clínica Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém, PA.

### **Cezar Augusto Muniz Caldas**

Reumatologista, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

### **Charles Alberto Villacorta de Barros**

Urologista, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e da Universidade do Estado do Pará, e Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia.

### **Claudine Maria Alves Feio**

Cardiologista, Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

### **Cléa Nazaré Carneiro Bichara**

Infectologista, Professora Adjunta da Universidade do Estado do Pará e Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Pesquisadora do Instituto Evandro Chagas, Belém, PA.

### **Edienny Viana Santos-Lobato**

Nefrologista com certificação em Medicina do Estilo de Vida, Professora Adjunta da Universidade do Estado do Pará, Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia e do Centro Universitário do Pará.

### **Fernanda de Nazaré Cardoso dos Santos Cordeiro**

Hematologista, Professora da Universidade do Estado do Pará e do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Médica Assistente do Hospital Ophir Loyola, Belém, PA.

### **Fernando Mendes Paschoal Junior**

Neurologista, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará. Médico Assistente do Hospital da Aeronáutica de Belém, PA.

### **Gabriela Andrelo Lima da Rocha**

Médica residente de Clínica Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém, PA.

### **Geraldo Ishak**

Cirurgião do Aparelho Digestivo, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e da Universidade do Estado do Pará. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e Aparelho Digestivo do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém, PA.

### **Giancarlo Lucchetti**

Geriatra, Professor Adjunto da Universidade Federal de Juiz de Fora.

### **Givago da Silva Souza**

Professor Associado da Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará.

### **Glauber Artur Amaral Diniz**

Médico residente de Medicina Intensiva do Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Belém, PA.

### **Herbert Paulino Cordeiro**

Infectologista, Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Médico Assistente da Unidade de Diagnóstico de Meningites da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará.

### **Hícaro Donato Granhen**

Médico residente de Clínica Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém, PA.

### **Hideraldo Luís Souza Cabeça**

Neurologista, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina pelo Estado do Pará. Coordenador das Câmaras Técnicas de Neurologia/Neurocirurgia e de Morte Encefálica do Conselho Federal de Medicina. Chefe do Centro de Neurologia do Hospital Ophir Loyola, Belém, PA.

### **Julius Caesar Soares Mendes Monteiro**

Infectologista, Professor do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Médico Assistente do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém, PA.

### **Kleber Roberto da Silva Gonçalves de Oliveira**

Psiquiatra, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e do Centro Universitário do Pará. Médico Assistente do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém, PA.

### **Lucas Infanzozzi Albertoni**

Especialista em Saúde Indígena. Membro do Grupo de Pesquisa do Observatório dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato da Universidade Federal do Pará. Atuou em Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena no Vale do Javari e no Rio Tapajós.

### **Maria Francisca A. Alves**

Ginecologista e Obstetra, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará. Médica Legista do Centro de Perícias Científicas Renato Chaves, Belém, PA.

### **Nara Macedo Botelho**

Ginecologista e Obstetra, Professora Titular aposentada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará e Professora Titular da Universidade do Estado do Pará.

### **Paulo Martins Toscano**

Cirurgião Vascular, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará. Médico Assistente do Hospital Ophir Loyola, Belém, PA.

### **Renata Mie Oyama Okajima**

Dermatologista, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Professora Auxiliar do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará e Professora do Curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia.

### **Reny Wane Vieira dos Santos**

Neurologista, Professora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá.

**Robson José de Souza Domingues**

Professor Titular da Universidade do Estado do Pará.

**Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho**

Médico residente de Neurologia do Hospital Ophir Loyola.

**Silvestre Savino Neto**

Cirurgião Vascular, Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

**Simone Regina Souza da Silva Conde**

Especialista em Clínica Médica, Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará. Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Médica Assistente do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém, PA.

**Sônia Fátima da Silva Moreira**

Ginecologista e Obstetra, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

**COLABORADORES DISCENTES**

Adriana Bastos Pires (Universidade Federal do Pará)

Amanda Gabriele Alves Cobiniano de Melo (Universidade Federal do Pará)

Amanda Sophia Carvalho Miranda da Silva (Universidade Federal do Pará)

Beatriz Oliveira da Cunha (Universidade Federal do Pará)

Bruno Marques e Silva (Universidade Federal do Pará)

Carla Hineida da Silva de Andrade (Universidade Federal do Pará)

Diego de Sousa Sena (Universidade Federal do Pará)

Fábio Leite do Amaral Junior (Universidade Federal do Pará)

Fernanda de Souza Parente (Universidade Federal do Pará)

Gabriel Henrique Moura Teixeira de Barros (Universidade do Estado do Pará)

Giovanna Coutinho Jardim (Universidade Federal do Pará)

João Tássio Barros Félix (Universidade Federal do Pará)

Liane Gaby Gaia (Universidade Federal do Pará)

Márcio Cesar Ribeiro Marvão (Universidade Federal do Pará)  
Mariana Cristina Santos Andrade (Universidade Federal do Pará)  
Matheus Souza da Silva (Universidade Federal do Pará)  
Paulo Vitor Leite Mattos Costa (Universidade Federal do Pará)  
Rafael Pinto Gonçalves (Universidade Federal do Pará)  
Rafael Reis do Espírito Santos (Universidade Federal do Pará)  
Rodrigo Barros Fonseca (Universidade Federal do Pará)  
Sabinaluz Natal Malheiros da Silva (Universidade Federal do Pará)  
Thais Natividade dos Reis (Universidade Federal do Pará)  
Thalles Franklin Souza Santos (Universidade Federal do Pará)  
Tiago Braga Duarte (Universidade Federal do Pará)  
Victória Menezes da Costa (Universidade Federal do Pará)  
Yanakã Lopes Rocha (Universidade Federal do Pará)



# Sumário

Agradecimentos.....	13
Apresentação.....	15
Introdução.....	17
1. Anamnese de primeira consulta.....	19
2. Anamnese de retorno .....	31
3. Anamnese espiritual .....	36
4. Exame físico geral.....	44
5. O exame do tórax .....	54
6. O exame do precórdio .....	68
7. O exame do abdome .....	82
8. O exame dos linfonodos.....	98
9. O exame do sistema vascular periférico.....	105
10. O exame neurológico.....	121
11. O exame musculoesquelético .....	141
12. O exame dermatológico .....	155
13. O exame geniturinário masculino .....	173
14. O exame tocoginecológico.....	189
15. O exame psíquico.....	204
16. Uso de aplicativos no exame físico.....	216
17. Questões éticas relacionadas ao uso de prontuários eletrônicos .....	226
18. O exame clínico do idoso.....	234
19. O exame clínico da população LGBTQIAP+ .....	248
20. Tópicos sobre atenção à saúde indígena no Brasil.....	261
21. Tópicos sobre atenção à saúde na população negra e quilombola.....	274
22. Avaliação dos pilares da medicina do estilo de vida.....	280



# Agradecimentos

Este livro é fruto de muitas mãos e muitas mentes. Não só daqueles que contribuíram diretamente com os capítulos, mas também de quem apoiou e incentivou cada passo.

Primeiramente, Àquele que nos dá sabedoria, saúde e sustento continuamente, e nos concede o privilégio especial de ajudar no cuidado de outras pessoas.

Aos nossos pacientes, que são a razão de existir a arte médica.

Ao Diretório Acadêmico de Medicina, “Bettina Ferro de Souza”, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, que contribuiu diretamente na confecção dos textos e deu a este livro um vigor jovial.

A todos os colegas autores e coautores, por acreditarem no projeto e por dedicarem parte de seu tempo para a criação deste livro.

Em particular, agradecemos ao Dr. Hideraldo Luís Souza Cabeça e ao Dr. José Hiran da Silva Gallo pela parceria com o Conselho Federal de Medicina e pela confiança em nosso projeto.

Os organizadores



# Apresentação

O Conselho Federal de Medicina (CFM) tem o prazer de apresentar este novo *Manual de Propedêutica Médica*, que contempla os avanços científicos, tecnológicos e sociais vivenciados em nosso tempo, proporcionando experiência e aprendizado multimodais.

Esta obra, escrita a várias mãos por profissionais da Universidade do Pará (UFPA), nos situa em um novo momento da medicina: o hoje, que honra e celebra o primeiro manual assinado pela ilustre e magnânima professora doutora Bettina Ferro, de quem sou discípulo e admirador.

Exatamente por isso, saúdo a atualização trazida nesta publicação, a qual respeita a história da medicina e nos guia por caminhos desafiadores em que concorremos, a todo momento, com informações instantâneas disponíveis nas redes sociais, mas nem sempre oportunas ou verdadeiras.

Práticas médicas mudaram, novas tecnologias foram desenvolvidas e nós, médicos, seguimos tendo a ética como fio condutor de nossa profissão e a relação médico-paciente como bem valioso e inalienável. Por tudo isso, é mais do que oportuno que este novo *Manual de Propedêutica Médica* seja uma referência a ser consultada.

**José Hiran Gallo**

*Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM)*



# Introdução

A Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará foi a oitava escola médica aberta no Brasil em 1919, através do esforço de um grupo pequeno de médicos locais e em condições adversas. Apenas com a federalização em 1950, a situação estrutural e financeira da faculdade se estabiliza. Talvez isso explique o porquê de, apesar de centenária, nossa escola sempre teve dificuldade em se impor no cenário nacional, em termos de relevância acadêmica.

O ponto de inflexão ocorreu em 1985, quando a Profa. Bettina Ferro de Souza e seus colegas da cadeira de Propedêutica Médica resolveram publicar suas experiências conjuntas através do *Manual de Propedêutica Médica*. Neste momento, a faculdade fincou seus pés como referência na trabalhosa arte da anamnese e do exame físico. No cenário local, o “Manual” foi um divisor de águas entre os ex-alunos da nossa faculdade.

Ao longo deste projeto, pudemos conversar com vários médicos e alguns professores que foram alunos de Profa. Bettina e estudaram por este livro, e é nítido como ele marcou diferentes gerações, tanto tecnicamente quanto emocionalmente. Há uma clara sensação de orgulho do fato de que um livro tão bem montado possa ter sido gestado em nossa instituição. O sucesso da obra fez com que o livro ganhasse novas edições e reimpressões diversas. Contudo, nas últimas décadas, uma série de novos livros de semiologia com ótima qualidade surgiram no mercado brasileiro, levando o antes tão lido “Manual” a estantes e armários empoeirados.

O presente projeto surge de dois pilares. Primeiro, a percepção de que os herdeiros espirituais de Profa. Bettina continuaram a depurar sua arte semiológica e têm muito conhecimento herdado que merece ser compartilhado com estudantes de medicina de todo Brasil.

Segundo, a convicção de que o mundo mudou, a medicina mudou e, principalmente, o modo de aprender dos estudantes mudou desde 1985. Os professores das escolas médicas têm lutado para se adaptar à revolução das metodologias ativas no ensino da medicina. Nunca houve tanto acesso à informação como no mundo da Internet, onde vídeos, áudios e mensagens

instantâneas em redes sociais são usados diariamente por nossos estudantes. Novas questões éticas e desafios sobre promoção de saúde em uma sociedade mais diversa e igualitária também se incorporaram definitivamente à prática médica do dia a dia.

Porém, apesar de tantas mudanças, os livros de semiologia parecem pouco sensíveis a tudo isso. O esquema geral do ensino do exame físico dos principais sistemas com algo sobre anamnese parece ser reproduzido entre as obras, com poucas variações. Não conseguimos enxergar este caleidoscópio de caminhos que a modernidade nos oferece.

Na tentativa de sensibilizar sobre estes pontos, tivemos a honra de organizar um novo *Manual de Propedêutica Médica*, concebido e escrito por múltiplas mãos, de professores e estudantes. Mas esta não é uma outra edição do livro da Profa. Bettina. Fizemos algo novo, justamente para homenagear a obra antiga. Escrevemos um manual objetivo, sem a pretensão de um livro-texto extenso, com a inovação de adicionar vídeos curtos vinculados a QR codes inseridos no texto. Tudo para facilitar o estudo do aluno, que poderá ler a descrição do exame físico e conferir a execução da manobra em um vídeo dedicado em seu próprio celular.

As inovações continuam no conteúdo. Ousamos ao trazer temas como anamnese espiritual, tecnologia em semiologia, tópicos de saúde de grupos específicos (idosos, população LGBTQIAP+, povos indígenas, população negra e quilombola) e princípios da medicina do estilo de vida. Todos dialogando com o Brasil atual.

Esperamos que este livro tenha tanto impacto para os estudantes de medicina do século XXI quanto o seu antecessor. Que ele também possa fincar seus pés na memória de inúmeros futuros médicos e, mais importante, ajudar na formação de profissionais de qualidade.

Tenham um ótimo aprendizado!

Belém do Pará, 10 de outubro de 2023

Bruno Lopes Santos-Lobato  
Edienny Viana Santos-Lobato

# 1. ANAMNESE DE PRIMEIRA CONSULTA

Simone Regina Souza da Silva Conde

Carlos Verbicaro Neto

Amanda Sophia Carvalho Miranda da Silva

João Tássio Barros Félix

## 1.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A anamnese é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde, na qual o paciente é submetido a diversos questionamentos a fim de conhecer o histórico de todos os sinais e sintomas da atualidade por ele vivenciados, assim como as demais informações das dimensões de saúde do indivíduo, contribuindo para um diagnóstico de bem-estar ou de adoecimento.

Como em todo e qualquer ato profissional em saúde, princípios de respeito, cordialidade e ética devem permear o momento da anamnese. Portanto, a comunicação verbal e a não verbal são fundamentais para que o paciente se sinta acolhido e seguro para o compartilhamento de sua história clínica. O ambiente deve preservar a sua privacidade e, de preferência, ser tranquilo e adequar a temperatura e luminosidade.

Uma anamnese detalhada, junto ao exame físico, é imprescindível para identificar uma situação de saúde ou doença, contemplando uma série de diagnósticos diferenciais. Com o intuito de realizá-la adequadamente, no Brasil, o médico ou o acadêmico sob supervisão deve seguir o roteiro previsto na Resolução nº 2.056/2013 do Conselho Federal de Medicina (2013), contendo os requisitos primordiais para seu desenvolvimento.

São elementos fundamentais de uma boa anamnese em primeiro atendimento: identificação; queixa principal; história da doença atual com revisão dos sistemas; e interrogatório complementar. Dentro do interrogatório complementar, são abordados os itens acerca dos antecedentes mórbidos pessoais, antecedentes mórbidos familiares e hábitos de vida, incluindo os hábitos alimentares e comportamentais, e as condições socioeconômicas, culturais e espirituais/religiosas.

## 1.2. ELEMENTOS DA ANAMNESE

### 1.2.1. Identificação

A identificação é o momento inicial da anamnese. Nessa etapa, o perfil sociodemográfico do paciente é coletado por meio de perguntas específicas, o qual servirá como subsídio para constituir a base de cadastramento. Além disso, o fornecimento dos dados de identidade contribui para o melhor entendimento do caso, fazendo parte da elaboração do raciocínio, com as relações epidemiológicas associadas aos estados de saúde e de agravos na população.

No momento da consulta, os dados colhidos incluem:

**Nome completo:** deve ser escrito sem abreviaturas, observando que o paciente pode ter seu nome civil e social. O nome civil é aquele com o qual a pessoa foi oficialmente registrada, enquanto o nome social é o nome pelo qual determinada pessoa deseja ser tratada, podendo estar relacionado à identidade de gênero ou não. A equipe deve oferecer ativamente o uso do nome social no momento do cadastramento no serviço de saúde. O nome social deve ser utilizado sempre, por todos os profissionais e em todos os documentos do serviço.

**Idade:** esse item é importante tendo em vista que há doenças mais frequentes em certa faixa etária, a exemplo, doenças

da infância, infecções sexualmente transmissíveis em adultos, doenças crônico-degenerativas em adultos idosos, entre outras.

**Sexo:** refere-se ao conjunto de caracteres biológicos que definem o indivíduo como pertencente ao sexo feminino ou masculino.

**Gênero:** refere-se a uma rede de inter-relações e interações sociais que se constroem a partir da divisão simbólica dos sexos. Enquanto identidade de gênero, pode ser binária, homem ou mulher, ou não binária, contendo todos os demais gêneros (vide Capítulo 19).

**Naturalidade/nacionalidade e residência atual e anterior:** esses dados permitem pensar na geografia médica, correlacionando os dados clínicos com as hipóteses diagnósticas, para a elaboração de um plano de diagnóstico e intervenção.

**Procedência:** refere-se ao último lugar em que a pessoa estava antes de ser atendida. Pode ser a própria residência, unidades de urgência, hospitais, instituições ou outros.

**Escolaridade:** analfabeto, alfabetizado, ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto. Essa informação permite que o profissional elabore as melhores estratégias de comunicação para se fazer entender e ser compreendido pelo paciente em atendimento.

**Estado civil:** compreende as seguintes situações: solteiro, casado, união consensual, divorciado ou viúvo.

**Profissão atual e anterior:** importante dado demográfico, em que se procura correlacionar o desenvolvimento de agravos oriundos da ocupação do paciente, assim como definir se a sua atual condição clínica possibilita a execução de suas atividades laborais.

**Religião ou crenças:** define se o paciente possui alguma crença ou religião específica. Esse dado será desenvolvido no Capítulo 3 deste livro.

### 1.2.2. Queixa principal

A queixa principal (QP) se refere ao **motivo pelo qual o paciente procurou por assistência médica**, podendo ser uma queixa específica ou um objetivo. A QP deve ser registrada com os termos mencionados, por exemplo: “vim pedir exames de rotina” ou “estou sentindo muita fraqueza esses dias”, cabendo ao médico tentar descobrir o que os sintomas significam. Ressalta-se que, quando o paciente usar termos técnicos, o profissional deve pedir ao profissional que os defina, a fim de certificar que o significado está correto.

Habitualmente, a QP é uma afirmação curta, podendo ser um sinal ou um sintoma. Entretanto, existem pacientes com múltiplas queixas, podendo relatar sua sintomatologia de forma aleatória. Nesse caso, deve-se questionar sobre o que o incomoda mais no momento ou qual motivo o fez procurar por atendimento médico naquele dia.

### 1.2.3. História da doença atual

A história atual da doença (HDA) **é um registro detalhado, preciso e cronológico dos problemas que motivaram o paciente a procurar por assistência médica**. Após indicar o início, cada sintomatologia deve ser caracterizada em sete atributos: (1) localização; (2) características; (3) quantidade ou intensidade; (4) cronologia – início, duração e frequência; (5) fatores precipitantes; (6) fatores agravantes ou atenuantes; e (7) manifestações associadas. Quando o paciente referir sentir dor, deve-se perguntar também o tipo (pontada, aperto, queimação, pulsátil, em cólica) e se há irradiação para outras regiões.

Além desses dados, na HDA deve ser incluída também a progressão do problema, se anteriormente houve algum episódio seme-

lhante. Caso positivo, é preciso informar há quanto tempo, se houve eventuais tratamentos, seja prescrito ou por automedicação, e como se encontra no momento da consulta. Quanto mais detalhada a história atual da doença for, melhor para o raciocínio clínico.

#### **1.2.4. Investigação sobre demais sistemas**

Também conhecido como interrogatório sintomatológico, anamnese especial ou revisão de sistemas, pode ser abolido quando a HDA é bem colhida e não deixa margem de dúvidas para fechar o diagnóstico. Contudo, deve ficar claro que um interrogatório completo sobre os sistemas foi executado durante a anamnese.

Esse tópico, após a HDA, permite ao médico identificar enfermidades (diagnósticos diferenciais) que não seriam lembradas caso fosse investigada somente a QP do paciente.

É comum que o próprio paciente não relacione um sintoma com a QP, cabendo ao médico investigar todos os sintomas que possam levar ao correto diagnóstico.

A investigação sobre demais sistemas deve ser constituída por um conjunto de perguntas relacionadas a todas as alterações dos diversos órgãos e sistemas, podendo ser seguido um roteiro de investigação craniocaudal.

#### **1.2.5. Interrogatório complementar**

##### **1.2.5.1. Antecedentes pessoais**

Os antecedentes pessoais consistem em um compilado histórico, tanto fisiológico quanto patológico, do paciente. Ajudam a identificar algum quadro passado ligado à doença atual ou que interfira em seu prognóstico. Podemos dividir esse tópico em antecedentes fisiológicos e antecedentes patológicos.

### 1.2.5.2. Antecedentes fisiológicos

Referem-se ao desenvolvimento do paciente, isto é, ao amadurecimento dos seus sistemas, bem como sua gestação. A seguir, são listados alguns questionamentos que poderão ser realizados, tendo em mente o bom senso e a individualidade de cada caso. É importante salientar a forma empática e acolhedora desses questionamentos, evitando constrangimentos ou interpretações equivocadas, tanto do ponto de vista do paciente quanto do médico.

**Gestação e nascimento:** gestação normal ou com complicações? Quais as condições do parto (normal domiciliar/normal hospitalar/cesáreo/gemelar/uso de fórceps, na água)? Ordem de nascimento em relação aos irmãos. Número de irmãos. A mãe fumava, bebia álcool, usava medicamentos ou drogas ou apresentou algum outro comportamento de risco para o embrião durante a gravidez? A mãe tentou um aborto?

**Desenvolvimento psicomotor e neural:** idade em que os dentes do paciente começaram a nascer. Quando começou a engatinhar? Marcha normal? Quando começou a falar? Bom controle dos esfíncteres? Teve desenvolvimento físico normal (altura, desenvolvimento muscular, mudança no tom de voz)? Produção hormonal afetada?

**Desenvolvimento sexual:** puberdade normal, precoce ou tardia? Em qual idade ocorreu a menarca? Em qual idade ocorreu a menopausa?

Nessa parte da entrevista, alguns pontos importantes devem ser de conhecimento do profissional de saúde:

- Não assumir que sabe ou que consegue descobrir a orientação sexual, a identidade de gênero ou o desejo reprodutivo de uma pessoa. É recomendado perguntar sempre. Isso não é ofensivo e pode disparar uma boa conversa sobre preconceitos mesmo com quem não é LGBTQIAP+;

- Perguntar sobre os termos que cada pessoa acredita definir sua identidade de gênero, orientação afetiva e sexual, relações, comportamentos, práticas sexuais e grupos de convivência;
- Garantir atendimento privativo e com sigilo das informações, mesmo em relação a demais membros da equipe de saúde. O medo de violência pela família ou pela comunidade pode ser um motivo para a pessoa não conversar com profissionais;
- A exclusão social e a violência são importantes causas diretas e indiretas de adoecimento de pessoas LGBTQIAP+ e, geralmente, são causas ignoradas e/ou negligenciadas por profissionais;
- Organizar um ambiente de trabalho que acolha as diferenças e que possa enfrentar as violências sofridas por usuários e por profissionais dentro do serviço de saúde;
- Conversar sobre as percepções de gênero e abordar as expectativas de cada família para suas crianças. Mulheres e homens heterossexuais cisgêneros também estão sujeitos a violências e adoecimentos por consequência dos papéis sociais e dos estereótipos de gênero, transmitidos cultural e historicamente (mais detalhes sobre este tema serão explorados no Capítulo 19).

### 1.2.5.3. Antecedentes patológicos

Referem-se aos dados atuais ou passados de processos patológicos do paciente.

**Antecedentes médicos:** recebeu cuidados médicos recentemente ou em algum outro período de sua vida? Se sim, por quê? O cuidado foi continuado ou momentâneo? Fez algum exame

complementar na época (raio-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou outro)? Já foi hospitalizado? Se sim, por quê?

**Doenças graves ou crônicas:** tem doença grave (com risco de vida ou de incapacidade permanente) ou crônica (com longa duração e/ou sem tratamento curativo)? Tem histórico de doença autoimune?

**Doenças da infância:** tem histórico de doença na infância? Se sim, qual (sarampo, varicela, caxumba, amigdalites, outras)?

**Medicamentos:** faz uso de medicamentos atualmente? De forma crônica? E durante a infância? Quais medicamentos? Qual a posologia? Qual o motivo do medicamento? Segue as recomendações médicas (horário e quantidade)? Apresentou efeitos colaterais? Faz uso de terapia alternativa (chás ou outros)? Caso o paciente não se sinta confortável no momento ou não se lembre dos medicamentos que usa, peça para que ele traga os medicamentos na próxima consulta.

**Alergias:** tem alergia a algum medicamento, alimento ou outra substância? Se sim, descreva o que sentiu com estas substâncias.

**Traumas e acidentes:** já sofreu algum acidente? Passou por algum trauma físico ou psicológico?

**Cirurgias:** já passou por cirurgias? Se sim, quando? Houve complicações? Tem algum membro ou órgão em falta ou transplantado?

**Hemoderivados:** já recebeu transfusão sanguínea? Qual tipo (sangue, plasma)? Se sim, quando, onde e por quê?

**Gestação:** está grávida? Tem filhos? Se sim, seus partos foram cesarianos ou normais? Já passou por algum abortamento (de forma espontânea ou provocada)? Teve filhos prematuros? Usa algum medicamento ou método contraceptivo?

**Imunização:** tem carteira vacinal em dia? Se falta alguma vacina, qual? Quantas doses? Quando tomou a última vacina? Qual era a vacina?

#### 1.2.5.4. Antecedentes mórbidos familiares

É a procura por doenças hereditárias ou pré-disposições genéticas. Parentes de 1º e 2º grau são especialmente relevantes, como pais e irmãos. Para isso, pergunte se algum parente do paciente apresenta ou faleceu de, por exemplo, diabetes, hipertensão, neoplasias, demências ou outras condições. Além disso, procure saber em que idade o quadro apareceu, pois isso tem importância na diferenciação de um quadro genético para um quadro não genético. O paciente deve ser o mais específico possível nessa informação.

### 1.2.6. Hábitos de vida

Procura-se por hábitos que podem ser considerados fatores de proteção ou de risco à saúde. Pode-se dividir esse ponto em hábitos alimentares e comportamentais, consumo de substâncias e hábitos socioculturais, econômicos e financeiros. Lembre o paciente que essa informação será usada apenas com intuito de determinar o diagnóstico, ou seja, não será usada para incriminá-lo, mantendo-se também o irrestrito sigilo. Mais detalhes sobre esse tema estão no Capítulo 22.

#### 1.2.6.1. Hábitos alimentares e comportamentais

- **Alimentação:** come quantas vezes ao dia? Que tipo de comida? Preparada por quem e como? Como a comida é armazenada ou conservada? É interessante que se faça um recordatório alimentar.
- **Atividade física:** realiza atividade física? Que tipo? Com qual frequência? Supervisionado ou não?

- **Atividade sexual:** quantos parceiros? Quais os hábitos sexuais? Faz uso de preservativo?
- **Sono:** dorme bem? Quantas horas por dia? Em que lugar? Tem sono leve ou pesado? Demora para dormir? Ronca?
- **Ocupação atual e ocupações anteriores:** com o que trabalha/trabalhou? Sua ocupação o expõe a algum risco? Faz uso de equipamentos de proteção individual? Já sofreu algum acidente no trabalho?
- **Viagens:** para onde viajou? Por quanto tempo ficou neste local? O local tinha bom saneamento básico?

#### 1.2.6.2. Consumo de substâncias

- **Histórico de fumo:** fuma? Se sim, quantos maços por dia e por quantos anos? Se fumava, quando parou? Se não fuma, alguém próximo ao paciente fuma? O paciente compartilha com frequência o mesmo ambiente que este fumante? Se sim, por quanto tempo?
- **Uso de álcool:** faz ou fez uso de bebida alcoólica? Se sim, quantas vezes na semana/dia? Qual o tipo de bebida e qual a quantidade (quanto mais específico, melhor)?
- **Drogas ilícitas:** usa ou usou algum tipo de droga ilícita na vida? De que tipo? Em qual quantidade e frequência? Por quanto tempo? Está em abstinência?

#### 1.2.6.3. Hábitos socioeconômicos, culturais e espirituais/religiosos

- **Condições socioeconômicas e culturais:** em que tipo de casa vive? Há bom saneamento básico (esgoto, água tratada e coleta regular de lixo)? Se não, como esses serviços são executados?

- **Espiritualidade e religião:** realizar anamnese ou história espiritual (vide Capítulo 3)
- **Contato com pessoas ou animais doentes:** onde? Quando? Duração? Como o animal está?
- **Vida conjugal e ajustamento familiar:** como é seu relacionamento com os pais, irmãos, cônjuge, filhos, outros familiares e amigos?
- **Condições econômicas:** qual seu rendimento mensal? É dependente da ajuda econômica de alguém ou de alguma instituição/órgão? Aposentado? Sobra ou falta dinheiro no fim do mês?

### 1.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após essas informações, questione sempre ao paciente se ele deseja contar algo mais que acredita ser relevante para esse momento, e se mantenha atencioso e acolhedor na obtenção da história clínica, do início ao fim.

Em seguida, será procedido o exame físico geral e específico por sistemas, com rigorosa anotação de todos os dados semiológicos, sejam normais ou alterados. De posse da anamnese e do exame físico completo, o médico estará apto a realizar suas hipóteses diagnósticas. Também poderá efetuar o planejamento de investigação complementar e de abordagem terapêutica, seja não farmacológica ou farmacológica.

No geral, inicia-se pelos diagnósticos sindrômicos, em que se procura reunir todas as síndromes encontradas no caso, seguido pelos diagnósticos etiológicos principais e diferenciais. Lembre-se que todas essas informações devem estar escritas no prontuário, da forma mais clara e específica possível, sem deixar de explicar de forma minuciosa a

sua hipótese diagnóstica e o que será feito como plano de investigação complementar e terapêutica do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Henry S, Jane B, Joyce D. A História e o Processo de Anamnese. In: Henry S. Mosby Guia de Exame Físico. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 1-37.

Lynn B. Entrevista e Anamnese. In: Lynn B. Bates Propedêutica Médica. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 49-133.

Ministério da Saúde (BR). Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. 2017 [citado em 29 out 2017]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/41380-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>

UC San Diego School of Medicine. Practical Guide to Clinical Medicine: a comprehensive physical examination and clinical education site for medical students and other health care professionals [Internet]. 2021 [citado em 18 jan 2021]. Disponível em: <https://meded.ucsd.edu/clinicalmed/introduction.html>

World Health Organization. Medical Records Manual: A Guide for Developing Countries. Geneva: WHO; 2006.

## 2. ANAMNESE DE RETORNO

Edienny Viana Santos-Lobato

Robson José de Souza Domingues

Amanda Sophia Carvalho Miranda da Silva

João Tássio Barros Félix

Habitualmente, percebe-se que a consulta de retorno se resume a verificar os possíveis exames solicitados, checar se as medidas terapêuticas obtiveram êxito e, caso não, prescrever outras. Entretanto, ela não deve se restringir a isso. A consulta de seguimento necessita ser explorada, tendo em vista que é oportunidade ímpar para a plena compreensão do caso clínico do paciente.

Durante a consulta de retorno, o profissional de saúde conta com uma nova chance de adicionar à anamnese possíveis informações que o paciente possa ter esquecido, além de coletar dados que não foram registrados durante a primeira consulta. É válido salientar que muitas informações podem ter sido omitidas acidentalmente pelo paciente, justamente por falta de vínculo com o profissional ao longo de um primeiro atendimento repleto de dúvidas e insegurança.

É extremamente válido que o profissional faça uma breve leitura do atendimento anterior antes que o paciente entre na sala. Nesse momento, informações como queixas clínicas, alterações ao exame físico, hipóteses diagnósticas e medicamentos em uso devem ser valorizadas e lembradas.

É absolutamente desaconselhável que o profissional conduza o atendimento de retorno como se fosse a primeira vez, uma vez que fere a relação de respeito ao paciente, desvalorizando as informações

já obtidas. Nesse momento, mesmo que o primeiro atendimento tenha sido feito por outro profissional na mesma especialidade, é fundamental que todas as informações registradas sejam aproveitadas e rigorosamente revisadas.

A criação de cabeçalhos com informações relevantes acerca do paciente pode ser uma estratégia didática e deve ser recomendada para estudantes e profissionais que atuam em ambulatórios universitários, locais onde há compartilhamento de prontuários e contato com diferentes especialidades e equipe multiprofissional.

As informações iniciais devem conter, preferencialmente, título da especialidade, hipótese diagnóstica, comorbidades e medicamentos em uso. Segue abaixo um exemplo de cabeçalho de atendimento:

- **Ambulatório de nefrologia;**
- **Hipótese diagnóstica:** doença renal crônica estágio 3A;
- **Comorbidades:** hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2;
- **Medicamentos em uso:** Losartana 100 mg/dia e Metformina 500 mg 2×/dia.

Em seguida, o profissional prosseguirá registrando informações sobre queixas prévias e resolvidas, adesão terapêutica e novas demandas do paciente.

No momento da entrada do paciente, é fundamental estabelecer uma relação amigável e aguardar que ele se sente confortavelmente na poltrona antes de iniciar os questionamentos habituais. Sorrir e fazer um comentário de um assunto não médico ajuda a quebrar o excesso de formalidade da consulta, de modo que ele se sinta mais à vontade para compartilhar informações. É válido lembrar de checar nas anotações anteriores como o paciente prefere ser chamado e passar a citar o nome social ao direcionar as perguntas, ampliando o vínculo, o interesse e a sensação de proximidade.

Durante o atendimento, é fundamental que o profissional confirme se houve melhora das queixas relatadas durante o primeiro atendimento e se há novas queixas. Em seguida, deve-se verificar cuidadosamente sobre o uso dos medicamentos e intervenções prescritas, de modo a avaliar a aderência terapêutica. Nesse momento, é mais útil direcionar perguntas abertas, tais como “me conte como o senhor está tomando seus medicamentos”, ao invés de promover a passividade do paciente, citando cada um dos medicamentos e questionando se eles estão sendo utilizados.

Após a confirmação dos medicamentos em uso, o profissional deverá abordar sobre possíveis efeitos colaterais ou resultados inesperados que possam levar o paciente à desistência do plano terapêutico iniciado. Caso perceba que o uso dos medicamentos não está em conformidade com a prescrição, não se recomenda fazer correções ou aplicar sermões. A anamnese é momento de facilitar o diálogo com o paciente, e atitudes como essas o inibem. Recomenda-se permitir que o paciente fale abertamente e responda aos questionamentos sem ser interrompido. As correções acerca do tratamento e demais orientações deverão ser realizadas durante a etapa de conduta, após ampla avaliação de diferentes fatores.

Em seguida, deve-se fazer uma avaliação cuidadosa dos novos exames solicitados. Caso o paciente faça acompanhamento de uma ou mais doenças crônicas, é importante pontuar se as metas de controle foram alcançadas. Recomenda-se que o profissional compartilhe os resultados e metas com o paciente para obter o máximo de engajamento nos atendimentos: pode iniciar explicando cada um dos resultados favoráveis e finalizar com aqueles que ainda necessitam de intervenção cuidadosa.

O exame físico poderá ser direcionado aos achados anormais analisados durante a primeira consulta e à avaliação de sinais vitais relevantes, tais como pressão arterial e frequência cardíaca. Não há obrigatoriedade de repetir um exame físico completo no atendimento de retorno.

Uma nova conduta com metas será então estabelecida ao final da consulta, seguida por avaliação da compreensão do paciente sobre o que foi abordado. Pedir para o paciente resumir as informações que foram trocadas durante a consulta facilita a abordagem das dúvidas e avalia a compreensão de forma mais eficiente.

Desse modo, a fim de facilitar o entendimento do estudante quanto a esse momento clínico, sugerimos a utilização do método didático “SOAP”, que divide a anamnese de retorno em tópicos de investigação que se complementam e guiam a consulta de retorno. Esse método é dividido em:

- **Subjetivo (S):** diz respeito à queixa do paciente, ao *feedback* quanto à evolução da doença (se houve melhora ou não), conduta do médico, forma de contornar o quadro, o que inclui a terapêutica e as orientações, e como o paciente se sentiu quanto ao processo como um todo. Além disso, como supracitado, o paciente pode acrescentar informações ao seu quadro durante a primeira consulta, omitidas anteriormente por motivos variados, como desconforto ou simples esquecimento.
- **Objetivo (O):** refere-se ao possível reexame (exame físico) do paciente ou da verificação de novos exames complementares, a fim de verificar possíveis mudanças em relação ao quadro inicial.
- **Avaliação (A):** nesse ponto, avaliam-se os sintomas apresentados na primeira consulta quanto à sua resolução ou não e, a partir dessas informações, elaboram-se um diagnóstico mais preciso para o quadro do paciente ou confirma-se a hipótese diagnóstica elaborada previamente.
- **Plano (P):** é a estratégia escolhida pelo médico como um plano de assistência continuada ao paciente, isto é, a proposta terapêutica que será utilizada, incluindo medicações prescritas, exames complementares, novas orientações, en-

caminhamentos e instruções para resolução de pendências para o próximo atendimento.

Ao final do atendimento, lembre-se de anotar cuidadosamente as informações que levaram à elaboração de novas hipóteses e mudança de conduta. Esses registros serão de máxima importância durante a leitura do prontuário antes do próximo atendimento e no entendimento do raciocínio clínico.

Com a prática clínica cotidiana e conquista de novas habilidades, cada médico será capaz de manejar o retorno dos seus pacientes da forma que considerar ideal para obter o máximo de resultados, fortalecendo o vínculo entre o profissional e o paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrus MR, McDonough SLK, Kelley KW, Stamm PL, McCoy EK, Lisenby KM, et al. Development and Validation of a Rubric to Evaluate Diabetes SOAP Note Writing in APPE. *Am J Pharm Educ.* 2018;82(9):6725.

Belden JL, Koopman RJ, Patil SJ, Lowrance NJ, Petroski GF, Smith JB. Dynamic Electronic Health Record Note Prototype: Seeing More by Showing Less. *J Am Board Fam Med.* 2017;30(6):691-700.

Lisenby KM, Andrus MR, Jackson CW, Stevenson TL, Fan S, Gaillard P, et al. Ambulatory care preceptors' perceptions on SOAP note writing in advanced pharmacy practice experiences (APPEs). *Curr Pharm Teach Learn.* 2018;10(12):1574-8.

Sando KR, Skoy E, Bradley C, Frenzel J, Kirwin J, Urteaga E. Assessment of SOAP note evaluation tools in colleges and schools of pharmacy. *Curr Pharm Teach Learn.* 2017;9(4):576-84.

Santiago LM, Neto I. Metodologia SOAP na Formação da Medicina Geral e Familiar em Contexto Prático. *Acta Med Port.* 2018;29(12):854-9.

Ohm F, Vogel D, Sehner S, Wijnen-Meijer M, Harendza S. Details acquired from medical history and patients' experience of empathy--two sides of the same coin. *BMC Med Educ.* 2013;13:67.

## 3. ANAMNESE ESPIRITUAL

Simone Regina Souza da Silva Conde

Glauber Artur Amaral Diniz

Ana Helena Ferreira da Silva

Sabinaluz Natal Malheiros da Silva

Fernanda de Souza Parente

Giancarlo Lucchetti

### 3.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A necessidade de compreensão do paciente como um ser biopsicossocial engloba suas relações com as pessoas e com o meio que o cerca, incluindo aspectos culturais e questões relacionadas às crenças do indivíduo. É importante salientar que a espiritualidade não é dependente de uma crença religiosa e que sua essência está na ligação do ser com a sua própria definição de transcendência.

Pela diversidade de definições e falta de consenso na área, torna-se necessário que seja feita a distinção entre os termos religião, religiosidade e espiritualidade.

- **Religião:** segundo Koenig e Puchalski, é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente;
- **Religiosidade:** representa o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, de modo que esta pode ser organizacional (participar em igrejas ou templos religiosos), não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão) ou intrínseca (compreender a religião como parte central na vida do indivíduo);

- **Espiritualidade:** trata-se da busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, às relações com o sagrado ou transcendente, o que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou à formação de comunidades religiosas. Baseado nessas definições, um indivíduo considerado espiritualizado pode não ter uma denominação religiosa específica.

Na medicina atual, fica clara a necessidade do olhar integral para o ser humano, em todas as suas dimensões, para a promoção da saúde. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) já adota um conceito mais ampliado de saúde, definindo-a como “um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença”. A partir disso, entre os vários domínios que permeiam os questionários de qualidade de vida elaborados pela OMS, incluiu-se a dimensão espiritual, contendo tópicos referentes à conexão com o ser ou força espiritual, ao sentido da vida, ao temor, totalidade e integração, força espiritual, paz interior, serenidade, harmonia, desejo, otimismo e fé.

Nas últimas décadas, houve um grande crescimento no campo de publicações sobre a interface entre espiritualidade e saúde. As pesquisas demonstram o papel da espiritualidade no contexto da promoção da saúde, no enfrentamento das doenças, sejam elas físicas ou mentais, assim como nos processos de reabilitação. Os estudos têm mostrado associação positiva entre o grau de espiritualidade e melhores índices de saúde física e mental, maior sobrevida e melhores resultados terapêuticos. Porém, é importante ressaltar que, em 15% dos casos, as crenças religiosas e espirituais podem ser disfuncionais (pensamentos de que Deus está castigando ou punindo) e, nesses casos, podem estar associadas a desfechos desfavoráveis de saúde, incluindo maior mortalidade e sofrimento psíquico.

Nesse contexto de evidências crescentes, diversas organizações nacionais e internacionais como a Associação Mundial de Psiquiatria,

o Colégio Americano de Médicos, a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Associação Brasileira de Educação Médica têm apoiado a inserção do assunto na prática clínica. Dessa forma, é essencial que o médico tenha conhecimento de como abordar esse assunto na sua vida assistencial.

A anamnese espiritual (também conhecida como história espiritual) consiste em um conjunto de perguntas que permitem ao paciente compartilhar suas crenças e suas práticas religiosas e/ou espirituais, assim como o que lhes traz significado e propósito de vida, dando ênfase à relação dessas crenças com o processo saúde-doença. Nessa etapa da história clínica, é importante entender as crenças do paciente e identificar todos os fatores associados, como a dimensão espiritual, familiar ou social, entendendo o tipo de enfrentamento utilizado em momentos adversos da vida, como é o caso do aparecimento de uma doença.

A relação entre equipe de saúde e paciente após a escuta das necessidades espirituais permitirá uma atenção em saúde pautada em maior empatia e na oferta de um apoio necessário, para além do suporte biológico.

### **3.2. OBJETIVOS DA ANAMNESE ESPIRITUAL**

A anamnese espiritual objetiva avaliar as crenças que um indivíduo traz consigo e que sejam relacionadas ao transcendente, seja essa crença espiritual, religiosa ou que leve ao significado e propósito de vida. É importante entender não só a crença que o indivíduo possui, mas também qual o impacto dela em sua vida, por meio da importância e influência no cotidiano, nas decisões médicas e no tratamento. Além disso, procura também avaliar se o paciente está inserido em alguma comunidade religiosa ou espiritual, e se esse grupo lhe oferece algum tipo de suporte.

Essas informações identificam como a religiosidade e/ou a espiritualidade do paciente influencia na sua saúde física e mental,

contribuindo para a adesão aos tratamentos propostos, na tomada de decisões, nas questões e nos valores éticos e de terminalidade, como em situações de cuidados paliativos.

### **3.3. ABORDAGEM PRÁTICA**

A espiritualidade dos pacientes pode ser abordada de diversas formas, sendo mais importante que isso aconteça de maneira sensível, acolhedora, natural e não impositiva. Pode acontecer durante a entrevista, no momento da avaliação dos aspectos psicossociais, ou posterior a ela, a depender do paciente. Essa estratégia não se limita apenas aos pacientes sabidamente religiosos, mas também àqueles que não possuem uma religião, uma vez que eles também possuem espiritualidade e podem ser abordados quanto às suas motivações pessoais e meios de enfrentamento de dificuldades.

De forma prática, em busca de informações mais aprofundadas e com o objetivo de identificar demandas, expectativas e mecanismos associados de adoecimento, existem várias ferramentas que avaliam diferentes domínios de espiritualidade e religiosidade e mostram associação com desfechos em saúde.

Apesar de existirem muitos instrumentos para obtenção da história espiritual, neste capítulo optamos por trazer dois instrumentos, sendo um mais conhecido e consagrado internacionalmente, e outro criado para preencher as lacunas encontradas por outros métodos. Essas ferramentas, por incluírem mnemônicos, facilitam a familiarização com os diversos aspectos relevantes à anamnese espiritual, com maior desenvoltura, abrangência e capacidade de atender às demandas dos pacientes.

#### **3.3.1. Instrumento FICA**

O questionário FICA é amplamente conhecido e validado, analisando quatro dimensões. É de fácil aplicação e rápida execução. Foi

proposto por Puchalski, contendo perguntas de fácil memorização para os profissionais.

- **F (fé ou crenças):** Você se considera espiritual ou religioso? Você tem crenças espirituais que o ajudam a lidar com o estresse? Se o paciente responder “Não”, o profissional de saúde poderá perguntar: “O que dá sentido à sua vida?”. Às vezes, os pacientes utilizam respostas como família, carreira ou natureza.
- **I (importância e influência):** Que importância tem sua fé ou crença em sua vida? Suas crenças têm influenciado a forma como você cuida de si nesta doença? Qual o papel de suas crenças no planejamento em recuperar sua saúde?
- **C (comunidade):** Você faz parte de uma comunidade espiritual ou religiosa? Isso oferece apoio para você e como? Existe um grupo de pessoas que você realmente ama ou que são importantes para você? Comunidades como igrejas, templos, sinagogas e mesquitas ou um grupo de amigos com a mesma opinião servem como fortes sistemas de suporte para alguns pacientes.
- **A (ação no tratamento):** Como você gostaria que eu, seu médico, incluísse sua espiritualidade/religiosidade no seu plano de cuidado de saúde?

### 3.3.2. Instrumento FEPICATA

O FEPICATA é outro instrumento que poderá servir de guia para obtenção da história espiritual, utilizado quando se pretende compreender em maior profundidade as necessidades espirituais do indivíduo.

- **Fé/crença:** Você tem algum tipo de fé? Em quê? Quais são suas crenças (ou religião)? Você tem alguma crença que é independente da sua religião?

- **Existencial:** O que dá significado e propósito à sua vida? Ao que você se apega em tempos difíceis? O que lhe traz conforto, paz e esperança na vida?
- **Práticas:** Como você pratica suas crenças e/ou religião no dia a dia? Existe alguma outra prática significativa em seu cotidiano? Orações ou meditações são importantes para você?
- **Importância e influência:** Que importância você dá para a sua fé ou crenças (ou aquilo que lhe traz significado)? Como isso influencia a forma como você lida com problemas ou doenças? A doença influenciou sua fé? Como?
- **Comunidade:** Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Como ela te ajuda? Esse grupo te apoia ou apoiaria em questões ligadas à sua saúde? Existe algum grupo de pessoas que seja realmente importante para você?
- **Ajuda:** Você tem alguém em quem confia para conversar sobre assuntos religiosos/espirituais? Você necessita de ajuda para orar, meditar ou realizar alguma prática significativa para você? Você gostaria de conversar com um capelão ou líder religioso? Indique algum líder religioso/espiritual com quem eu possa conversar.
- **Terminalidade:** Como você acredita que sua fé impactaria as suas decisões no final de sua vida? Há aspectos particulares do tratamento que você gostaria de dispensar ou suspender por causa de sua fé? Você teria algum desejo específico se estivesse muito doente ou sofrendo de alguma doença terminal?
- **Ação no tratamento:** Que aspectos da sua religiosidade/espiritualidade você gostaria que eu tivesse em mente ao cuidar de você? Há alguma crença ou prática que eu deva saber e que possa influenciar seu tratamento médico? Há elementos do cuidado médico que você recusaria por motivos religiosos ou espirituais?

### 3.4. APLICABILIDADE

Após identificar as necessidades espirituais de cada paciente, o médico deve tentar incorporá-las ao processo de cuidado. Entre as possíveis ações, destacam-se: ofertar escuta e compreensão; incentivar a espiritualidade como ferramenta de prevenção; incluir a espiritualidade no tratamento adjuvante; respeitar a autonomia do paciente de modificação do tratamento com base em suas crenças; e buscar suporte multidisciplinar para o cuidado espiritual.

Muitas vezes, a única coisa que o paciente necessita é ser ouvido em suas demandas, expor um pouco de suas crenças e trazê-las para esse momento de dificuldade. Por isso, ouvir com compaixão é a coisa mais básica que o médico pode fazer. Por meio da escuta, é possível identificar a dimensão que a espiritualidade e a religiosidade têm na vida do paciente.

Outra forma de incorporar a anamnese espiritual é documentar toda essa perspectiva, para compreender exatamente como a abordagem desse tema impactará no cuidado. Essa documentação permite identificar impactos positivos e negativos. Como exemplos, pode-se citar a recusa de indivíduos testemunhas de Jeová em receber transfusão sanguínea, mulheres muçulmanas que se negam a serem examinadas por médicos do sexo masculino e o entendimento de muitas pessoas de que o processo de adoecimento é consequência de sua falta de fé ou de suas transgressões.

Além disso, é possível que, futuramente, baseado em informações documentadas, tente-se uma nova abordagem, em momentos de crise, de forma a tentar ressignificar as crenças do paciente.

Compreender essas interações e abordá-las de forma direta com os pacientes constrói confiança, oferece maior apoio e melhora diretamente à relação entre médico e paciente. Os benefícios diretos dessa relação são uma melhor adesão às medidas comportamentais e

ao tratamento medicamentoso, além da possibilidade de intervenção em condições emocionais desfavoráveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Esporcatte R, Avezum A Jr, Moreira-Almeida A, Pinto IMF, Moriguchi EH. Espiritualidade: do conceito à anamnese espiritual e escalas para avaliação. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2020;30(3):306-14.

Osório IHS, Gonçalves LM, Pozzobon PM, Gaspar JJ Jr, Miranda FM, Lucchetti ALG, et al. Effect of an educational intervention in “spirituality and health” on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. *Med Teach*. 2017;39(10):1057-64.

Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. 2a ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2007.

Lo B, Ruston D, Kates LW, Arnold RM, Cohen CB, Faber-Langendoen K, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA*. 2002;287(6):749-54.

Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti ALG. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY)*. 2013;9(3):159-70.

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2001;161(15):1881-5.

Puchalski CM. Integrating spirituality into patient care: An essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn*. 2013;123(9):491-7.

Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Popul Health*. 2016;2:373-81.

## 4. EXAME FÍSICO GERAL

Edienny Viana Santos-Lobato

Adriana Bastos Pires

Bruno Marques e Silva

### 4.1. VISÃO GERAL DO EXAME FÍSICO

Terminada a anamnese, inicia-se o exame físico. O exame físico pode ser dividido em exame físico geral, no qual são avaliadas informações gerais do paciente, e exame de diferentes sistemas, em que são analisados os diferentes sistemas e aparelhos. Para a realização do exame físico, algumas condutas são necessárias: o ambiente precisa ser bem iluminado e com privacidade para o paciente, uma vez que a cordialidade, organização e calma são importantes para estabelecer uma boa relação entre médico e paciente. O examinador deve lavar as mãos antes e depois da execução do exame e utilizar jaleco. O uso de equipamentos de proteção individual, como luvas, máscara e óculos de proteção deve ocorrer quando existir possibilidade de contato com secreções e fluidos corporais, lesões cutâneas e no momento da avaliação da cavidade oral. As habilidades básicas do exame físico são: inspeção, percussão, palpação e ausculta. Existem materiais e aparelhos necessários para a realização do exame físico, destacando-se o uso do termômetro, fita métrica, balança antropométrica com haste milimetrada, lanterna de bolso, abaixador de língua, estetoscópio e esfigmomanômetro.

O exame físico geral pode ser dividido em qualitativo e quantitativo.

## 4.2. EXAME FÍSICO GERAL QUANTITATIVO

### 4.2.1. Sinais vitais

Os sinais vitais indicam o estado de saúde e as condições das funções corporais, como circulação, respiração e atividade endócrina e neural. Para cada sinal vital, apresentaremos a semiotécnica e os valores padronizados, a seguir:

### 4.2.2. Pressão arterial

Para a aferição da pressão arterial, é comum a utilização da técnica auscultatória, com esfigmomanômetro e estetoscópio calibrados. Para a aferição, a largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço do paciente, e quanto ao seu comprimento, pelo menos 80%. O paciente deve permanecer sentado, em uma posição confortável, depois de um período de repouso de cinco a dez minutos. O braço do paciente deve ser apoiado, de forma fletida e com a palma da mão para cima, sobre uma superfície firme. O manguito deve ser colocado dois a três centímetros acima da fossa cubital, local aproximado da artéria braquial. Em seguida, deve-se:

1. Palpar a artéria radial com uma das mãos e, com a outra, insuflar o manguito. A pressão sistólica estimada é aquela em que não é mais possível sentir o pulso radial;
2. Colocar o estetoscópio no local da palpação do pulso braquial e insuflar o manguito 30 mmHg acima do valor estimado para a pressão sistólica; e
3. Esvaziar o manguito na razão de 2 a 3 mmHg por segundo, atentando-se aos sons de Korotkoff.

Os sons de Korotkoff ocorrem devido à passagem do sangue pela artéria que estava colabada. Eles são classificados em cinco fases.

A fase I é o surgimento dos sons; o primeiro som é claro como uma pancada e representa a pressão arterial sistólica. A fase II é marcada por batimentos com sopro. Na fase III, o sopro desaparece e os batimentos são mais audíveis. Na fase IV, ocorre o abafamento dos sons. Na fase V, ocorre o desaparecimento dos sons; essa fase marca a pressão arterial diastólica.

Existem fatores que influenciam na medida fidedigna da pressão arterial. Antes de iniciar a aferição, é necessário verificar se o paciente está com a bexiga cheia ou sentindo dor, se ingeriu alimentos, fumou, consumiu bebidas alcoólicas ou usou drogas há menos de 30 minutos. Para a aferição ser precisa, o paciente não deve apresentar nenhuma das condições supracitadas. Outros aspectos devem ser considerados para a adequada aferição da pressão arterial: não é apropriado posicionar o equipamento por cima das roupas do paciente; é preciso aguardar de dois a cinco minutos para repetir a aferição no mesmo braço; os valores encontrados não devem ser arredondados; e o equipamento de medição deve estar calibrado e bem posicionado.

### 4.2.3. Frequência cardíaca

Para avaliar a frequência cardíaca, deve-se palpar a artéria radial com as polpas dos dedos indicador e médio até detectar a pulsação máxima e contar as pulsações durante um minuto. Avalie se o ritmo é regular e se a frequência é semelhante nos dois pulsos. Fisiologicamente, a frequência varia de 50 a 100 batimentos por minuto. Acima desses valores, diz-se que ocorre taquicardia; quando os valores estão abaixo, diz-se que ocorre bradicardia.

### 4.2.4. Frequência respiratória

A frequência respiratória é o número de incursões respiratórias durante um minuto. Observe a expansibilidade e retração do tórax e do abdome e conte o número de inspirações durante um minuto com o auxílio de um relógio. É importante não avisar sobre essa inspeção,

pois inconscientemente o paciente pode mudar o padrão respiratório. Para distrair a atenção do avaliado, simule que ainda está contando o pulso da artéria radial.

Os valores de referência da frequência respiratória em incursões respiratórias por minuto (irpm) em adultos e crianças podem ser visualizados abaixo:

- Bradipneia: < 12 irpm;
- Normal: 12 a 20 irpm;
- Taquipneia: > 20 irpm;
- Homens: 16 a 20 irpm;
- Mulheres: 18 a 24 irpm;
- Crianças: 25 a 30 irpm.

Bradipneia é a diminuição da frequência respiratória; taquipneia é o aumento da frequência respiratória com movimentos respiratórios superficiais.

#### 4.2.5. Temperatura corporal

A temperatura corporal pode ser aferida na cavidade axilar, oral, retal ou por outras formas mais invasivas.

**Valores normais de temperatura conforme a região registrada:**

- **Temperatura axilar:** 35,5 a 37°C;
- **Temperatura bucal:** 36 a 37,4°C;
- **Temperatura retal:** 36 a 37,5°C.

Tradicionalmente, afere-se a temperatura do corpo no oco axilar. Deve-se higienizar o termômetro com um algodão ou papel toalha embebido em álcool, e a axila deve estar limpa e seca. Posicione o termômetro no oco e oriente o paciente a manter o braço junto ao

tórax até o fim da aferição, quando o termômetro digital emite um “bipe”. Anote o valor aferido e higienize o termômetro novamente.

Não há consenso sobre quais temperaturas axilares são consideradas normais. No entanto, para fins didáticos, consideramos normais as temperaturas axilares entre 35,5 e 37°C. A temperatura corporal menor que 35,5°C é considerada hipotermia, e maior que 37°C é caracterizada como febre, que pode ser classificada em leve (subfebril), moderada ou alta.

#### **Intensidade da febre:**

- **Leve ou subfebril:** até 37,5°C;
- **Moderada:** de 37,6 a 38,5°C;
- **Alta:** acima de 38,6°C.

#### **4.2.6. Medidas antropométricas**

As principais medidas antropométricas são o peso, a altura, o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal.

O peso corporal é o somatório da água, tecido adiposo, muscular e ósseo e serve para identificar e acompanhar o estado nutricional e a reserva de energia. Para a avaliação, o paciente deve estar descalço, com a menor quantidade de roupa possível, posicionado no centro da balança e com os braços ao longo do corpo.

A altura monitora o crescimento linear e é medida com fita métrica ou balança com estadiômetro. O paciente deve estar em posição ortostática, com costa encostada ou próxima à parede e cabeça erguida, formando um ângulo de 90° com o solo.

O IMC é um indicador do estado nutricional de fácil mensuração que avalia o peso do indivíduo em relação à sua altura, classificando em baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade grau I, II ou III, a partir da fórmula  $IMC = \text{peso (em kg)} / \text{altura}^2 \text{ (em metros)}$ .

No entanto, o IMC apresenta algumas limitações, pois ele não difere se a massa livre de gordura é visceral ou subcutânea, não considera as diferenças de proporcionalidade corporal entre homens e mulheres e outros fatores, como estatura, idade, genética e estilo de vida. Dessa forma, indivíduos com muita massa muscular podem ser categorizados de forma errônea com obesidade, e idosos, que costumam perder massa muscular e ganhar gordura corporal, podem estar com o “peso adequado”.

Como método mais preciso, existe a bioimpedância elétrica, que avalia a quantidade de gordura corporal, de massa muscular e do percentual de água do indivíduo, por meio de uma corrente elétrica que, ao passar pelos tecidos do corpo, distingue as diferentes resistências do tecido muscular e do tecido adiposo, identificando indivíduos que pelo IMC poderiam não ser considerados com obesidade.

### **4.3. EXAME FÍSICO GERAL QUALITATIVO**

#### **4.3.1. Estado geral**

É uma avaliação subjetiva geral dos aspectos físicos, cognitivos e emocionais do paciente, classificando-o em bom estado geral (BEG), regular estado geral (REG) ou mau estado geral (MEG), servindo para identificar o quanto o atual estado da doença influencia na vida do paciente. Pacientes com febre e fraqueza podem estar em REG, enquanto pacientes na unidade de terapia intensiva geralmente estão com sinais de sofrimento, em MEG. Fatores que ajudam nessa avaliação são nível de consciência, fácies dolorosa, fala, humor e mobilidade.

#### **4.3.2. Nível de consciência**

Avalia a capacidade do paciente em perceber e reagir aos estímulos externos. O rebaixamento do nível de consciência pode indicar lesões no sistema nervoso central ou distúrbios metabólicos.

- **Alerta ou vigil:** olhos abertos, responde rapidamente a estímulos, movimenta-se e fala de forma espontânea.
- **Obnubilação:** o estado de alerta está diminuído, responde a estímulos, mas aparenta estar confuso.
- **Sonolência ou letargia:** há resposta verbal, motora e ocular com atraso, além de retorno ao sono se não receber mais estímulos.
- **Confusão mental:** perda de atenção, pensamentos confusos, respostas lentas e alteração na percepção do tempo e espaço.
- **Torpor:** são necessários estímulos fortes, dolorosos para o paciente reagir.
- **Coma:** o paciente não desperta a estímulos fortes e não possui movimentos espontâneos.

#### 4.3.3. Desenvolvimento físico e postura

É importante analisar o desenvolvimento físico do paciente, sua altura e peso em relação à idade e ao sexo, estados nutricionais e estado dos grupos musculares. A postura do paciente possui valor no raciocínio clínico e pode ser classificada em boa ou má postura. Na boa postura, a cabeça permanece ereta, o abdome inferior é achatado e o peito erguido. Na má postura, a cabeça é acentuadamente inclinada para diante, o peito é deprimido, o abdome é relaxado e saliente e as curvas posteriores são muito exageradas.

#### 4.3.4. Fácies típicas

Em decorrência de certas doenças e síndromes, a expressão da fisionomia do rosto pode ser alterada, tornando-se característica de uma condição. Nesse caso, dá-se o nome de fácies típica. Assim, quando a fisionomia e a configuração do rosto do paciente não são características de uma doença ou síndrome, diz-se que ocorre uma

fácies atípica. Existem várias fácies características de doenças que auxiliam no raciocínio clínico.

A seguir, descrevemos algumas fácies típicas:

- **Fácies basedowiana:** caracterizada por olhos abertos e salientes (exoftalmia), que conferem ao paciente uma expressão de espanto e ansiedade. É característica do hipertireoidismo.
- **Fácies mixedematosa:** o rosto é infiltrado por mixedema e se torna arredondado, com lábios e nariz volumosos, boca semiaberta com macroglossia, pele pálida e expressão apática. É característica da infiltração edematosa do rosto e pode estar relacionada ao hipotireoidismo.
- **Fácies leonina:** ocorre infiltração subcutânea nas bochechas e na frente, a pele se torna espessa, com desaparecimento dos supercílios e achatamento do nariz. É característica da hanseníase.
- **Fácies parkinsoniana:** há redução da mímica facial, a pele assume aspecto seborreico e ocorre produção excessiva de saliva. É característica da doença de Parkinson.
- **Fácies acromegálica:** os ossos frontais e malares são muito predominantes, é observado prognatismo exacerbado, crescimento dos lábios, nariz e orelhas, as pálpebras tornam-se espessas e as sobrancelhas grossas. É característica da acromegalia.
- **Fácies cushingóide:** o rosto torna-se arredondado por causa do acúmulo de gordura, com aparecimento de hirsutismo e acne, as bochechas adquirem aspecto avermelhado. É característico da síndrome de Cushing.

#### 4.3.5. Coloração e hidratação de pele e mucosas

Ao avaliar o paciente durante o exame físico geral, o estado da pele e mucosas deve ser categorizado. A pele dos indivíduos saudáveis é elástica, quente e úmida. As mucosas normais são úmidas e

rosadas. As principais alterações de coloração identificáveis na pele e mucosas são: palidez (atenuação da cor rósea da pele), eritrose (cor avermelhada da pele), cianose (cor azulada da pele e das mucosas) e icterícia (aspecto amarelado).

### 4.3.6. Biotipo

Biotipo é o conjunto de características morfológicas de uma pessoa. É classificado em brevilíneo, normolíneo ou longilíneo, conforme as características do **Quadro 4.1**.

**Quadro 4.1:** Características de cada biótipo

<b>Biótipo</b>	Brevilíneo	Normolíneo	Longilíneo
<b>Pescoço</b>	Curto e grosso	-	Longo
<b>Clavícula</b>	Horizontalizada	-	Oblíqua
<b>Tórax</b>	Alargado e grosso	-	Afilado e chato
<b>Ângulo de Charpy*</b>	$> 90^\circ$	$\cong 90^\circ$	$< 90^\circ$
<b>Membros</b>	Curtos	Proporcionais ao tronco	Alongados
<b>Musculatura</b>	Desenvolvida	-	Delgada
<b>Panículo adiposo</b>	Espesso	-	Reduzido
<b>Tendência à estatura</b>	Baixa	Mediana	Alta

\*O Ângulo de Charpy é formado entre os dois rebordos costais e o apêndice xifoide

## 4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame físico geral é fundamental para a avaliação inicial do paciente, podendo, quando alterado, ser um indicador de gravidade do quadro clínico. No entanto, o exame físico dos diferentes aparelhos poderá trazer informações mais precisas sobre a origem das alterações inicialmente observadas no exame físico geral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bickley, LS. Início do Exame Físico – Ectoscopia, Sinais Vitais e Dor. In: Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM. Propedêutica Médica. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 144-80.

Bickley LS, Szilagyi PG. Visão Geral – Anamnese e Exame Físico. In: Bickley LS, Szilagyi PG. Bates Propedêutica Médica. 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. p. 25-52.

Castro CR, Yoshikawa GT. Exame Físico Geral. In: Castro CR, Yoshikawa GT. Manual de semiologia médica: a prática do exame físico. Belém: Eduepa; 2015. p. 337-60.

Garibaldi BT. The Clinical Examination in Twenty-First Century Medicine. *Med Clin North Am.* 2018;102(3):17-8.

Lehman PJ, Carl RL. The Preparticipation Physical Evaluation. *Pediatr Ann.* 2017;46(3):85-92.

Pinho FM, Branco RF, Porto AL, Porto CC, Karhawi AS, Martins CJ, et al. Exame Físico Geral. In: Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica.* 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 151-93.

## 5. O EXAME DO TÓRAX

Carlos Augusto Abreu Albério

Amanda Gabriele Alves Cobiniano de Melo

Mariana Cristina Santos Andrade

Rafael Pinto Gonçalves

### 5.1. ASPECTOS GERAIS SOBRE A ANATOMIA TORÁCICA

Para que as técnicas de semiologia sejam empregadas adequadamente no estudo do tórax, há necessidade de conhecer os seguintes parâmetros anatômicos:

#### 5.1.1. Face anterior (Figura 5.1)

- Linhas:
  - linha medioesternal: vertical, no meio do esterno;
  - linhas esternais: verticais, nas bordas laterais do esterno (direita e esquerda);
  - linhas paraesternais: verticais, ao meio da distância entre as linhas esternal e hemiclavicular (direita e esquerda);
  - linhas hemiclaviculares: verticais, partindo do meio da clavícula (direita e esquerda).
- Regiões:
  - região supraclavicular: estabelecida entre a borda superior da clavícula, o prolongamento da linha esternal, até a borda superior do trapézio;
  - região claviclar: coincidindo com a projeção da clavícula;

- região infraclavicular: estabelecida entre a borda inferior da clavícula, a borda superior do deltoide, a borda do esterno, até a linha da terceira articulação costochondral;
- região mamária: estabelecida entre a porção inferior da região infraclavicular, a linha axilar anterior, a borda esternal, até a sexta articulação costochondral;
- região inframamária: estabelecida entre sexta articulação costochondral, a linha axilar anterior e o rebordo costal.

**Figura 5.1:** Divisão do tórax, face anterior

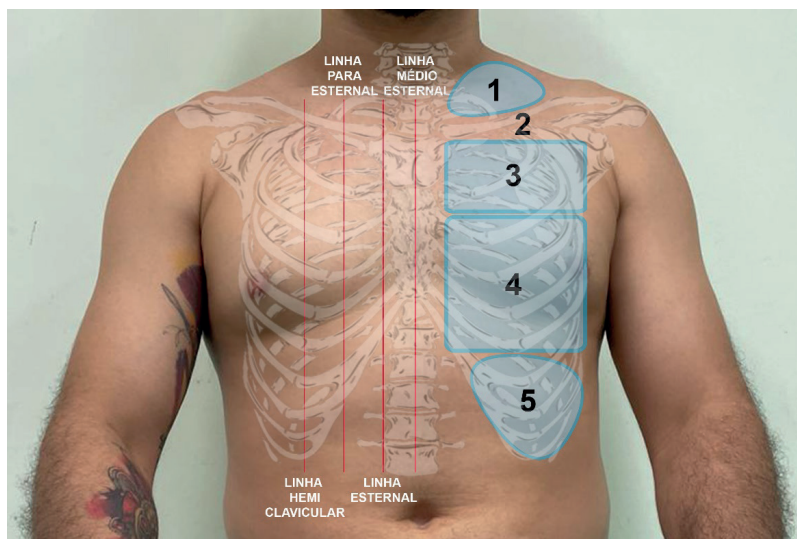


Imagem apresentando as linhas (lado direito da imagem) e representações esquemáticas das regiões (lado esquerdo da imagem, áreas hachuradas em azul) dispostas na face anterior do tórax. As linhas estão descritas na imagem. Os números correspondem às seguintes regiões do tórax: 1: região supraclavicular; 2: região clavicular; 3: região infraclavicular; 4: região mamária; 5: região inframamária.

### 5.1.2. Face lateral (Figura 5.2)

Na face lateral do tórax, os pontos de orientação são a axila e o rebordo costal:

- Linhas:
  - linha axilar anterior: vertical, tendo como base a prega axilar anterior;
  - linha axilar média: vertical, ponto médio entre as linhas axilares anterior e posterior;
  - linha axilar posterior: vertical, a partir da prega axilar posterior.
- Regiões:
  - região axilar: estabelecida desde a axila, propriamente dita, até a sexta articulação costovertebral;
  - região infra-axilar: estabelecida da sexta articulação costovertebral até o rebordo costal.

**Figura 5.2:** Divisão do tórax, face lateral

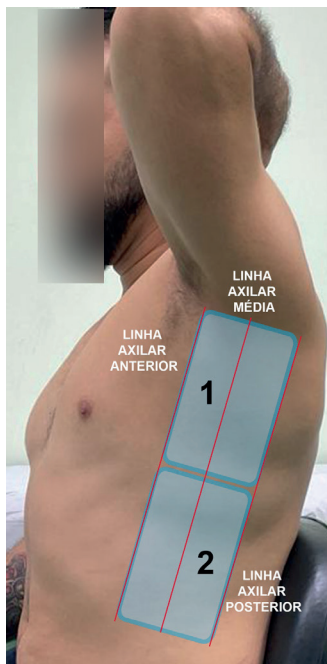


Imagem apresentando as linhas e representações esquemáticas das regiões (áreas hachuradas em azul) dispostas na face lateral do tórax. As linhas estão descritas na imagem. Os números correspondem às seguintes regiões do tórax: 1: região axilar; 2: região infra-axilar.

### 5.1.3. Face posterior (Figura 5.3)

Na face posterior do tórax, encontram-se como estruturas de referência a coluna vertebral e a escápula.

- Linhas:
  - linha vertebral/medioespinal: vertical, sobre os processos espinhosos vertebrais;
  - linha escapular: vertical, atravessa o ângulo inferior da escápula;
  - linha escapular superior: horizontal, sobre a borda superior da escápula;
  - linha escapular inferior: horizontal, sob a borda inferior da escápula.
- Regiões:
  - região supraescapular: estabelecida entre a borda superior do trapézio e a linha escapular superior;
  - região supraespinal: estabelecida entre a linha escapular superior e a espinha da escápula;
  - região infraespinal: estabelecida entre a espinha da escápula e a linha escapular inferior;
  - região interescapulovertebral: estabelecida entre a borda interna da escápula e a linha vertebral/medioespinal;
  - região infraescapular: estabelecida entre a linha escapular inferior e o limite torácico.

Figura 5.3: Divisão do tórax, face posterior

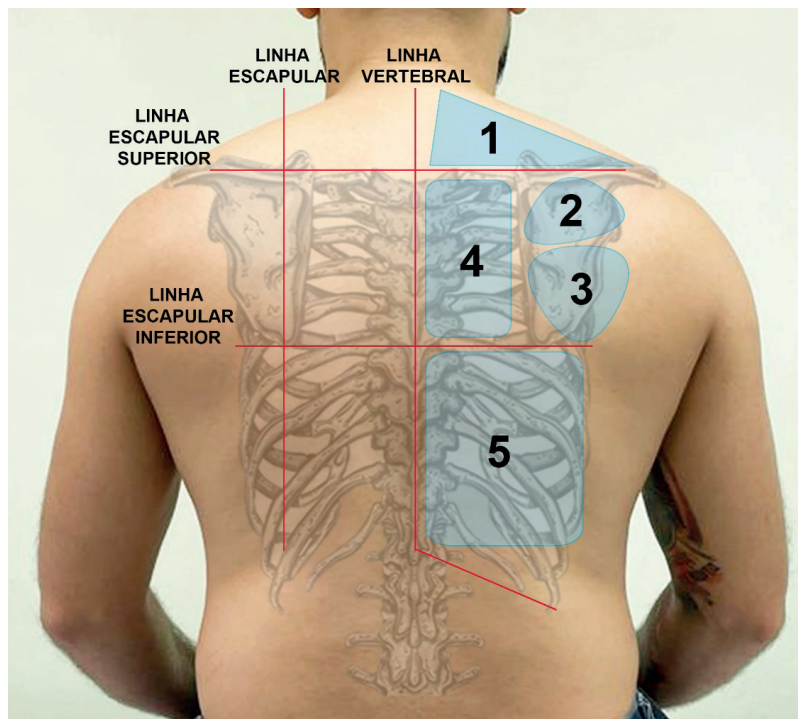


Imagem apresentando as linhas (lado direito da imagem) e representações esquemáticas das regiões (lado esquerdo da imagem, áreas hachuradas em azul) dispostas na face posterior do tórax. As linhas estão descritas na imagem. Os números correspondem às seguintes regiões do tórax: 1: região supraescapular; 2: região supraespinhal; 3: região infraespinhal; 4: região interescapulovertebral; 5: região infraescapular.

## 5.2. INSPEÇÃO

### 5.2.1. Inspeção estática

A inspeção estática é o momento da semiologia do tórax em que se observa o tipo de tórax, a existência de retrações, abaulamentos, cicatrizes, lesões elementares, telangiectasias, circulação colateral ou qualquer outro tipo de alteração anatômica.

### 5.2.1.1. Tipos de tórax

- **Tórax chato/plano/expiratório:** perda da convexidade da parede anterior, reduzindo o diâmetro anteroposterior. As clavículas, escápulas e espaços intercostais estão mais nítidos. Exemplo: doença consumptiva grave, tuberculose pulmonar extensa.
- **Tórax em tonel/enfisematoso/inspiratório:** aumento do diâmetro anteroposterior, horizontalização dos arcos costais e clavículas. Exemplo: doença pulmonar obstrutiva crônica.
- **Tórax cifótico:** devido ao processo cifótico na coluna torácica. Exemplo: paciente com postura inadequada ou com lesões de vértebras torácicas.
- **Tórax infundibuliforme /de sapateiro:** processo côncavo acentuado no terço inferior do esterno. Exemplo: raquitismo infantil.
- **Tórax cariniforme/peito de pombo/*pectus carinatum*:** abaulamento esternal. Exemplo: raquitismo infantil.
- **Tórax em sino/piriforme:** extremidade inferior extremamente alargada. Exemplo: ascite volumosa ou hepatoesplenomegalia.
- **Tórax escoliótico:** assimétrico, decorrente do desvio lateral da coluna torácica. Exemplo: paciente com postura inadequada ou anormalidades congênitas.
- **Tórax cifoescolótico:** junção de dois tipos de tórax, cifótico e escoliótico. Exemplo: pacientes com postura inadequada ou com lesões de vértebras torácicas.

### 5.2.2. Inspeção dinâmica

Na inspeção dinâmica, leva-se em consideração os movimentos do tórax decorrentes das incursões respiratórias. São avaliados a frequência respiratória e o ritmo respiratório.

### 5.2.2.1. Frequência respiratória

Corresponde ao número de excursões torácicas durante o ciclo respiratório (inspiração/expiração) em um minuto.

Pode ser caracterizada em:

- **Eupneia:** nos adultos quando a frequência respiratória está entre 12 e 20 excursões respiratórias por minuto (irpm).
- **Taquipneia:** frequência respiratória maior que 20 irpm.
- **Bradipneia:** frequência respiratória menor que 12 irpm.
- **Apneia:** ausência de respiração por mais de 15 segundos.
- **Dispneia:** dificuldade para respirar, podendo ser acompanhada de taquipneia.

### 5.2.2.2. Ritmo respiratório

A respiração normal deve ser regular, com frequência respiratória entre 12 e 20 irpm. Existem quatro tipos de alterações do ritmo respiratório, a saber:

- **Respiração de Cheyne-Stokes:** caracteriza-se por uma fase de apneia seguida de excursões inspiratórias cada vez mais profundas até atingir um limite máximo, para depois decrescer até uma nova apneia. Pode estar presente na insuficiência cardíaca e hipertensão intracraniana.
- **Respiração de Biot:** caracteriza-se por duas fases, a primeira de apneia e a segunda com movimentos inspiratórios e expiratórios anárquicos quanto ao ritmo e amplitude. Suas causas mais frequentes são graves lesões do sistema nervoso central.
- **Respiração de Kussmaul:** composta de quatro fases. Na primeira, ocorrem inspirações ruidosas, gradativamente mais amplas, alternadas com inspirações rápidas e de pequena amplitude; na

segunda, apneia em inspiração; na terceira, expirações ruidosas gradativamente profundas alternadas com inspirações rápidas e de pequena amplitude; e na quarta, apneia em expiração. É causada, sobretudo, por acidose metabólica.

- **Respiração suspirosa:** nesse ritmo respiratório, o paciente realiza movimentos inspiratórios de amplitude crescente seguidos de expiração breve e rápida. Os movimentos respiratórios normais podem ser interrompidos por “suspiros” isolados ou agrupados. É frequentemente observada em casos de tensão emocional e ansiedade.

### 5.3. PALPAÇÃO

Essa etapa auxilia na avaliação da expansibilidade ou mobilidade da caixa torácica e do frêmito toracovocal. É realizada com uma ou duas mãos, colocando-se a palma de uma delas sobre a parede torácica descoberta, com o paciente, de preferência, em posição sentada ou em pé.

#### 5.3.1. Expansibilidade ou mobilidade torácica

A expansibilidade ou mobilidade torácica é avaliada pela palpação bimanual, observando mobilidade, amplitude e simetria do tórax durante os movimentos respiratórios, em regiões torácicas paralelas. Em todas as técnicas, solicita-se ao paciente a realização de uma inspiração profunda e pausada, enquanto o examinador observa a expansibilidade da região anatômica palpada. A saber, as causas mais comuns de redução da expansibilidade torácica são: enfisema pulmonar, atelectasias, derrames pleurais, pneumotórax e condensações.

#### 5.3.2. Frêmito toracovocal

O frêmito toracovocal (FTV) corresponde aos sons produzidos pelas cordas vocais que são transmitidos pela árvore traqueobrônquica

até a parede torácica por meio de vibrações. Pede-se para o paciente pronunciar palavras ricas em consoantes, sendo consagradas as palavras “trinta e três”. Coloca-se a mão direita espalmada sobre a superfície do tórax, comparando a intensidade das vibrações entre regiões homólogas. O FTV se encontra aumentado nas áreas de condensação e diminuído nas áreas de obstrução brônquica. A presença de barreiras entre o pulmão e a superfície do tórax, como nos casos de pneumotórax ou derrame pleural, também diminui o FTV.

## 5.4. PERCUSSÃO

A percussão é uma das etapas da propedêutica do tórax realizada a partir da execução de movimentos sobre as estruturas torácicas, que resultam na produção de sons e vibrações e evidenciam diferentes tipos de tecido.

### 5.4.1. Semiotécnica

Essa técnica consiste no apoio da mão esquerda, com os dedos ligeiramente separados, sobre a parede torácica, com o dedo médio exercendo uma leve pressão sobre o tórax. Com o dedo médio da mão percussora, golpeia-se o dedo médio da mão contralateral com a mesma intensidade em todas as áreas percutidas, existindo um intervalo entre cada batida, a fim de obter avaliação mais precisa do som e das vibrações.



Percussão da região anterior do tórax

### 5.4.2. Tonalidades esperadas

A realização do exame gera quatro tonalidades de acordo com a região percutida: som claro pulmonar, som timpânico, som submaciço e som maciço.



Percussão da região posterior do tórax

- **Som claro pulmonar:** no hemitórax direito, é percutido em toda extensão da face anterior do tórax, de 2,5 cm acima da clavícula até o nível da sexta ou sétima costelas. No hemitórax esquerdo, a extensão da percepção do som claro pulmonar é semelhante à do hemitórax direito, com exceção da região precordial, na qual ocorre transição do som claro pulmonar para o som submaciço.
- **Som timpânico:** é percutido no espaço de Traube, delimitado superiormente pela submacicez cardíaca (no nível da sexta costela), inferomedialmente pela margem costal e lateralmente pela linha axilar anterior.
- **Som submaciço:** presente na região precordial (projeção do coração), sendo máximo no centro e com transição para submacicez conforme se avança para a periferia. Ocorre a transição para o som claro pulmonar lateralmente sobre as costelas e medialmente sobre o esterno.
- **Som maciço:** o som é percebido abaixo da sexta ou sétima costela do lado direito devido à interposição do fígado.

### 5.4.3. Achados anormais

- **Submacicez de precórdio substituída por macicez:** situações como a presença de derrame pericárdico e o aumento de ventrículo direito podem causar essa alteração.
- **Hipersonoridade:** afecções que causam o aprisionamento do ar, como ocorre no enfisema, crise de asma, cistos aéreos e nas cavernas insufladas.
- **Macicez por afecções parenquimatosas de pulmão:** identificada em atelectasias, neoplasias periféricas, infarto pulmonar volumoso, pneumonias lobares, cavidades periféricas contendo líquido (cistos).

## 5.5. AUSCULTA

É a técnica utilizada para escutar sons produzidos no tórax, através da qual é avaliado o fluxo de ar conduzido até os pulmões e possíveis interferências nesse processo.

### 5.5.1. Equipamento necessário

A sua realização é mediada pelo uso do estetoscópio que apresenta duas regiões para essa funcionalidade: a campânula e o diafragma. A campânula permite a percepção auditiva de sons mais graves (baixa frequência), sendo útil em pacientes com caquexia, nos quais as costelas são mais proeminentes e dificultam a colocação do diafragma. A outra porção utilizada é o diafragma, que favorece a percepção de sons mais agudos (alta frequência).

### 5.5.2. Semiotécnica

A porção que mais é utilizada do estetoscópio é o diafragma, que percorrerá as regiões posterior, lateral e anterior do tórax, em pontos de ausculta específicos, no sentido craniocaudal e de um hemitórax para o outro, a fim de realizar análise comparativa. A partir desse exame, obtêm-se quatro tipos de sonoridade: som traqueal, brônquico, broncovesicular e vesicular. Contudo, a partir de processos patológicos, podem ser identificados sons anormais, também chamados de ruídos adventícios, sendo eles os estertores, sibilos, roncocal e atritos pleurais.

### 5.5.3. Sons normais

- **Sons respiratórios traqueais:** auscultados sobre a porção extratorácica da traqueia.



Ausculta da região anterior do tórax



Ausculta da região posterior do tórax

Apresentam-se como sons ásperos, intensos e de alta frequência, com componentes inspiratórios e expiratórios equivalentes. Raramente são avaliados, pois não indicam alterações pulmonares.

- **Sons respiratórios brônquicos:** audíveis sobre o manúbrio do esterno, com componente expiratório maior que o inspiratório e com pausa entre as duas fases. Apresentam-se como sons intensos, de alta frequência e semelhantes ao som de ar correndo por um tubo.



Som brônquico

- **Sons respiratórios broncovesiculares:** com componentes presentes tanto nos sons brônquicos quanto vesiculares, são auscultados no primeiro e no segundo espaço intercostal anteriormente e entre as escápulas posteriormente. Seus componentes inspiratório e expiratório são equivalentes em duração.



Som broncovesicular

- **Sons respiratórios vesiculares (murmúrio vesicular):** audíveis na maioria dos campos pulmonares, apresentam-se como sons brandos, de tonalidade baixa, cujo componente inspiratório é muito mais longo do que o componente expiratório.



Som vesicular

#### 5.5.4. Sons anormais (ruídos adventícios)

- **Estertores:** são sons anormais descontínuos causados pela equalização súbita de pressão, mediante a abertura das vias aéreas e alvéolos colapsados. Podem ser subdividir em estertores grossos e finos.



Som de estertores finos

Os grossos têm frequência reduzida (graves), ocorrem no início da inspiração e em toda a expiração e são comuns nas bronquites e bronquiectasias. Já os finos têm frequência alta (agudos), comparados ao som produzido pelo atrito de um punhado de cabelo, estão presentes no final da inspiração e são comuns nas pneumonias, edema pulmonar e fibrose pulmonar.



Som de estertores grossos

- **Sibilos:** causados pela passagem do ar em brônquios estreitados, são percebidos mais frequentemente durante a expiração. Esses sons se assemelham a chiados ou apitos. Podem ser gerados pela presença de edema, secreções, tumores, corpos estranhos e principalmente por episódios de broncoespasmo. A ausculta se caracteriza por sons com alta tonalidade, musicalidade e continuidade.
- **Roncos:** são sons comuns em pacientes com obstrução brônquica transitória, causada pela presença de muco e/ou pela movimentação inadequada das secreções em vias aéreas. Apresentam como característica a alta tonalidade, sendo mais graves.
- **Atrito pleural:** som rangente gerado pela resistência friccional durante a movimentação da pleura parietal e visceral na presença de processo inflamatório ou neoplásico. Mais bem auscultado no término da inspiração e no começo da expiração.



Som de sibilos



Som de roncos



Som de atrito pleural

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bickley LS, Szilagyí PG, Hoffman PG. Tórax e Pulmões. In: Bickley LS, Szilagyí PG. Bates Propedêutica Médica. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 738-831.

Figueiredo LC, Ribeiro DC, Shiguemoto TS. Anamnese e propedêutica respiratória. In: Sarmiento GJV. O ABC da Fisioterapia Respiratória. 2a ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 01-32.

Junior JLRS, Tarantino AB, Rabahi MF. Noções de Anatomia e Fisiologia. In: Porto CC. Exame Clínico. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 373-387.

Leite RRA, Pinto MVR. Exame do Aparelho Respiratório. In: Rocco JR. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 77-92.

Teixeira LR, Colares PFB. O exame do tórax e do sistema respiratório. In: Martins AM. Semiologia Clínica. São Paulo: Manole; 2021. p. 163-175.

## 6. O EXAME DO PRECÓRDIO

Claudine Maria Alves Feio  
Thalles Franklin Souza Santos

### 6.1. BREVE RESUMO ANATÔMICO DA REGIÃO PRECORDIAL

Antes do estudo da semiologia cardíaca, é primordial estabelecer os pontos de referência anatômica do precórdio, bem como as regiões de projeção do coração na parede torácica anterior.

O sistema cardiovascular é composto pelo coração e pelo aparato vascular, formado por artérias e veias. Nesse universo, a porção intermediária do coração está localizada no mediastino inferior, com dois terços de sua massa à esquerda e um terço de sua massa à direita do plano mediano, no mediastino médio.

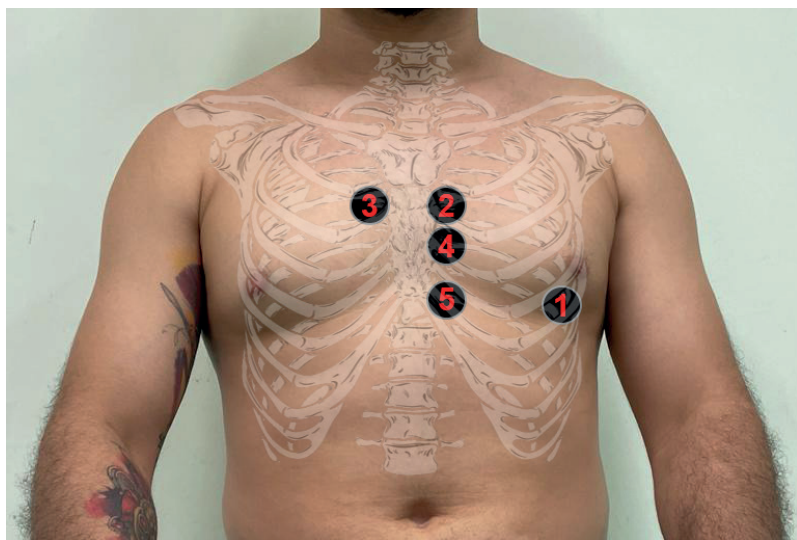
Assim, a superfície anterior do tórax é ocupada, em sua maioria, pelo ventrículo direito, com o ventrículo esquerdo formando a borda lateral esquerda do coração. Essa borda, ao se estreitar de modo gradual em sentido látero-caudal, forma o *ictus cordis* (também chamado de choque de ponta), região que corresponde à ponta do ventrículo esquerdo e mantém contato direto com o gradil costal no nível do quinto espaço intercostal esquerdo da linha hemiclavicular, sendo, por via de regra, palpável em pacientes hígidos, com coração normal.

Sobre a superfície topográfica do precórdio, existem regiões de referência clássicas usadas na execução da ausculta do coração. São cinco as regiões denominadas de focos de ausculta: (1) o foco mitral, situado no quarto ou quinto espaço intercostal esquerdo da linha hemiclavicular, correspondendo a área do *ictus cordis*; (2) o foco pulmonar, situado no segundo espaço intercostal esquerdo junto

ao esterno; (3) o foco aórtico, situado no segundo espaço intercostal direito, junto ao esterno; (4) o foco aórtico acessório, situado no terceiro espaço intercostal esquerdo, também junto ao esterno; e o (5) foco tricúspide, situado na base do apêndice xifoide, inclinado ligeiramente para a esquerda (**Figura 6.1**).

É importante salientar que as regiões dos focos de ausculta não correspondem às localizações anatômicas das valvas do coração que promovem as bulhas cardíacas, sendo essas valvas situadas na região do terço inferior do esterno.

**Figura 6.1:** Regiões de interesse na superfície anterior do precórdio



1: Foco mitral (*ictus cordis*); 2: foco pulmonar; 3: foco aórtico; 4: foco aórtico acessório; 5: foco tricúspide.

## 6.2. SEMIOTÉCNICA DO PRECÓRDIO

A semiotécnica utilizada na exploração dos sintomas e sinais do coração é dividida em inspeção, palpação e ausculta.

### 6.2.1. Semiotécnica da inspeção e palpação do precórdio

As etapas de inspeção e palpação da região precordial devem ser feitas simultaneamente, haja vista que, dessa forma, os achados clínicos podem ser avaliados em conjunto. A semiotécnica é realizada com o paciente em decúbito dorsal, estando o examinador de pé ao seu lado, sempre à direita do paciente. Durante essa etapa, deve-se analisar a presença de abaulamentos, retrações, localização, extensão, intensidade, mobilidade, ritmo e frequência do *ictus cordis*, presença de batimentos e de movimentos visíveis e/ou palpáveis, o que inclui a palpação de bulhas, e pesquisa de frêmito cardiovascular.

A inspeção é iniciada com a investigação da presença de abaulamentos e/ou retrações, pulsações, manchas, cicatrizes e circulação colateral por meio da observação da região precordial em duas incidências, tangencial e frontal, sendo esta última com o examinador junto aos pés do paciente.

Na palpação, para avaliar o *ictus cordis*, o examinador deve repousar a região tênar de sua mão direita sobre a porção ínfero-externa do precórdio do paciente, de maneira que os dedos se aproximem da região axilar, possibilitando a localização do choque de ponta pela face palmar ou pelas polpas digitais dos dedos indicador e médio. Caso o examinador não consiga palpar o *ictus* após tal manobra, é possível aproveitar a fase expiratória do ciclo respiratório do paciente, na qual há mais volume no ventrículo esquerdo, facilitando a palpação. É viável, também, realizar a palpação com o paciente em decúbito semilateral esquerdo, aproximando o ápice do ventrículo esquerdo da parede anterior do tórax, aumentando a intensidade do choque de ponta. Após a localização do *ictus*, sua extensão deve ser medida pelo número de polpas digitais necessárias para envolver a região de vibração gerada pelo choque de ponta (**Figura 6.2**).

**Figura 6.2:** Palpação do *ictus cordis* com a técnica da mão espalmada e com as polpas digitais



A: Palpação com mão espalmada no paciente em decúbito dorsal; B: palpação com mão espalmada no paciente em decúbito semilateral esquerdo; C: palpação com dedos indicador e médio.

O *ictus cordis* pode ser classificado como circunscrito, quando coberto pela polpa digital de até dois dedos, ou difuso, quando coberto por mais de dois dedos. Em condições normais, o *ictus* é circunscrito e abrange a área de uma ou duas polpas digitais, o que corresponde de 2 a 3 cm de diâmetro, podendo não ser palpável em alguns indivíduos saudáveis. Sua intensidade é caracterizada pelo grau de impulsão do choque.

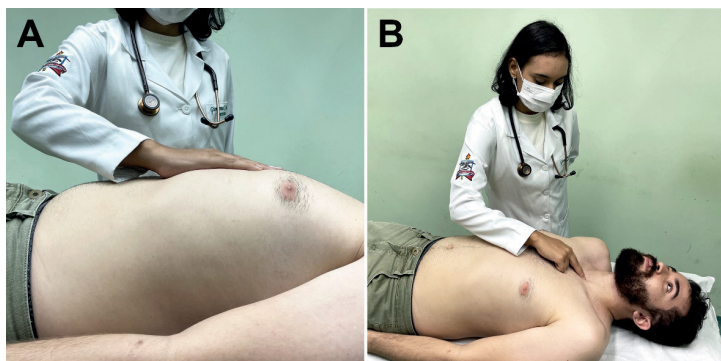
Depois do estudo do *ictus*, a avaliação do coração por meio da inspeção e palpação é finalizada com a busca de possíveis movimentos visíveis e/ou palpáveis em áreas adjacentes do precórdio. O examinador deve investigar a presença de expansão sistólica paraesternal esquerda,

posicionando sua mão direita sobre o bordo paraesternal esquerdo do paciente, de modo que a extremidade de cada dedo fique entre os espaços intercostais. O terceiro espaço intercostal deve ser utilizado como referência para o posicionamento correto dos dedos, tendo em vista que a borda esternal esquerda e o terceiro, quarto e quinto espaços intercostais representam a região ventricular direita na parede torácica.

Deve-se buscar também pela presença de choque valvar palpável. Esse choque é caracterizado pela sensação tátil produzida durante o fechamento das valvas quando as bulhas cardíacas estão em estado de hiperfonese. Para tal, o examinador deve palpar suavemente as regiões do precórdio que correspondem aos territórios dos orifícios valvares na parede torácica, mostradas na **Figura 6.1**.

De modo semelhante ao choque valvar palpável, é possível palpar pulsações inerentes à transmissão dos batimentos do ventrículo direito ou da artéria aorta que refletem nas regiões epigástrica e supraesternal. Para detectar a presença de pulsação epigástrica, o examinador deve pressionar, com a palma da mão, a parte superior da região epigástrica para cima. Já para a percepção de pulsação supraesternal, faz-se a palpação da fúrcula esternal com o dedo indicador direito encurvado, imitando a curvatura de um anzol (**Figura 6.3**).

**Figura 6.3:** Palpação de pulsações na região do precórdio



A: Palpação da pulsação epigástrica; B: palpação da pulsação supraesternal.

Por fim, encerra-se a verificação de movimentos palpáveis com a investigação da presença de frêmitos catáricos, sensações táteis de tremulação produzidas pelos sopros ou vasos em quadros de sopro ou atrito dos folhetos do pericárdio. Aqui, a semiotécnica é realizada apoiando-se a mão espalmada nas regiões de áreas de ponta, áreas de base, territórios infraclaviculares e axilares, fúrcula esternal, regiões supraclaviculares, regiões do pescoço que correspondem às artérias carótidas e veias jugulares e região dorsal (**Figura 6.4**). Veremos adiante as principais características dos sopros durante a ausculta. É importante pontuar que, quando há presença de sopros, se forem intensos, estes sempre geram frêmitos.

**Figura 6.4:** Palpação dos frêmitos catáricos



A: Palpação de frêmito em regiões do precórdio; B: palpação de frêmito em regiões do pescoço.

### 6.2.3. Semiotécnica da ausculta precordial

Para auscultar de modo correto os sons do coração, é indispensável que o paciente seja avaliado em um ambiente calmo e silencioso. O examinador deve se posicionar de maneira confortável perante o paciente, que pode ser examinado em três posições distintas: decúbito dorsal, sentado em uma cadeira ou à beira leito; decúbito

lateral esquerdo, com a mão esquerda na cabeça; e de pé com o tórax fletido, apoiando as mãos na beira do leito. É essencial, também, que o paciente esteja despido na região do precórdio, para a realização de uma ausculta fidedigna, evitando qualquer interferência nas vibrações geradas pelo coração.

O instrumento utilizado na ausculta do precórdio é o estetoscópio. Ele é composto por cinco partes: (I) as olivas que são colocadas nos canais auriculares do examinador, apontadas para frente em ângulo anatômico; (II) as hastes biauriculares ou extensores; (III) o tubo; (IV) o diafragma; e (V) a campânula. A porção do estetoscópio que recebe as vibrações audíveis do coração é denominada receptor: o diafragma e a campânula. A escolha do diafragma é indicada para a ausculta de ruídos de alta frequência, como B1 e B2, enquanto a campânula capta melhor os ruídos de baixa frequência, como B3 e B4.

A ausculta é iniciada colocando-se o receptor, seja ele o diafragma ou a campânula, levemente apoiado sobre o precórdio do paciente. A área a ser auscultada é aquela demonstrada na **Figura 6.1**, que abrange todo o território do precórdio, os focos cardíacos e suas adjacências, incluindo a região axilar esquerda, o mesocárdio, localizado entre o foco mitral e tricúspide, a fúrcula, as regiões infra e supraclavicular, a região das carótidas e a borda esternal direita.



Ausculta de focos clássicos

É aconselhável que a ausculta seja realizada no sentido da base para o ápice do coração, deslocando-se o receptor do estetoscópio entre cada espaço intercostal em sentido horário, abarcando toda a região precordial, assim como os cinco focos de ausculta. É importante que a ausculta seja executada simultaneamente com a palpação do pulso arterial, facilitando a caracterização das bulhas cardíacas em relação ao seu ritmo, fonese, timbre, desdobramento e a verificação

de presença de sopro. Vale ressaltar que os focos cardíacos nada mais são do que pontos de referência, ou seja, qualquer região do precórdio pode ser auscultada. No próximo tópico, os principais sons do coração serão caracterizados, assim como seus desdobramentos e ritmos.



Auscultação de focos adicionais

### 6.3. OS SONS DO CORAÇÃO

Para a execução de uma auscultação cardíaca de qualidade, é primordial entender o mecanismo de formação dos sons do coração, sendo esses sons, essencialmente, as bulhas cardíacas primordiais B1 e B2 e as bulhas cardíacas extras B3 e B4.

A primeira bulha cardíaca (B1) é originada pelo fechamento das valvas mitral e tricúspide no momento da sístole ventricular e diástole atrial. Há também a participação de vibrações originadas pelo miocárdio e por componentes vasculares que não são audíveis durante o exame. O som dessa bulha coincide com as vibrações palpáveis do *ictus cordis*, possui tempo de duração um pouco maior do que a segunda bulha cardíaca (B2) e é representado pela onomatopéia “TUM” por apresentar um timbre mais grave.

A B2 é resultante de quatro grupos de vibrações originadas no momento da diástole ventricular e sístole atrial. No entanto, somente são audíveis as vibrações inerentes ao fechamento das sigmóides da artéria aorta e da artéria pulmonar durante o início da diástole ventricular. Essas vibrações, ao serem colhidas com o uso do estetoscópio, são representadas pelo som “TÁ”.



Som Fisiológico

A terceira bulha cardíaca (B3) é ocasionada por vibrações da parede dos ventrículos antes da diástole ventricular propriamente dita,

no momento de enchimento rápido de suas cavidades por aspiração intraventricular passiva de sangue. Esse fluxo sanguíneo distende súbitamente a parede ventricular, gerando as vibrações audíveis dessa terceira bulha. Nesse contexto, a bulha B3 apresenta-se como um ruído de baixa frequência, sendo mais audível com a campânula do estetoscópio e observada de maneira fisiológica, majoritariamente, em crianças e adolescentes. Diante disso, a B3 é representada pela onomatopeia “TU”.

A quarta bulha cardíaca (B4), de modo similar à B3, também ocorre em consequência de uma distensão das paredes ventriculares. Todavia, aqui essa distensão ocorre em resposta ao enchimento ativo dos ventrículos pela contração sistólica atrial, produzindo as vibrações de B4. Tais vibrações são dificilmente audíveis durante a ausculta, uma vez que a quarta bulha é um ruído débil, produzido no fim da diástole ventricular em um momento muito próximo ao início de B1, dificultando a distinção das duas bulhas separadamente de modo independente.

Considerando que as bulhas primordiais do coração não constituem um fenômeno acústico único, e sim composto por múltiplos componentes, as vibrações emitidas pelo fechamento das valvas podem, em alguns casos, serem audíveis de modo separado, constituindo um fenômeno acústico duplo denominado de desdobramento. Nesse âmbito, o desdobramento de B1 ocorre devido à separação dos componentes mitral e tricúspide, o mitral sempre precedendo o tricúspide, podendo ser auscultado com maior intensidade no território inferior esquerdo do esterno durante a expiração do paciente. Esse fenômeno está presente em 50% das pessoas saudáveis sem possuir significado patológico e é representado pelas expressões onomatopeicas “TLUM” ou “TRUM”.

De modo similar, o desdobramento fisiológico de B2 ocorre em consequência do assincronismo no fechamento das sigmóides da artéria aorta e da artéria pulmonar com o componente aórtico sempre precedendo o pulmonar. Esse desdobramento é melhor audível nos

focos da base, aórtico e pulmonar, durante a inspiração do paciente, uma vez que há um maior afluxo de sangue para o coração direito, causando aumento do débito sistólico do ventrículo direito e retardando o componente pulmonar. Ele é variado em grau nos adultos e está presente em praticamente todas as crianças, sendo representado pelas expressões “TLÁ” ou “TRÁ”.

Em resumo, é importante avaliar cuidadosamente a diferença de intensidade de B1 e B2, uma vez que tal avaliação permite identificar corretamente a sístole ventricular, que ocorre no intervalo entre B1 e B2, e a diástole ventricular, que ocorre entre B2 e B1. Essa diferença de intensidade torna possível a detecção das bulhas cardíacas extras B3 e B4, bem como a avaliação dos ritmos e sopros cardíacos, que serão vistos a seguir.

### 6.3.1. Ritmo das bulhas cardíacas

A ordem natural das bulhas cardíacas, em condições fisiológicas, é caracterizada por B1 (TUM) precedendo B2 (TÁ), estando a sístole ventricular no intervalo entre B1 e B2 e a diástole ventricular entre B2 e B1. No entanto, quando há a presença de bulhas extras, o ritmo natural dá lugar ao que é chamado de ritmos tríplexes. Tais ritmos podem manifestar-se em pessoas normais ou em situações patológicas.

De maneira geral, o ritmo tríplex mais encontrado na prática clínica é o ritmo de galope. Ele recebe esse nome porque o ruído produzido pelas bulhas é semelhante ao ruído produzido por patas de cavalo que está a galopar. As bulhas extras estão presentes no intervalo diastólico entre B2 e B1. Nesse cenário, quando o ritmo de galope é pela presença de bulha B3, chama-se de galope ventricular ou protodiastólico, posto que a terceira bulha ocorre logo após a segunda. Quando o ritmo de galope é pela presença de bulha B4, chama-se de galope atrial, galope pré-sistólico ou telediastólico, dado que a quarta bulha ocorre no final da diástole ventricular, imediatamente antes

de B1. É necessário que a frequência cardíaca esteja acima de 100 batimentos por minuto para dar a impressão de galope.

Em alguns quadros, a terceira bulha pode somar-se com a quarta bulha, resultando em uma única bulha super ajuntada. Nesses casos, o ritmo resultante é designado de galope de soma. Já quando as quatro bulhas, B1, B2, B3 e B4, são perceptíveis separadamente, a cada ciclo cardíaco, o ritmo é definido como galope de trem.

### 6.3.2. Sopros cardíacos

Os sopros cardíacos são assinalados como a sensação auditiva inerente às vibrações acústicas que ocorrem por alterações dinâmicas do fluxo sanguíneo no coração e nos vasos. Essa sensação audível é semelhante à obtida quando se sopra ou se aspira ar através da boca mantendo os lábios entreabertos. Suas características podem variar de acordo com sua fisiopatologia, sendo imprescindível, no momento da ausculta cardíaca, investigar o tempo e a fase em que ocorre no ciclo cardíaco: se durante a sístole, a diástole, sístole-diástole ou de forma contínua.

É importante, também, avaliar a sede, local em que o sopro é produzido; a duração, espaço de tempo entre o início e o fim do sopro; a propagação, se ele é irradiado a partir de sua sede; a altura, se agudo ou grave; a intensidade, se fraca (1+), média (2+), forte (3+) ou muito forte (4+); a configuração, se uniforme ou variável em crescendo e decrescendo durante o ciclo cardíaco; e o timbre, se suave, granuloso, áspero ou rude, em jato de vapor ou aspirativo.

Nesse contexto, as estenoses e insuficiências valvares representam as principais causas fisiopatológicas dos sopros. As estenoses valvares ocorrem quando o orifício que permite a passagem do fluxo de sangue entre os folhetos valvulares não se abre completamente, reduzindo esse fluxo, e são chamados de sopros de ejeção. De modo análogo, as insuficiências valvares também alteram o fluxo sanguí-

neo entre as cavidades cardíacas e os grandes vasos do coração. No entanto, essa alteração ocorre em decorrência do fechamento incompleto da valva, ocasionando um refluxo de sangue e produzindo um sopro chamado de regurgitação. As características dos principais sopros das estenoses e insuficiências valvares serão detalhadas nos tópicos a seguir.

### 6.3.2.1. Estenose e insuficiência aórticas

A estenose aórtica é ocasionada pelo estreitamento da valva aórtica que permite o fluxo de sangue do ventrículo esquerdo para a artéria aorta. Essa estenose gera um sopro sistólico representado pela onomatopeia “TRUM-RRU-TÁ”, e suas características no exame físico são: sede no segundo espaço intercostal direito; duração mesossistólica/telesistólica; altura grave; timbre rude e granuloso; intensidade 2+, 3+ ou 4+; irradiação em ampulheta, ou seja, para a fúrcula e vasos do pescoço; configuração em crescendo e decrescendo; e presença de clique de ejeção e hiperfonese de B2, quando não há calcificação valvar.



Sopro de estenose aórtica

Já a insuficiência aórtica, por sua vez, ocorre em virtude do fechamento incompleto da valva aórtica, permitindo que um determinado volume de sangue regurgite de volta para o ventrículo esquerdo. O sopro tem sede no segundo espaço intercostal direito; tempo diastólico; duração protodiastólica, mesodiastólica ou telediastólica; de altura aguda; com timbre aspirativo; intensidade de 2+/4+; irradiação para foco aórtico acessório; e configuração em decrescendo.



Sopro de insuficiência aórtica

Podem estar presentes os seguintes sinais periféricos, devido à pressão arterial divergente: sinal de Musset (movimentos involuntários da cabeça); pulsação da úvula; sinal de Quincke (pulsação visível no leito ungueal); pulso em martelo d'água; e sinal de Hill.

### 6.3.2.2. Estenose e insuficiência pulmonares

A estenose pulmonar gera um sopro sistólico representado pela onomatopeia “TRUM-RU-TRÁ”, com os seguintes aspectos: sede no segundo espaço intercostal esquerdo; duração mesossistólica ou telessistólica; altura grave; timbre rude e granuloso; intensidade 2+/4+; irradiação para a fúrcula e carótida esquerda; e configuração em crescendo e decrescendo.

De modo semelhante, tem-se o sopro diastólico de insuficiência pulmonar, gerado pelo fechamento incompleto dessa valva. Suas características são a sede no segundo espaço intercostal direito; duração protodiastólica, mesodiastólica ou telediastólica; de tom agudo; com timbre aspirativo; de intensidade 1+/4+; com irradiação restrita ao foco pulmonar; e configuração em decrescendo.

### 6.3.2.3. Estenose e insuficiência mitrais

A estenose mitral ocorre em decorrência do estreitamento da valva mitral que separa as cavidades do átrio esquerdo e ventrículo esquerdo. Seu sopro é definido pelas seguintes características: sede no quinto espaço intercostal esquerdo; tempo diastólico; duração mesodiastólica ou telediastólica; altura grave; timbre em ruflar; intensidade 2+, 3+ ou 4+; irradiação para axila; configuração em crescendo e decrescendo; reforço pré-sistólico ocasionado pelo impulso dado ao sangue durante a sístole atrial; estalido de abertura da valva mitral, ruído surgido logo após B2; e hiperfonese de B1 na área mitral.

De forma similar, a insuficiência da valva mitral produz um sopro sistólico com sede no quinto espaço intercostal esquerdo; duração protossistólica, mesossistólica ou telessistólica; de altura aguda; com timbre em jato de vapor; de intensidade 2+/4+;



Sopro de estenose mitral



Sopro de insuficiência mitral

com irradiação para axila e dorso (sopro circular de Miguel Couto); e configuração em decrescendo.

#### 6.3.2.4. Estenose e insuficiência tricúspides

A estenose tricúspide ocorre em consequência ao estreitamento do orifício da valva tricúspide. Essa estenose produz um sopro diastólico com as seguintes peculiaridades: sede no quarto espaço intercostal esquerdo, área de projeção do apêndice xifoide; duração mesodiastólica ou telediastólica; altura grave; timbre em ruflar; intensidade 1+ ou 2+/4+; com irradiação restrita ao foco de ausculta tricúspide; e configuração em crescendo e decrescendo.

E, por fim, temos o sopro de insuficiência tricúspide, caracterizado por tempo sistólico; sede no quarto espaço intercostal esquerdo; área de projeção do apêndice xifoide; duração protossistólica, mesossistólica ou telessistólica; de tom agudo; com timbre em jato de vapor; intensidade 1+/4+; irradiação restrita ao foco tricúspide; e configuração em decrescendo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bickley LS, Szilagyi PG. Sistema Cardiovascular. In: Bickley LS. Bates Propedêutica Médica. 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. p. 429-517.

Porto CC, Silveiro AO, Oliveira CP. Sistema Cardiovascular. In: Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 694-746.

Souza, BF. Manual de Propedêutica Médica. 3a ed. Belém: Cejup; 1995.

Torres RM, Silva RFL. Parte 4: Primeira e Segunda Bulhas Cardíacas. In: Silva RMFL. Tratado de Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 223-33.

## 7. O EXAME DO ABDOME

Simone Regina Souza da Silva Conde

Geraldo Ishak

Gabriela Andrelo Lima da Rocha

Hícaro Donato Granhen

Márcio Cesar Ribeiro Marvão

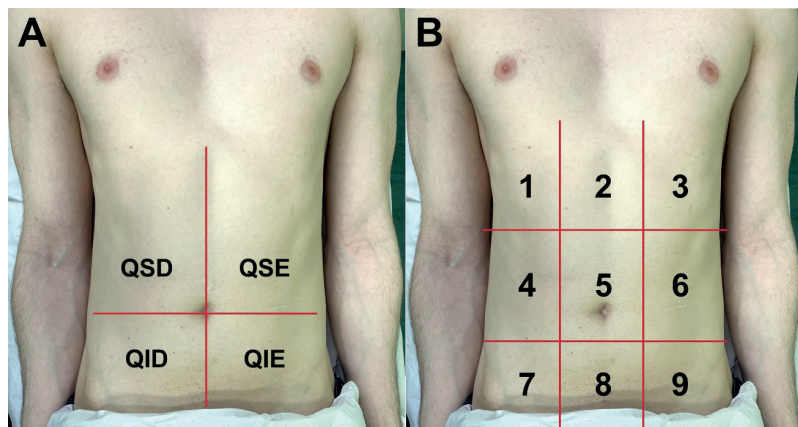
Paulo Vitor Leite Mattos Costa

### 7.1. ASPECTOS ANATÔMICOS

O abdome abrange a região entre o diafragma torácico e o diafragma pélvico, contendo as cavidades abdominal e pélvica, onde se encontram órgãos do sistema digestório e do sistema urogenital. Comumente, são adotados dois tipos de divisão do abdome: em quatro quadrantes ou em nove regiões.

A divisão em quadrantes (**Figura 7.1A**) deriva do traçado de uma linha vertical e uma linha horizontal que se cruzam na cicatriz umbilical, formando um ângulo de 90°, gerando os quadrantes superior direito, superior esquerdo, inferior direito e inferior esquerdo. Da divisão em nove regiões (**Figura 7.1B**), surgem os hipocôndrios direito e esquerdo, os flancos direito e esquerdo, as fossas ilíacas direita e esquerda, o epigástrico, o mesogástrico e o hipogástrico.

**Figura 7.1:** Divisão anatômica do abdome



Divisão do abdome em quadrantes: quadrante superior direito (QSD), quadrante superior esquerdo (QSE), quadrante inferior direito (QID), quadrante inferior esquerdo (QIE). B: Divisão em regiões: hipocôndrio direito (1), epigástrico (2), hipocôndrio esquerdo (3), flanco direito (4), mesogástrico (5), flanco esquerdo (6), fossa ilíaca direita (7), hipogástrico (8) e fossa ilíaca esquerda (9).

Alterações dos órgãos abdominais podem ser identificadas de acordo com sua topografia na parede abdominal (**Quadro 7.1**).

**Quadro 7.1:** Topografia do abdome e seus respectivos órgãos relacionados

Região anatômica	Órgãos
Epigástrico	Lobo hepático esquerdo, estômago
Hipocôndrio direito	Fígado, vesícula biliar e pulmão
Hipocôndrio esquerdo	Estômago, baço, pulmão, ângulo esplênico do cólon
Mesogástrico	Estômago, intestino delgado e cólon transverso
Flanco direito	Intestino delgado, cólon ascendente
Flanco esquerdo	Intestino delgado, cólon descendente
Hipogástrico	Intestino delgado, bexiga, útero
Fossa ilíaca direita	Intestino delgado, ovário, ceco, apêndice
Fossa ilíaca esquerda	Intestino delgado, ovário, sigmoide

## 7.2. ETAPAS DO EXAME DO ABDOME

Para executar o exame físico do abdome, o ambiente deve possuir iluminação e temperatura adequada. O paciente deve estar em decúbito dorsal, com os membros superiores estendidos ao lado do corpo e com a região da sínfise púbica ao processo xifoide desnuda. O examinador deve estar com mãos e estetoscópio aquecidos, posicionado em pé ao lado direito do paciente. A ordem específica para o exame passa pelas etapas de inspeção, ausculta, percussão e palpação.

### 7.2.1. Inspeção

#### 7.2.1.1. Inspeção estática

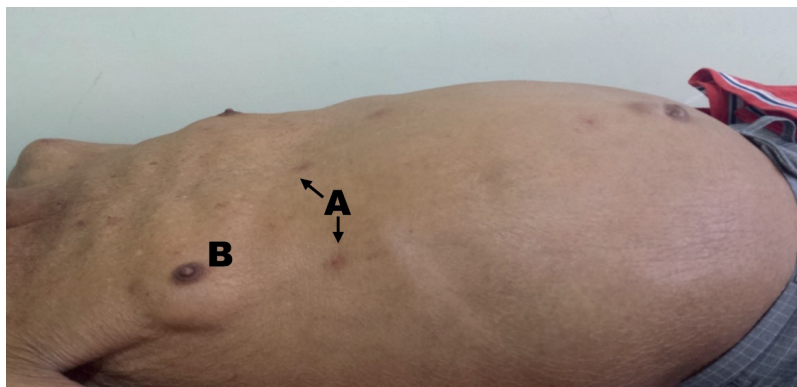
À primeira vista, deve-se caracterizar o tipo de abdome, o aspecto da cicatriz umbilical, abaulamentos ou retrações localizadas, presença de circulação colateral venosa, cicatrizes abdominais cirúrgicas e lesões elementares cutâneas. Em condições normais, o abdome é simétrico e levemente proeminente na porção média e inferior, sendo definido como plano, atípico ou normal.

#### • Tipos de abdome:

- **atípico (normal):** plano, simétrico sem aumento ou diminuição de volume;
- **globoso:** uniformemente aumentado, predomínio do diâmetro anteroposterior sobre o transversal (**Figura 7.2**), típico de gravidez, ascite, distensão gasosa, obesidade, pneumoperitônio, obstrução intestinal, tumores policísticos de ovário e hepatoesplenomegalia;
- **em ventre de batráquio:** predomínio do diâmetro transversal sobre o anteroposterior, típico de ascite em regressão;
- **pendular ou ptótico:** protusão na parte inferior da parede abdominal quando paciente está em ortostatismo, típico da

flacidez abdominal puerperal e de edemas localizados da parede abdominal;

**Figura 7.2:** Tipo patológico de abdome



Abdome globoso devido a presença de ascite, em um paciente com cirrose hepática. Observar as telangiectasias (A) e a ginecomastia (B), característicos da síndrome.

- **em avental:** abdome pendente como um avental sobre as coxas do paciente, típico de obesidade de grau elevado;
- **escavado, escafoide ou côncavo:** abdome retraído, típico de pacientes muito magros e portadores de doenças consumptivas, como neoplasias malignas.
- **Tipos de circulação colateral:**
  - **portal:** tipo “cabeça de medusa”, com vasos periumbilicais e fluxo venoso centrífugo. Obstrução do fluxo na veia porta;
  - **cava inferior:** vasos em flancos com fluxo venoso ascendente. Obstrução do fluxo na veia cava inferior.
- **Alterações cutâneas:**
  - **estrias:** estrias podem derivar de gravidez, tumores, ascites e síndrome de Cushing;

- **manchas hemorrágicas:** equimose periumbilical (sinal de Cullen) causado por hemorragia retroperitoneal típica de pancreatite aguda ou ruptura de prenhez ectópica e equimose dos flancos (sinal de Grey-Turner) associada à pancreatite necro-hemorrágica (**Figura 7.3**).

**Figura 7.3:** Sinal de Grey-Turner



- **Abaulamentos e retrações:**

As principais causas de abaulamentos ou retrações da parede abdominal são hepatomegalia, esplenomegalia, útero gravídico, tumores ovarianos, uterinos, renais e pancreáticos, bexigoma, aneurisma de aorta abdominal e megacólon chagásico. A especificação da natureza da alteração é possível pela correlação da localização do abaulamento ou da retração com as áreas de projeção dos órgãos. Aumentos do útero, bexiga e ovários podem ser evidenciados na região central do abdome. Distensão do estômago pode ser perceptível no epigástrio. Hepatomegalia, no hipocôndrio direito. Esplenomegalia, no hipocôndrio esquerdo.

### 7.2.1.2. Inspeção dinâmica

É a inspeção conforme os movimentos abdominais que procura avaliar padrão respiratório, presença de pulsações, peristaltismo ou soluções de continuidade.

- **Padrão respiratório:** o padrão respiratório é geralmente toracoabdominal no sexo masculino e torácico no sexo feminino. Em processos inflamatórios do peritônio, os movimentos respiratórios comumente desaparecem e a parede abdominal se torna rígida, com aspecto de “tábua”.
- **Hérnias e diástase abdominal:** a pesquisa de soluções de continuidade da parede é realizada por meio de manobras específicas como a de Valsalva, que é uma expiração forçada contra resistência causando aumento da pressão intra-abdominal.
- **Pulsações visíveis:** normalmente, as pulsações da aorta abdominal são perceptíveis em pacientes magros e na região epigástrica. Todavia, deve-se ter atenção à associação de pulsações localizadas com aneurismas de aorta abdominal.
- **Peristaltismo visível:** em situações normais, o peristaltismo não é visualizado na superfície abdominal, excetuando-se em pacientes com abdome escavado. Casos anômalos de ondas peristálticas visíveis são aqueles associados à obstrução do trato gastrointestinal. A direção e localização do peristaltismo permite estimar o local de obstrução:
  - **região antropilórica:** região epigástrica, de cima para baixo e da esquerda para a direita;
  - **cólon ascendente:** região direita do abdome, ondas de baixo para cima;
  - **cólon transverso:** no andar superior do abdome, da direita para a esquerda;

- **cólon descendente:** lado esquerdo do abdome, de cima para baixo.

### 7.2.2. Ausculta

A ausculta abdominal deve ser realizada antes da percussão e da palpação do abdome, pois essas etapas modificam as características dos sons intestinais normais, denominados de ruídos hidroaéreos. Para esse momento, apoia-se o diafragma do estetoscópio suavemente sobre o abdome para analisar a frequência e a característica dos sons intestinais em ambos os hemiabdomes por um minuto.

No geral, os ruídos hidroaéreos são auscultados com frequência estimada de 5 a 34 por minuto, apresentando timbre agudo, localização variável e aparecimento imprevisível.

Em casos anômalos, os ruídos podem ser intensificados, configurando sons mais prolongados de hiperperistaltismo, chamados de borborigmos (presentes na diarreia, por exemplo) ou podem estar diminuídos, como nos quadros de íleo paralítico ou de oclusão intestinal.

Na etapa de ausculta, também deve-se pesquisar, principalmente em pacientes hipertensos, a presença de sopros na aorta e em seus ramos principais, que indicam doença vascular oclusiva. Para isso, avalia-se sequencialmente a aorta e as artérias renais, ilíacas e femorais, dessa vez com a campânula do estetoscópio.

Outro achado relevante são os atritos, típicos de pacientes com condições patológicas, como o tumor hepático ou pancreático, a periepate e o infarto esplênico.

### 7.2.3. Palpação

Na etapa de palpação, utiliza-se a mão espalmada, com os dedos juntos e estendidos sobre o abdome, realizando movimentos descen-

dentessuaves para avaliar o estado da parede abdominal, a presença de sensibilidade dolorosa e alterações nas vísceras abdominais. No geral, as estruturas palpáveis são parte do fígado, os rins, a aorta abdominal, o ceco, o cólon transversoe o sigmoide. O estômago e grande parte do fígado e do baço não são palpáveis. Sequencialmente, executa-se palpação superficial, palpação profunda, palpação do fígado, palpação do baço e de outros órgãos e manobras especiais.

### 7.2.3.1. Palpação superficial

Na palpação superficial, verifica-se a presença de sensibilidade dolorosa, resistência de parede, continuidade da parede abdominal, pulsações e reflexo cutâneo-abdominal.

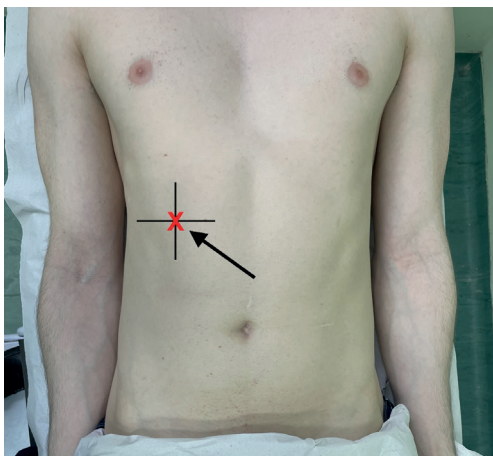
Existem cinco principais tipos de pontos dolorosos a serem verificados na palpação superficial: pontos gástricos; ponto cístico ou biliar; ponto apendicular ou ponto de McBurney; ponto esplênico; e pontos ureterais.



Palpação superficial

- **Pontos gástricos:** referem-se ao ponto xifoidiano, localizado abaixo do apêndice xifoide, cuja dor pode indicar cólica biliar e distúrbios esofágicos, gástricos e duodenais, como esofagites, úlceras ou neoplasias, e ao ponto epigástrico, na linha xifoumbilical, sendo relacionado a gastrites, úlceras e tumores.
- **Ponto cístico:** ângulo formado pelo rebordo costal direito e a borda externa do músculo reto abdominal (**Figura 7.4**), cuja dor sugere colecistite aguda e consiste no sinal de Murphy.
- **Ponto apendicular:** extremidade dos dois terços da linha que une a espinha ílaca anterossuperior direita ao umbigo, cuja dor indica apendicite aguda e consiste no sinal de Rovsing.
- **Ponto esplênico:** abaixo do rebordo costal esquerdo no início do seu terço externo, cuja dor sugere infarto esplênico.

**Figura 7.4:** Ponto doloroso cístico



O ponto cístico (X) indicado pela seta é formado pelo encontro do rebordo costal direito com a borda externa do músculo reto abdominal direito (linhas pretas).

- **Pontos ureterais:** borda lateral dos músculos retos abdominais, cuja dor sugere cólica renal, devido ao deslocamento de cálculo pelos ureteres.

### 7.2.3.2. Palpação profunda

Na palpação profunda, pesquisa-se o estado dos órgãos abdominais, além de possíveis massas palpáveis ou tumorações. No caso de identificação de massas ou tumorações, deve-se descrever a localização, forma e volume, presença e grau de dor, consistência, mobilidade e presença de pulsatilidade.



Palpação profunda

### 7.2.4. Percussão

Essa etapa requer a capacidade de diferenciação dos tipos de sons abdominais possíveis, sendo eles timpanismo, hipertimpanismo, submaciez e maciez.

- **Som timpânico:** representa a presença de ar em uma víscera oca, sendo percebido em quase toda a extensão do abdome, mas principalmente no denominado espaço de Traube, área de projeção do fundo do estômago limitada pelo lobo esquerdo do fígado, pelo diafragma e pulmão esquerdo, pela linha axilar anterior esquerda e pelo rebordo costal esquerdo. Um abdome protuberante e totalmente timpânico indica obstrução intestinal ou íleo paralítico.
- **Som hipertimpânico:** indica estado de aumento da quantidade de ar em um segmento do trato digestivo, típico de casos de gastrectasia, meteorismo, obstrução intestinal, volvo e pneumoperitônio.
- **Som submaciço:** encontrado em segmento com menor quantidade de ar ou com superposição de víscera maciça sobre alça intestinal.
- **Som maciço:** decorrente da ausência de ar em um segmento, típico das áreas de projeção do fígado, baço e útero gravídico, além de situações patológicas como ascites, tumores, hepatomegalia, esplenomegalia e cistos contendo líquido.

A semiotécnica da percussão é denominada de dígito-digital, na qual um dedo é utilizado como plessímetro e outro é usado para aplicar golpes sobre o plessímetro. Comumente, utiliza-se o dedo indicador ou o dedo médio como plessímetro e o dedo médio ou indicador da mão dominante para golpear o dedo plessímetro com grupos de dois golpes por vez.

Os principais objetivos da etapa de percussão são a determinação do limite superior do fígado e da área de macicez hepática, a pesquisa de ascite e a avaliação da sonoridade do abdome. Dessa forma, em situações normais, as áreas de projeção do fígado e do baço devem ser maciças, enquanto as áreas do estômago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso devem ser timpânicas. Por analogia, sons maciços circunscritos podem indicar a presença de massas neoplási-

cas, por exemplo, enquanto casos de distensão abdominal por gases geram sons timpânicos.

Adicionalmente, os rins também podem ser avaliados durante a percussão, embora sejam pouco acessíveis anatomicamente. Com esse fim, pesquisa-se o sinal de Giordano ou sinal da percussão lombar dolorosa, em que se percute bilateralmente a região lombar do paciente com a borda ulnar da mão, aplicando golpe de intensidade moderada. O sinal é positivo quando o paciente inclina o tronco anteriormente ou se queixa de dor circunscrita à área renal, o que sugere inflamação da cápsula renal. Pode haver achado falso positivo em casos de lombalgias musculares agudas.

#### 7.2.4.1. Ascite

A semiotécnica de pesquisa de ascites depende de seu volume. Em ascites de grande volume, marcadas pelo abdome globoso, deve-se manter o paciente em decúbito dorsal, repousar a borda ulnar da mão do paciente ou de um auxiliar sobre a linha mediana do abdome pressionando levemente, repousar a mão esquerda do examinador no flanco esquerdo e executar um “piparote” na face lateral do hemiabdomen direito.

O **sinal de piparote positivo** ocorre quando o examinador sente os choques desencadeados pelos piparotes na mão esquerda, achado típico de ascites de grande volume.

Em caso de suspeita de ascite, mas com piparote negativo, deve-se executar a técnica de **pesquisa de maciez móvel**. Inicialmente, com o paciente em decúbito dorsal, deve-se percutir toda a extensão do abdome. Caso haja líquido na cavidade peritoneal, haverá maciez nos flancos e timpanismo na parte média do abdome. O segundo passo dessa técnica consiste em posicionar o paciente em decúbito lateral direito, percutindo todo o abdome novamente. Se o quadro for de ascite, haverá timpanismo no flanco esquerdo e maciez no flanco direito.

As ascites de pequeno volume, no geral, não oferecem sinais semiológicos ao exame físico, sendo somente detectáveis mediante exames complementares de imagem, como a ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

## 7.2.5. Propedêutica do Fígado

### 7.2.5.1. Percussão

Na etapa de percussão abdominal, a determinação do limite superior do fígado e da área de macicez hepática é um importante objetivo. Para tanto, deve-se percutir o hemitórax direito no nível da linha hemiclavicular desde a origem na clavícula até o quarto ou quinto espaço intercostal. Inicialmente, o som é claro pulmonar, convertendo-se a som submaciço no nível do quinto ou sexto espaço intercostal, o que simboliza o limite superior do fígado. Em casos de o limite superior ser identificado abaixo do quinto ou sexto espaço intercostal, suspeita-se de ptose hepática ou atrofia do fígado. A ptose, por exemplo, pode decorrer de quadro de enfisema pulmonar.

Para identificar o limite inferior, palpa-se desde o nível abaixo da cicatriz umbilical, ainda sobre a linha hemiclavicular direita, até identificar a macicez hepática. A distância em centímetros entre os limites superior e inferior identificados na percussão consiste na denominada hepatimetria, que é normal de 6 a 12 cm na linha hemiclavicular.



Percussão do fígado

Para delimitar a área de macicez hepática, por fim, realiza-se a percussão para dentro, para baixo ou para fora da área de submacicez. As situações anômalas frequentemente associadas ao desaparecimento da macicez hepática são o pneumoperitônio, a atrofia hepática acentuada e a interposição de alça intestinal entre o fígado e a parede costal (sinal de Chilaiditi). No caso de pneumoperitônio, surge o sinal de Jobert, que consiste em hipertimpanismo na projeção hepática. Outro

achado patológico na percussão do fígado é o sinal de Torres-Homem ou sinal da percussão dolorosa do hipocôndrio direito, que indica quadro de abscesso hepático.

### 7.2.5.2. Palpação

A palpação do fígado é feita sobre o hipocôndrio direito, o flanco direito e o epigástrico, do umbigo ao rebordo costal. A palpação deve ser sincronizada com os movimentos respiratórios do paciente. O examinador, voltado para a cabeça do paciente, realiza compressão com a mão estendida e paralela ao abdome sobre a região avaliada apenas durante a inspiração, tentando identificar a borda hepática. Como manobra auxiliar, pode-se posicionar a mão esquerda sobre a loja renal direita e exercer força para cima. Alcançando a borda hepática com a ponta dos dedos, descreve-se a espessura, o aspecto da superfície, a consistência e a sensibilidade. Destaca-se a necessidade de descrever eventuais nódulos na superfície hepática.



Palpação do fígado – técnica unimanual

A palpação pode ser facilitada pela técnica do gancho ou de Mathieu, em que são usadas ambas as mãos, voltadas para os pés do paciente, para palpar no nível abaixo da borda da maciez hepática, exercendo pressão para dentro e para cima em direção ao rebordo costal.



Palpação do fígado – técnica bimanual

### 7.2.6. Propedêutica do baço

A percussão do baço é menos útil do que a percussão hepática devido à sua relação com os órgãos adjacentes, mas ainda assim é fundamental, uma vez que todo baço aumentado é percutível, mas nem sempre é palpável. Percute-se a região inferior esquerda da parede torácica anterior, no espaço de



Percussão do baço

Traube, em que o timpanismo afasta suspeita de esplenomegalia e a macicez corresponde ao sinal de percussão esplênica positivo, indicando esplenomegalia.

A palpação do baço ocorre sobre o quadrante superior esquerdo, de forma sincronizada com a respiração do paciente, tal qual na semiotécnica de palpação do fígado. Como técnica alternativa, pode-se recorrer à posição de Schuster, com o paciente em decúbito lateral direito, com a perna direita estendida, a coxa esquerda fletida e o ombro esquerdo elevado com o braço sobre a cabeça, permitindo que o examinador exerça pressão sobre a área de projeção do baço com a mão esquerda e busque realizar a palpação com a mão direita, também de forma sincronizada com a inspiração.



Palpação do baço

### 7.2.7. Manobras e sinais semiológicos

- **Manobra de Blumberg:** é indicativa de irritação peritoneal localizada, mais especificamente apendicite. Esta consiste em uma compressão profunda com retirada brusca na região do ponto de McBurney (região do ponto apendicular, ou seja, fossa ilíaca direita), fazendo com que o apêndice se projete contra a parede. Caso a víscera esteja inflamada, provocará um sinal de dor intensa.
- **Manobra de Murphy:** traduz peritonite localizada, podendo ser causada por uma colecistite. É a interrupção da inspiração por dor à palpação no ponto cóstico (**Figura 7.4**) provocada pelo encontro da vesícula com o dedo do examinador.



Manobra de Blumberg

Objetivando facilitar o entendimento do exame físico do abdome, o **Quadro 7.2** contém o resumo dos principais sinais semiológicos encontrados em pacientes com doenças abdominais.

**Quadro 7.2:** Sinais semiológicos de estados patológicos encontrados no exame do abdome

Sinal	Definição	Possível diagnóstico
Murphy	Interrupção da respiração por dor à palpação no ponto cístico do hipocôndrio direito	Colecistite
Giordano	Punho-percussão dolorosa na região lombar	Acometimento renal: pielonefrite
Cullen	Equimose periumbilical	Hemorragia retroperitoneal
Grey-Turner	Equimose em flancos	Hemorragia retroperitoneal
Fox	Equimose na região inguinal e base do pênis	Hemorragia retroperitoneal
Jobert	Desaparecimento da maciez e aparecimento de timpanismo na loja hepática	Pneumoperitônio
Torres-Homem	Percussão dolorosa em região hepática	Abscesso hepático
Kehr	Dor severa em ombro esquerdo quando a pessoa está deitada e com pernas elevadas	Ruptura de baço
Blumberg	Descompressão brusca dolorosa no ponto de McBurney	Apendicite
Rovsing	Dor em fossa ilíaca direita quando se palpa desde a fossa ilíaca esquerda, causando retorno gasoso com distensão do ceco	Apendicite
Lennander	Dissociação entre temperatura retal e axilar > 1°C	Apendicite
Lapinski	Dor à compressão na fossa ilíaca direita durante elevação do membro inferior direito	Apendicite (apêndice retrocecal)
Dunphy	Dor em fossa ilíaca direita que piora com a tosse	Apendicite
Psoas	Dor em fossa ilíaca direita à extensão passiva da coxa ou flexão ativa contra resistência, em decúbito lateral esquerdo	Apendicite (apêndice retrocecal)
Obturador	Dor hipogástrica durante rotação interna passiva da coxa direita fletida	Apendicite (apêndice pélvico)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade DR Jr. Exame do Abdome. In: Benseñor IM, Atta JA, Martins MA. *Semiologia Clínica*. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 67-81.

Bickley LS, Szilagyi PG. Abdome. In: Bickley LS, Szilagyi PG. *Bates Propedêutica Médica*. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 1056-205.

Lourenço TA, Leite RR. Exame do Abdome. In: Rocco JR, *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 143-74.

Porto CC, Silverio AO, Oliveira CP, Rosa H, Moreira H, Ximenes JH, et al. Exame do Abdome. In: Porto CC. *Exame Clínico*. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 758-809.

## 8. O EXAME DOS LINFONODOS

Fernanda de Nazaré Cardoso dos Santos Cordeiro

Nara Macedo Botelho

Adriana Bastos Pires

Bruno Marques e Silva

### 8.1. VISÃO GERAL

O sistema linfático é composto dos vasos linfáticos e do tecido linfoide (baço, timo, linfonodos e tonsilas) e transporta a linfa. Suas funções são de remover proteínas do líquido intersticial e retorná-lo para a corrente sanguínea e desempenhar funções imunológicas, como remoção de bactérias e formação de anticorpos. Os vasos linfáticos passam através de linfonodos (também chamados de gânglios), que contém muitos linfócitos e servem como filtros.

O linfonodo pode aumentar de tamanho e passar a ser doloroso. Nesse caso, dá-se o nome de linfadenomegalia, adenomegalia ou íngua. As linfadenomegalias podem ser causadas por processos infecciosos, invasão carcinomatosa, doenças hematopoiéticas primárias e por outras causas, como gengivite e hipertireoidismo.

Além da linfadenomegalia, outros sinais e sintomas de afecções linfáticas são o edema e a linfoangite. O edema pode ser causado por bloqueio linfonodal ou nos coletores linfáticos a partir de neoplasias, inflamações, cirurgias e parasitoses.

O edema causado por metástases neoplásicas é, inicialmente, mole, depressível e unilateral, tornando-se mais rígido no decorrer de dias. Além disso, ele não regride com o repouso e a pele no local é fria.

O edema causado por alterações de coletores linfáticos se instala na extremidade do membro afetado e ascende lentamente com o passar de meses ou anos. É frio, duro, não depressível e não diminui significativamente com a elevação do membro.

A linfangite é a inflamação dos vasos linfáticos e se caracteriza por manchas vermelhas na pele, edema e dor no seu trajeto.

## 8.2. SEMIOTÉCNICA E CARACTERÍSTICAS SEMIOLÓGICAS

Os linfonodos são examinados por meio da inspeção e palpação, de modo complementar. A palpação é feita com as polpas digitais e a face ventral dos dedos médio, indicador e polegar. O lado contralateral deve ser comparado. Normalmente, os linfonodos são móveis, indolores, individualizados, possuem consistência borrachosa e variam de 0,5 a 2,5 cm de diâmetro.

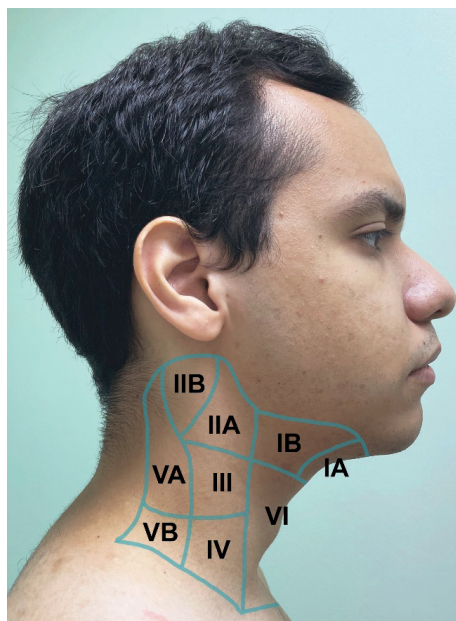
No exame físico dos linfonodos, as seguintes características devem ser analisadas:

- **Localização:** identificar a localização com referência às cadeias de linfonodos.
- **Tamanho:** estimar o diâmetro em centímetros.
- **Coalescência:** identificar se há junção de dois ou mais linfonodos, formando massa de limites não precisos.
- **Consistência:** identificar se o linfonodo está endurecido ou amolecido, com flutuação ou não.
- **Mobilidade:** identificar, por meio de palpação deslizante, se o linfonodo é móvel ou está aderido aos planos profundos.
- **Sensibilidade:** identificar se o linfonodo é doloroso à palpação.
- **Alteração da pele:** identificar se há presença de edema, dor, calor ou rubor e fistulização. No caso de fistulização, descrever o tipo de secreção que flui.

### 8.3. PALPAÇÃO DOS LINFONODOS DE CABEÇA E PESCOÇO

Os linfonodos dessa região se dividem de acordo com uma referência topográfica dos triângulos anatômicos do pescoço (**Figura 8.1**).

**Figura 8.1:** Triângulos anatômicos do pescoço



As áreas correspondem aos níveis dos linfonodos cervicais de acordo com Robbins. IA: submentoniano; IB: submandibular; IIA: jugular superior anterior; IIB: jugular superior posterior; III: jugular médio; IV: jugular inferior; VA: triângulo posterior superior; VB: triângulo posterior inferior; VI: cervical anterior.

- **Nível I:** tem áreas correspondentes aos triângulos submandibulares e submentonianos.
- **Nível II:** engloba os linfonodos jugulares altos, posteriores próximos ao décimo primeiro par craniano e linfonodos jugulodigástricos.

- **Nível III:** contém os linfonodos jugulares médios (cervicais laterais).
- **Nível IV:** contém os linfonodos jugulares inferiores, os escalenos e os supraclaviculares.
- **Nível V:** aqueles ao longo do nervo acessório.
- **Nível VI:** contém os linfonodos paratraqueais e pré-traqueais, peritireoideanos e pré-cricoides.

Alguns linfonodos, como os retroauriculares, devem ser palpados com o examinador posicionado atrás do paciente e com as mãos estendidas. Já outros linfonodos, como submandibulares, devem ser palpados com o examinador posicionado atrás do paciente e com as mãos em formato de pinça.



Palpação de linfonodos da cabeça



Palpação de linfonodos do pescoço

## 8.4. PALPAÇÃO DE LINFONODOS AXILARES, RETROPEITORAIS E EPITROCLEANOS

Para a palpação dos linfonodos axilares, o examinador pode se posicionar à frente ou ao lado do paciente. É necessário segurar, com uma ligeira abdução, o membro superior do lado homólogo a ser examinado e palpar a fossa axilar com a mão em posição de garra. Executa-se deslizamento suave da pele contra o gradil costal da região axilar e infra-axilar, na região medial, posterior e anterior da fossa axilar. Para a palpação dos linfonodos retropeitorais, o examinador deve permanecer posicionado à frente do paciente, com a mão em forma de pinça ao redor do músculo peitoral maior, em movimentos de compressão e deslizamento nas regiões acessíveis do



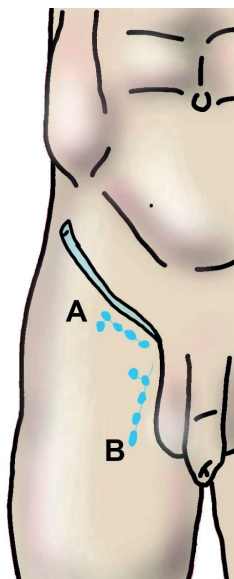
Palpação de linfonodos da axila e epitrocleanos

músculo. Os linfonodos epitrocleanos são palpados em continuação à palpação dos linfonodos axilares e retropeitorais.

## 8.5. PALPAÇÃO DOS LINFONODOS INGUINAIS SUPERFICIAIS

O paciente deve estar em decúbito dorsal, com a região despiada. A palpação deve ser realizada com os dedos do examinador em extensão, deslizando de forma suave e com movimentos circulares ou lineares. Os linfonodos inguinais superficiais são divididos em grupos horizontal e vertical, conforme ilustra a **Figura 8.2**. O grupo horizontal está na região superior da face anterior da coxa, logo abaixo do ligamento inguinal, e o grupo vertical se encontra próximo à parte superior da veia safena magna.

**Figura 8.2:** Linfonodos inguinais superficiais

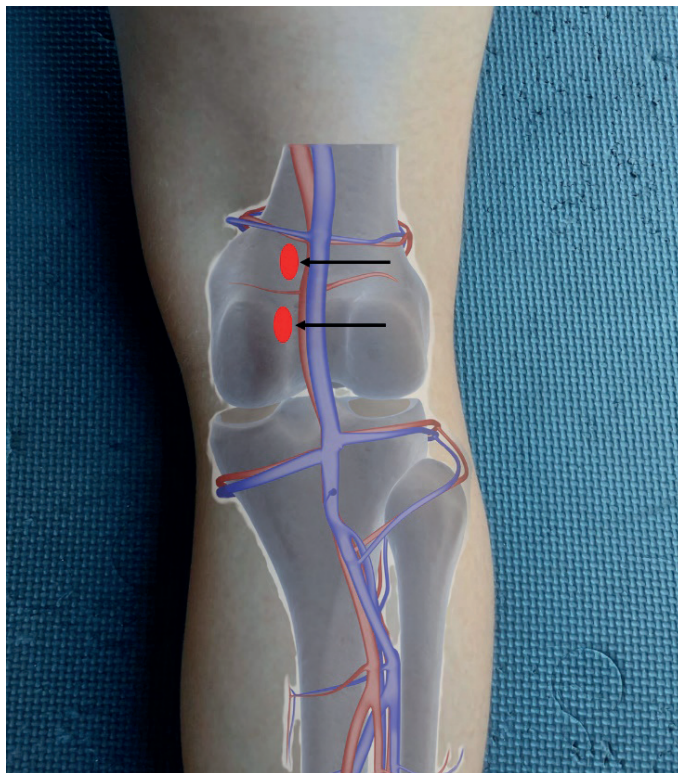


Os linfonodos inguinais superficiais estão representados nos círculos em azul. A: grupo horizontal de linfonodos inguinais. B: grupo vertical de linfonodos inguinais.

## 8.6. PALPAÇÃO DOS LINFONODOS FEMORAIS

Os linfonodos femorais ou poplíteos estão localizados na fossa poplíteia. Para sua palpação, o paciente deve estar em decúbito ventral com a perna semifletida, conforme a **Figura 8.3**. Os dedos do examinador devem estar em extensão ou em garra.

**Figura 8.3:** Posicionamento para a palpação dos linfonodos poplíteos



Representação esquemática da região posterior do joelho, na fossa poplíteia. Os círculos em vermelho com setas representam os linfonodos poplíteos, e sua relação anatômica com estruturas ósseas e vasculares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castro CR, Yoshikawa GT. Semiologia dos Gânglios Linfáticos e Pulsos. In: Castro CR, Yoshikawa GT. Manual de Semiologia Médica: A Prática do Exame Físico. Belém: Edupea; 2015. p. 360-6.

Roberti MR, Porto CC. Exame dos Linfonodos. In: Porto CC, Porto AL. Exame Clínico. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 269-77.

Roberti MR, Silva EP, Nagato Y, Pereira CE. Doenças dos Linfáticos. In: Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 704-6.

## 9. O EXAME DO SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO

Silvestre Savino Neto  
Paulo Martins Toscano  
Fábio Leite do Amaral Junior  
Thais Natividade dos Reis

### 9.1. INTRODUÇÃO

A semiologia está baseada na busca e interpretação dos sinais e sintomas que aparecem no local de uma alteração, sendo a ferramenta que acaba por diferenciar e individualizar uma especialidade médica. Estima-se que um exame sistemático e cuidadoso diagnostica mais de 90% das afecções vasculares.

### 9.2. SEMIOLOGIA DO SISTEMA ARTERIAL

As manifestações clínicas das doenças do sistema arterial periférico ocorrem por disfunções orgânicas causadas por alterações da irrigação sanguínea para um determinado tecido ou órgão. O exame clínico arterial bem executado é essencial para o diagnóstico das doenças arteriais obstrutivas e dos aneurismas. Ele é constituído pela anamnese e exame físico, mais algumas manobras especiais.

#### 9.2.1. Anamnese

Na identificação, algumas informações são importantes:

- **Sexo:** algumas doenças mostram predileção por um sexo em detrimento de outro, como a tromboangeíte obliterante, que é mais comum em homens.

- **Idade:** a doença arterial periférica aterosclerótica costuma ser mais comum após os 50 anos; vasculites, como a tromboangeíte, entre 20 e 40 anos; aneurismas, após 70 anos.
- **Profissão:** ocupações que lidam com ferramentas e oferecem risco de traumas às extremidades favorecem fenômenos vasoespásticos e trombose de pequenas artérias.

Na história da doença atual, é muito importante caracterizar o modo de aparecimento dos sintomas, se súbito ou lento e insidioso. Também é importante definir quais sintomas foram surgindo em associação àquela queixa. No que tange aos antecedentes pessoais e hábitos de vida, deve-se questionar sobre os fatores de risco para arteriosclerose e doença arterial periférica, como o tabagismo, o diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e sedentarismo.

A doença arterial periférica é um importante preditor de desfechos cardiovasculares. É fundamental que se investigue sobre doenças cardiovasculares concomitantes, entre as quais o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Nos antecedentes familiares, é mister que se investigue a história familiar de arteriosclerose, aneurismas e diabetes.

### 9.2.2. Sinais e sintomas

Como foi dito, o tempo de aparecimento dos sintomas, se tem curso agudo ou crônico, deve ser bem caracterizado. A dor é um dos principais sintomas a ser explorado.

A dor de origem vascular pode ser do tipo aperto, câimbra, constrição, queimação, fadiga e, em alguns casos, formigamento (parestesia). Na doença crônica, um dos primeiros sintomas a surgir é a claudicação intermitente (parada da marcha pela dor) relacionada à deambulação, sendo um sintoma patognomônico da doença arterial do tipo obstrutiva. Quando o quadro obstrutivo se agrava, a dor passa a se manifestar mesmo em repouso, associada a parestesias,

frialdade, palidez e cianose das extremidades. As úlceras isquêmicas e as gangrenas (**Figura 9.1**) são os estágios finais da doença arterial obstrutiva periférica.

**Figura 9.1:** Necrose isquêmica de hálux por doença arterial periférica



### 9.2.3. Exame físico

O exame físico requer um ambiente de boa iluminação, se possível à luz natural, e é dividido em inspeção, palpação e ausculta.

#### 9.2.3.1. Inspeção

Deve ser realizada com o paciente preferencialmente em pé. Verificar a musculatura dos membros e sua assimetria. A atitude de alguns pacientes em deixar o membro pender do leito pode sugerir uma isquemia grave. Observar a cor da pele, pois a palidez indica sofrimento arterial causado pela diminuição acentuada do fluxo sanguíneo. Quando esse fluxo se torna lento, surge a cianose local. Algumas vezes, a palidez só será visível à elevação do membro. Quando este apresenta tom vermelho arroxeadado, dá-se o nome de eritrocianose.

Durante a inspeção, podemos verificar também as seguintes alterações:

- **Cor da pele:** palidez, cianose, eritrocianose, fenômeno de Raynaud (episódios reversíveis de vasoespasmos das extremidades).
- **Lesões tróficas:** atrofia da pele, diminuição do tecido subcutâneo, queda de pelos, alterações ungueais, calosidades, úlceras, gangrena.

### 9.2.3.2. Palpação

Verificar a temperatura da pele com o dorso das mãos ou dedos. A redução de temperatura (frialdade) da região deve ser observada.

A elasticidade da pele deve ser analisada realizando-se um pinçamento com a polpa dos dedos indicador e polegar.

O exame dos pulsos é essencial na semiologia vascular, devendo ser feito sempre de forma bilateral e comparativa. Os pulsos podem estar com sua amplitude reduzida (pulso de difícil palpação) ou ausentes. Cerca de 12% da população pode apresentar o pulso tibial anterior ausente.

Deve-se pesquisar por frêmitos, na palpação das artérias, e graduar de acordo com o aumento, ausência ou diminuição da amplitude do seu pulso, variando de 0 até 4+.

É importante a pesquisa de sensibilidade e motricidade de membros no exame arterial, já que não são sintomas iniciais no quadro isquêmico. Uma vez instalados esses sintomas neurológicos, caracterizam duração suficiente para gerar sequelas funcionais se associados a quadro isquêmico (vide Capítulo 10).

#### **Análise individual de cada pulso:**

- **Artéria braquial:** é palpada logo acima da fossa antecubital, medial ao tendão do bíceps braquial (**Figura 9.2**). O pulso deve ser palpado com o polegar ou com o segundo, terceiro

e quarto quirodáctilos da mão que apoia o cotovelo do paciente. A outra mão pode realizar flexão e extensão do braço com o intuito de facilitar sua palpação.

**Figura 9.2:** Palpação em artéria braquial



- **Artéria radial:** região lateral da superfície flexora do punho com o segundo, terceiro e quarto quirodáctilos do examinador (**Figura 9.3**).

**Figura 9.3:** Palpação em artéria radial



- **Artéria ulnar:** região medial da superfície flexora do punho com o segundo, terceiro e quarto quirodáctilos do examinador (**Figura 9.4**).

**Figura 9.4:** Palpação em artéria ulnar



- **Artéria femoral:** palpada abaixo do ligamento inguinal, entre a espinha íliaca anterossuperior e a sínfise púbica.
- **Artéria poplítea:** região do oco poplíteo com paciente em decúbito e sua perna em semiflexão (**Figura 9.5**). As duas mãos do examinador ficam em torno do joelho, com os polegares sobre a patela e os demais dedos procurando o pulso. Essa pesquisa também pode ser executada com o paciente sentado e pernas em posição de pendência, ficando as mãos posicionadas da mesma forma em relação à patela e ao oco poplíteo.

**Figura 9.5:** Palpação em artéria poplítea



- **Artéria dorsal do pé (pulso pedioso):** palpada no dorso do pé entre os ligamentos flexores do primeiro e segundo pododáctilos, a cerca de 5 cm da base do hálux (**Figura 9.6**).

**Figura 9.6:** Palpação em artéria dorsal do pé



- **Artéria tibial posterior:** mãos em garra imediatamente atrás do maléolo medial (**Figura 9.7**).

**Figura 9.7:** Palpação em artéria tibial posterior



- **Artéria carótida:** na altura da cartilagem tireóidea, deve-se afastar a borda anterior do músculo esternocleidomastóideo com as polpas digitais do segundo, terceiro e quarto quirodáctilos.

- **Aorta abdominal:** paciente em decúbito dorsal, com leve flexão das coxas. As mãos do examinador ficam em paralelo entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical.

### 9.2.3.3. Ausculta

Tem como objetivo identificar sopros, os quais podem ser sistólicos (aneurismas, estenoses) ou contínuos (fistulas arteriovenosas). Devem ser auscultados o coração (vide Capítulo 6) e pelo menos as artérias carótidas e femorais.

A ausculta da artéria carótida deve ser realizada em três níveis: ângulo da mandíbula, área cervical média e base do pescoço, utilizando o diafragma do estetoscópio. A ausculta de sopros sistólicos nessa artéria em boa parte se deve à presença de placas ateroscleróticas. Aneurismas abdominais geralmente expressam-se na ausculta por meio de sopros sistólicos na região mesogástrica.

### 9.2.3.4. Manobras especiais

- **Manobra de Allen:** com o propósito de verificar a perviade da artéria ulnar ou radial, o paciente deve inicialmente colocar as mãos com as palmas voltadas para cima e, depois, cerrar o punho de uma das mãos. O examinador, então, comprime firmemente a artéria ulnar e a radial daquele membro e pede que o paciente abra e relaxe a mão. A mão estará pálida. Em seguida, libera-se a pressão da artéria a ser investigada. Se o rubor da região palmar retornar dentro de três a cinco segundos, a artéria estará pérvia.
- **Manobra de Adson:** realizada para diagnosticar compressão da artéria subclávia e do plexo braquial por estruturas como o músculo escaleno anterior, costela cervical, processo transverso de C7 ou bridas fibróticas. A manobra tem dois tempos. No primeiro, põe-se o paciente sentado com os membros

superiores apoiados sobre os joelhos. Depois, o examinador palpa a artéria radial de um dos membros e ausculta a região supraclavicular daquele lado. Pede-se para o paciente realizar uma inspiração profunda, retendo-a, seguida de uma lateralização da cabeça para o lado em que está sendo realizada a manobra.

Existe uma outra manobra de exame físico, também chamada manobra de Allen, destinada à identificação de sinais de compressão vascular na síndrome do desfiladeiro torácico cervical. Nessa manobra, o indivíduo permanece sentado, com os membros superiores elevados, e a cabeça voltada para o lado contralateral ao membro investigado, enquanto o examinador palpa o pulso radial e realiza a ausculta da região infraclavicular ipsilateral, procurando pela diminuição do pulso e presença do sopro, simultaneamente.

## 9.3. SEMIOLOGIA DO SISTEMA VENOSO

### 9.3.1. Anamnese

Na identificação, informações importantes podem ser colhidas, como:

- **Sexo:** as varizes são mais comuns em mulheres.
- **Idade:** a doença venosa crônica é mais prevalente entre 30 e 40 anos.
- **Etnia e procedência:** há uma menor prevalência de varizes em populações afrodescendentes quando comparadas a caucasianas.
- **Profissão:** ocupações que exigem um tempo prolongado em pé ou sentado por horas estão associadas com um aumento no risco de desenvolvimento de veias varicosas.

Quanto aos antecedentes pessoais e hábitos de vida, é importante questionar história familiar de varizes, número de gestações,

terapia hormonal, neoplasias, cirurgias prévias, traumatismos, fratura e imobilizações e imobilidade no leito, uma vez que esses eventos podem desencadear quadros de trombose venosa profunda.

### 9.3.2. Sinais e sintomas

A principal queixa relatada em uma consulta com pacientes com suspeita de doença venosa crônica é a presença de veias dilatadas e tortuosas (varizes) nos membros inferiores (**Figura 9.8**). Existem vários tipos de varizes, que podem se apresentar em formas de veias varicosas, veias reticulares, telangiectasias e veias visíveis, porém normais.

**Figura 9.8:** Paciente em posição ortostática, sendo marcado os trajetos varicosos para tratamento cirúrgico



A dor, sensação de peso e cansaço ou queimação nas pernas ocorre principalmente quando o paciente fica um longo período em pé. Nesse caso, é válido ressaltar a diferença entre a dor de etiologia venosa e arterial. Enquanto a dor de origem arterial piora com a deambulação, a de causa venosa melhora. Além disso, diferentemente da dor isquêmica, a dor da insuficiência venosa melhora com a elevação dos membros.

Além desses sintomas, o paciente pode apresentar edema (unilateral ou bilateral), que ocorre de maneira abrupta nas trombooses venosas profundas. O edema pode ser vespertino e discreto no início do quadro e, nos casos de hipertensão venosa de longa duração, pode apresentar eczema.

### 9.3.3. Exame físico

Deve ser realizado na sequência: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

#### 9.3.3.1. Inspeção

Deve-se avaliar o paciente em pé e solicitar que ele dê um giro de 360° para verificar nos membros:

- Tamanho, simetria e edema;
- Pigmentação, cicatrizes ou lesões tróficas;
- Alteração de coloração e perfusão da pele;
- Dilatações varicosas sobre o trajeto venoso; e
- O sistema da veia safena, à procura de varicosidade.

Na inspeção, algumas lesões tróficas podem estar presentes, como: celulites/erisipelas, decorrentes de infecções que acometem a pele e o tecido celular subcutâneo; hiperpigmentação manifestada na condição da dermatite ocre, comum em estágios mais avançados da doença (**Figura 9.9**); e úlceras na insuficiência venosa crônica grave.

**Figura 9.9:** Trajetos varicosos com área de hiperpigmentação e dermatite ocre em doença venosa crônica



De acordo com as características clínicas apresentadas, podemos utilizar a Classificação Clínica, Etiológica, Anatômica e Patológica (CEAP) para especificar o quadro clínico, que estão disponíveis no **Quadro 9.1**.

**Quadro 9.1:** Classificação CEAP

Classificação clínica CEAP	
C0	Ausência de sinais de doença venosa
C1	Telangiectasias e veias reticulares
C2	Veias varicosas
C3	Edema
C4a	Pigmentação, eczema
C4b	Dermatoesclerose ou atrofia branca
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa aberta
C6r	Úlcera venosa ativa recorrente

Fonte: Lurier, et al., 2020.

### 9.3.3.2. Palpação

O paciente deverá estar em pé. Deve-se palpar os trajetos venosos, avaliar a presença de veias varicosas e perfurantes através do alargamento do orifício da aponeurose e analisar a consistência e a temperatura da pele, comparando com o tecido adjacente. Em casos de erisipela ou celulite, o aumento da temperatura é um ponto importante para o diagnóstico.

A pressão digital auxilia na caracterização do edema, apertando com o polegar de modo delicado, porém firme, as seguintes regiões, por pelo menos dois segundos: dorso de cada pé; região por trás dos maléolos mediais; e região tibial anterior. Deve ser observada a presença do sinal do cacifo ou Godet.

Durante o exame, deve-se identificar a presença de dor na palpação relacionada à trombose venosa profunda. Para a pesquisa de frêmitos, a mão do examinador deve estar localizada um pouco abaixo do início da veia. A presença de frêmitos indica fístula arteriovenosa.

### 9.3.3.3. Percussão

A percussão é utilizada para avaliar a continuidade ou comunicação de veias do sistema venoso superficial, como na manobra de Schwartz.

### 9.3.3.4. Ausculta

A ausculta é realizada com um estetoscópio e tem como objetivo identificar sopros que podem corresponder a uma fístula arteriovenosa, além de ser usada para indicar o diagnóstico de insuficiência valvular da crosse da safena magna. Para isso, deve-se auscultar a veia safena magna com o indivíduo deitado ou em pé e solicitar que faça um esforço abdominal (manobra de Valsalva).

### 9.3.3.5. Manobras especiais para avaliação da competência das válvulas venosas

- **Manobra de Brodie/Trendelenburg:** é realizada por meio do teste de enchimento retrógrado. Inicialmente, o paciente deve estar em decúbito dorsal e com uma das pernas elevadas até aproximadamente 90°, para esvaziá-la de sangue venoso. Em seguida, deve-se fazer uma compressão manual ou colocar um garrote na região superior da coxa para ocluir a veia safena magna, sem afetar os vasos profundos. Depois, com o paciente em pé, libere a compressão e avalie se há enchimento venoso súbito; caso sim, significa insuficiência valvular da veia safena magna.
- **Manobra de Schwartz:** utilizada para avaliar a competência da válvula ostial da safena. Com o paciente de pé, o examinador faz a palpação com os quatro últimos dedos da mão esquerda na prega inguinal do paciente, e com o terceiro e quarto dedo da mão direita executa a percussão digital sobre as veias dilatadas. A percepção da onda líquida transmitida sugere insuficiência valvular.
- **Manobra de Homans:** essa técnica consiste na dorsiflexão forçada do pé em paciente com suspeita de trombose venosa das veias profundas. Se o paciente sentir uma dor intensa na panturrilha ao realizar a manobra, indica a possibilidade de trombose venosa profunda.
- **Manobra de Perthes:** tem a finalidade de demonstrar a perviedade do sistema venoso profundo. Em posição ortostática, coloca-se um garrote no paciente no nível da raiz da coxa. Posteriormente, o paciente deambula e se observam os trajetos venosos localizados abaixo do garroteamento. Se ocorrer um bom esvaziamento das veias, sugerindo perviedade do sistema venoso profundo, o resultado da manobra é negativo. Se houver aumento da turgescência das veias du-

rante a deambulação, o resultado é positivo e sugere obstrução do sistema venoso profundo.

## 9.4. SEMIOLOGIA DO SISTEMA LINFÁTICO

### 9.4.1. Anamnese

Em relação à identificação, a idade do paciente é uma informação importante relacionada ao surgimento dos sintomas e auxilia na classificação do linfedema (**Figura 9.10**). Deve ser realizada a pesquisa de antecedentes pessoais, tais como infecções de pele e de tecido subcutâneo e cirurgias ao longo do trajeto de coletores linfáticos e nas regiões de agrupamento de linfonodos. Deve-se verificar se houve contato com portadores de tuberculose, blastomicose, cromomicose e radioterapia, além de indagar sobre episódios de trombose venosa profunda, procedência do paciente e a suas condições de trabalho e moradia. A possibilidade de linfedema congênito exige que se investiguem também os antecedentes familiares do paciente.

**Figura 9.10:** Linfedema secundário pós mastectomia



### 9.4.2. Sinais e sintomas

Os principais sinais e sintomas são: dor, calor, rubor, edema, linfadenomegalia, celulite e linfangite nos quadros agudos.

### 9.4.3. Exame físico

#### 9.4.3.1. Inspeção

Em um ambiente com boa iluminação, com o paciente em ortostase e à sua direita, o examinador deve avaliar a presença e o tamanho de linfonodos aparentes, bem como a pele adjacente – se há sinais flogísticos, eritema, linhas vermelhas, lesões cutâneas ou fistulações e o diâmetro dos membros.

#### 9.4.3.2. Palpação

Utilizando as polpas digitais do segundo, terceiro e quarto quirodáctilos, procurar pela presença de linfonodos superficiais e palpáveis. Checar a presença de linfedema, que tipicamente é duro, fibroelástico, não depressível, com sinal de Godet ausente.

Para mais informações sobre o exame de linfonodos, vide Capítulo 8.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida BM, Nakano LCU. Propedêutica arterial. In: Amorim JE, Vasconcelos VT, Guedes Neto HJ, Flumignan RLG, Nakano LCU, Sousa LHDG, et al. Manual de Angiologia e Cirurgia Vascular e Endovascular. Barueri: Manole; 2020. p. 29-31.

Câmara MVCR, Lustre WG, Nakano LCU. Propedêutica venosa. In: Amorim JE, Vasconcelos VT, Guedes Neto HJ, Flumignan RLG, Nakano LCU, Sousa LHDG, et al. Manual de Angiologia e Cirurgia Vascular e Endovascular. Barueri: Manole; 2020. p. 32-7.

Luccas GC, Menezes FH, Barrel EV, Freire LMD. Varizes de membros inferiores – Tratamento. In: Brito CJ, Murilo R, Loureiro E. Cirurgia Vascular, Endovascular e Angiologia. 4a ed. São Paulo: Thieme Revinter; 2019. p. 1590-606.

Lurier F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020; 8(3):342-52.

Moraes IN. Tipologia das provas onomásticas venosas. In: Moraes IN. Propedêutica Vascular. 2a ed. São Paulo: Servier; 1988. p. 139-43.

Bruno Lopes Santos-Lobato

Fernando Mendes Paschoal Junior

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Márcio Cesar Ribeiro Marvão

Beatriz Oliveira da Cunha

## **10.1. INTRODUÇÃO**

O exame neurológico é fundamental na detecção de incapacidades relacionadas ao sistema nervoso. Em décadas, as avaliações de pacientes neurológicos geraram uma gama de técnicas e manobras, que tornaram a semiotécnica neurológica um dos exames físicos mais extensos da medicina.

Os avanços da medicina baseada em evidências permitiram uma evolução no conhecimento sobre a eficácia das manobras e testes, determinando quais achados são mais sensíveis e específicos para o diagnóstico de uma doença. No contexto de uma semiologia neurológica mais racional, o exame neurológico será abordado neste capítulo de um modo mais objetivo e prático.

## **10.2. EXAME DA SENSIBILIDADE**

Conceitua-se sensibilidade como a habilidade de sentir distintas modalidades de estímulos, como toque leve, dor, temperatura, vibração e a posição do corpo no espaço. Para iniciar o entendimento, lembremo-nos de alguns conceitos básicos:

### 10.2.1. Sintomas sensitivos negativos e positivos

São termos comumente usados em Neurologia. Os sintomas sensitivos negativos se referem a toda redução da sensibilidade normal, como as anestésias; já os sintomas positivos se referem a todo surgimento de sensações que normalmente não existem, como a sensação de queimação na pele, por exemplo (**Quadro 10.1**).

**Quadro 10.1:** Termos usados na descrição de alterações na sensibilidade

Hipo/hiperestesia	Referem-se à redução ou aumento na sensibilidade geral.
Hipo/hiperalgesia	Referem-se à redução ou aumento na sensibilidade dolorosa.
Hipo/hiperpalestesia	Referem-se à redução ou aumento na sensibilidade vibratória.
Parestesia	Sensações anormais espontâneas sem uma estimulação cutânea, geralmente referida pelos pacientes como “formigamento”.
Alodínia	Aumento da sensibilidade à dor. Dor em resposta a um estímulo normalmente não doloroso

### 10.2.2. Modalidades de sensibilidade

De modo geral, dividimos a sensibilidade em superficial e profunda. Mesmo existindo várias modalidades de sensibilidade, abordaremos as quatro mais importantes no exame neurológico geral: superficial tátil e dolorosa e profunda vibratória e cinético-postural (**Quadro 10.2**). Isso significa que testaremos outras modalidades apenas se houver alguma particularidade no caso, por exemplo, realizar o exame da sensibilidade térmica apenas em situações como o estudo de neuropatias periféricas específicas, como na hanseníase.

**Quadro 10.2:** Principais modalidades de sensibilidade testadas no exame neurológico geral

Sensibilidade superficial tátil (toque leve)	Caracteriza-se pela percepção do toque cutâneo, porém sem grande pressão sobre a pele. A sensibilidade tátil pode ser avaliada com um chumaço de algodão, pincel fino ou papel de seda.
Sensibilidade superficial dolorosa	A capacidade de sentir dor cutânea tem uma importância semelhante ao teste de toque leve e pode ser realizada com um alfinete descartável ou outro instrumento pontiagudo.
Sensibilidade profunda vibratória (palestesia)	Caracteriza-se pela percepção de vibrações na pele. A palestesia é testada por meio do diapasão de 128 Hz apoiado em proeminências ósseas do corpo (como maléolo lateral, patela, cotovelo).
Sensibilidade profunda cinético-postural	É a habilidade de reconhecer a posição de algumas partes do corpo no espaço, através de movimentação nas articulações.

### 10.2.3. Dicas gerais do exame de sensibilidade

Antes de iniciar os testes, deve-se explicar o que será feito para o paciente e confirmar se ele entendeu, pois trata-se de avaliações em que o achado de alterações depende da compreensão do paciente e de sua clara resposta. Por isso o paciente deve estar vígil e ter capacidade cognitiva suficiente para entender o teste.

Em seguida, instruímos o paciente a permanecer de olhos fechados durante os testes. **Todos os testes de sensibilidade devem ser feitos com o paciente de olhos fechados.**

Por ser um exame subjetivo, devemos buscar respostas simples do paciente, como sim ou não. O exame deve ser direto e rápido, para evitar que o paciente se enfade e não contribua com o restante do teste.

## 10.2.4. Dicas do exame da sensibilidade superficial tátil e dolorosa

Antes de iniciar, explique para o paciente o que será feito. Sugerimos usar o seguinte roteiro de explicação:

- diga que você testará a capacidade de ele sentir toque e leves pontadas na pele;
- comunique que você testará duas áreas de seu corpo, e, depois, ele deve responder **se sentiu os dois estímulos de modo igual ou diferente**;
- se ele sentir os toques diferentes, deve dizer em qual a área o estímulo foi **mais fraco**;
- reforce que ele precisa estar de olhos fechados e concentrado no teste.

Na sequência, realizamos os estímulos em duas áreas (tátil com algodão e dolorosa com alfinete, por exemplo). Geralmente, as duas áreas escolhidas são a mesma região (como o dorso da mão) em lados diferentes, mas também podemos testar áreas diferentes no mesmo membro (como a coxa e planta do pé do lado esquerdo). Em geral, testamos pelo menos duas áreas dos membros superiores e duas de membros inferiores.

Depois, perguntamos se o estímulo foi semelhante entre as duas áreas ou se houve diferença. Caso haja diferença, devemos perguntar em qual área o estímulo foi **mais fraco** e confirmar o achado com um novo teste. Ao confirmar a redução de sensibilidade na área, devemos descrever no exame físico que o paciente tem hipoestesia (tátil) ou hipalgesia (dolorosa) no local.



Avaliação da sensibilidade tátil



Avaliação da sensibilidade dolorosa

## 10.2.5. Dicas do exame da sensibilidade profunda vibratória e cinético-postural

No teste de palestesia com o diapasão, devemos primeiro apresentar o instrumento ao paciente e explicar como o exame será feito. Sugerimos usar o seguinte roteiro de explicação:

- diga que você testará a capacidade de ele sentir a vibração do diapasão em algumas partes do corpo;
- ative o diapasão e coloque o cabo na testa do paciente, explicando que aquela sensação é a vibração que será verificada;
- quando começar o teste, o paciente deve dizer primeiro se está sentindo a vibração. Se sim, o paciente deve avisar ao examinador quando sentir a vibração parar.

Após essa etapa, com os olhos fechados, ativamos o diapasão, colocamos seu cabo em uma **proeminência óssea** do paciente, perguntamos se ele está sentindo a vibração e pedimos que avise quando o diapasão parar de vibrar. Desse modo, comparamos o tempo de percepção de vibração do paciente e o do examinador. Caso o paciente perceba a vibração terminar antes do examinador, ele tem hipopalestesia. Se o paciente não percebe qualquer vibração na área, ele tem palestesia.



Avaliação da sensibilidade vibratória

Na avaliação da sensibilidade cinético-postural, devemos explicar o teste da seguinte maneira:

- diga que você testará a capacidade de ele saber a posição dos dedos, mesmo de olhos fechados;
- demonstre o teste, primeiro fazendo alguns movimentos no dedo para baixo e para cima e depois parando o dedo em uma das posições. Confirme com o paciente a posição (para cima ou para baixo).

Com os olhos do paciente fechados, executamos o teste no dedo indicador da mão e no hálux do pé, sempre bilateralmente. Não toque no dedo do paciente pela unha, mas sim pelas laterais do dedo. Caso o paciente não identifique a posição do dedo em várias tentativas, ele tem uma alteração na propriocepção.



Avaliação da sensibilidade cinético-postural

## 10.3. EXAME DA MOTRICIDADE

### 10.3.1. Exame do tônus muscular (motricidade passiva)

Antes de falarmos sobre força muscular, devemos comentar brevemente sobre tônus muscular, o estado de contração padrão dos músculos. Para determinar a presença de hipotonia (redução do tônus) ou hipertonia (aumento do tônus) muscular, usamos a avaliação da movimentação passiva: o paciente fica relaxado e o examinador executa vários movimentos nos membros do paciente, proximais e distais, para sentir o grau de resistência muscular.



Avaliação do tônus muscular

É mais comum encontrarmos aumento da resistência dos membros (hipertonia) com as manobras de movimentação passiva. As hipertônias podem ocorrer na forma de espasticidade (como nos acidentes vasculares cerebrais) ou de rigidez, em roda denteada (presente em síndromes parkinsonianas).

### 10.3.2. Exame da força muscular

Assim como a sensibilidade, o exame da força muscular é fundamental para a topografia de lesões neurológicas. Graduamos a força muscular por meio da escala da Medical Research Council (MRC), com seus seis graus de força (**Quadro 10.3**):

**Quadro 10.3:** Gradação da força muscular pela escala MRC

ESCALA MRC	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração muscular, sem movimento
2	Ausência de movimentos ativos contra gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade, mas sem qualquer resistência ao esforço (força contrária) do examinador
4	Movimento ativo contra gravidade com resistência parcial ao examinador
5	Movimento ativo contra gravidade com resistência total ao examinador (força normal)

Inicialmente, o examinador pede para o paciente fazer o movimento desejado, sem aplicar resistência. Depois, o paciente repete o movimento, mas então o examinador aplica uma força contrária ao movimento original. Essa etapa da resistência é essencial para graduar a força entre os graus 3 e 5 da MRC.

Em geral, avaliamos alguns movimentos específicos dos membros, que envolvem a contração de um ou vários músculos, e graduamos a força do movimento pela escala MRC, em ambos os lados. Esses são os movimentos de membros com maior relevância:



Avaliação de força muscular de membros superiores

- **Membros superiores:** abdução e adução dos braços; flexão e extensão dos antebraços; flexão e extensão dos punhos; flexão e extensão dos dedos.
- **Membros inferiores:** flexão e extensão de coxa; abdução e adução das coxas; flexão e extensão das pernas; flexão dorsal e plantar dos pés.

Além da avaliação por movimentos específicos, existem algumas manobras especiais para detecção de assimetria de força entre os lados do corpo (manobras deficitárias). Recomendamos o



Avaliação de força muscular de membros inferiores

uso de uma dessas manobras, chamada de desvio pronador, em que o paciente estende os dois braços para frente, em posição supina, e fecha os olhos. Caso haja fraqueza em um dos lados do corpo (hemiparesia), o braço fraco terá uma queda em relação ao braço normal, além de surgir uma leve pronação.



Teste do desvio pronador

## 10.4. EXAME DOS REFLEXOS

### 10.4.1. Exame dos reflexos profundos (miotáticos fásicos)

Considerado o equivalente clínico do reflexo fisiológico de estiramento muscular, utilizamos a evocação dos reflexos profundos para ajudar na topografia de lesões que afetam o sistema piramidal por intermédio de um martelo de reflexo. Dois padrões de resposta patológica são possíveis:

- Reflexos ausentes ou diminuídos (arreflexia/hiporreflexia), com respostas mais fracas aos estímulos. Sugerem lesões do sistema nervoso periférico;
- Reflexos patologicamente aumentados (hiperreflexia patológica), com respostas de grande amplitude após golpe, geralmente associadas a fenômenos como aumento de área de reflexo, resposta policinética e clônus. Sugerem lesões do sistema nervoso central.

Os principais reflexos profundos testados em membros superiores são o bicipital, o tricipital e o braquiorradial (estilorrádial).

Nos membros inferiores, os principais reflexos profundos são o patelar e o aquiliano.



Avaliação de reflexos de membros superiores



Avaliação de reflexos de membros inferiores

**Quadro 10.4:** Reflexos profundos mais importantes e suas respostas

Nome do reflexo	Resposta esperada
Reflexo bicipital	Flexão do antebraço
Reflexo tricipital	Extensão do antebraço
Reflexo braquiorradial	Discreta flexão do antebraço, do punho e dos dedos
Reflexo patelar	Extensão da perna
Reflexo aquiliano	Flexão plantar do pé

### 10.4.2. Exame dos reflexos cutâneos superficiais

Geralmente examinados em conjunto com os reflexos profundos, usamos na prática clínica apenas um deles: o reflexo cutâneo-plantar. Estimulamos a região plantar do pé com um instrumento de ponta romba, no sentido calcanhar-antepé, e avaliamos o movimento de resposta dos artelhos. A flexão dos artelhos é considerada normal.

Em lesões do trato piramidal, a resposta em flexão dos artelhos pode mudar para uma resposta em extensão, principalmente do hálux. Essa resposta patológica denomina-se sinal de Babinski.



Avaliação do reflexo cutâneo-plantar

## 10.5. EXAME DOS NERVOS CRANIANOS

A semiologia que envolve os nervos cranianos é muito rica e complexa, podendo gerar alguma confusão no aprendizado do exame neurológico. Para uma abordagem mais prática, destacaremos os testes mais relevantes para detecção de doenças neurológicas que envolvem os nervos cranianos. A correlação detalhada entre os possíveis achados nos testes e os locais de lesão não será foco deste capítulo, podendo ser mais bem explorada em livros sugeridos nas referências.

### 10.5.1. Campimetria visual manual (nervo óptico)

Usado para detectar alterações no campo visual, trata-se de um teste “beira de leite” que simula grosseiramente o que uma campimetria computadorizada faz. Consegue avaliar defeitos menores (como escotomas) a defeitos mais amplos (como hemianopsias), fornecendo informações valiosas sobre a localização de lesões na via óptica.

Para sua execução, usamos o **método de confrontação**: após alinhar nosso rosto ao rosto do paciente, o paciente fecha um dos olhos e o examinador fecha seu olho correspondente, para que ambos fiquem com um campo visual semelhante. Como exemplo, para testar o olho direito do paciente, o examinador orienta que a pessoa feche seu olho esquerdo, e depois alinha seu próprio olho direito ao olho direito do paciente. Antes de iniciar o teste, pedimos para o paciente fixar seu olhar no nariz do examinador, permitindo, assim, a avaliação da visão periférica.

Em seguida, mostramos um número de dedos para o paciente em cada quadrante do campo visual. O paciente deve dizer quantos dedos estão sendo mostrados. A contagem de dedos pode ser substituída pela identificação de movimentação de um dos dedos (perguntar se dedo está mexendo ou parado). Caso o paciente não consiga contar os dedos ou identificar a movimentação em um quadrante, há um defeito de visão naquela área.



Avaliação da  
campimetria manual

A avaliação da acuidade visual também deve ser feita com tabelas específicas para tal finalidade (Snellen, Rosenbaum).

### 10.5.2. Teste do reflexo pupilar fotomotor (nervos óptico e oculomotor)

O reflexo pupilar fotomotor é a diminuição do diâmetro da pupila após uma estimulação luminosa. Envolve o nervo óptico (eferência) e a porção parassimpática do nervo oculomotor (eferência),

os quais se comunicam por meio de fibras que saem do trato óptico e seguem para o núcleo do oculomotor, no mesencéfalo.

No reflexo pupilar fotomotor normal, há diminuição (contração) bilateral das pupilas após iluminação de apenas um dos olhos. Para isso, é necessário que:

- a visão do olho iluminado esteja preservada;
- não haja lesões no trajeto entre o nervo óptico e o mesencéfalo;
- não haja lesões em todo trajeto do nervo oculomotor.

Através de uma fonte de luz (lanterna), o examinador ilumina a pupila e observa a reação pupilar. Depois, faz o procedimento no mesmo olho, porém observa a reação da pupila contralateral. O mesmo teste é repetido no outro olho. É importante que haja uma barreira entre os olhos, feita com a mão, para impedir que a luz irradiada em um olho evoque o reflexo no outro olho.

A contração pupilar (miose) no mesmo olho iluminado se chama reflexo fotomotor direto, e a contração pupilar do olho contralateral como resposta à irradiação do outro olho se chama reflexo fotomotor consensual ou indireto.



Avaliação do reflexo fotomotor

Quando irradiamos um olho e não obtemos respostas fotomotoras direta e consensual bilateralmente, significa que provavelmente há um defeito aferente (uma anormalidade visual). Em situações em que há uma lesão no nervo oculomotor unilateral, surge uma dilatação fixa e excessiva (midríase) em uma das pupilas. Quando há desigualdade no tamanho das pupilas, chamamos de anisocoria.

### 10.5.3. Avaliação da motilidade ocular extrínseca (nervos oculomotor, troclear e abducente)

Dos 12 nervos cranianos, três deles são dedicados ao controle da movimentação dos olhos: o oculomotor (III), o troclear (IV) e o abdu-

cente (VI). O nervo troclear inerva o músculo oblíquo superior e faz o olho mexer para baixo diagonalmente, como quando olhamos para a ponta do próprio nariz. O nervo abducente inerva o músculo reto lateral e faz o olho mexer para a lateral, na direção da orelha. Todos os demais movimentos do olho são mediados pelo nervo oculomotor. Além de ser fundamental na contração pupilar e na movimentação do olho, o nervo oculomotor também promove a elevação da pálpebra; defeitos desse nervo podem causar queda palpebral, a **ptose**.

Para testarmos a movimentação dos olhos, pedimos ao paciente para seguir a ponta do dedo do examinador com os olhos (teste de perseguição ocular). O examinador move seu dedo nas direções dos pontos cardeais (cima, baixo, direita, esquerda, diagonais para cima, diagonais para baixo) ou traçando a forma de um “H” no ar, além do olhar para frente (olhar primário).

Quando houver falha na movimentação de algum músculo oculomotor, o examinador deverá identificar um desalinhamento no movimento dos olhos (estrabismo) no teste. O paciente pode se queixar de “visão dupla” (diplopia) quando surgir o desalinhamento.



Avaliação da motricidade ocular extrínseca por perseguição ocular

#### 10.5.4. Avaliação da sensibilidade tátil dolorosa facial (nervo trigêmeo)

O nervo trigêmeo é o principal responsável pela percepção sensitiva oriunda da face. Baseados em seus três principais ramos, definimos três territórios de sensibilidade para cada hemiface: V1, V2 e V3.

Devemos analisar a sensibilidade facial com a mesma estratégia usada no resto do corpo (vide subseção 10.2). Respeitando os três territórios do nervo trigêmeo, estimulamos através de toque leve (sensibilidade tátil) ou com alfinete (sensibilidade dolorosa) estas áreas: região frontal supraorbital



Avaliação da sensibilidade facial

(V1), região malar (V2) e região próxima ao queixo (V3). Devemos procurar por áreas de redução de sensibilidade na face (hipoestesia ou hipoalgesia).

### 10.5.5. Avaliação da mímica facial (nervo facial)

O nervo facial é uma estrutura complexa, com funções distintas, porém, sua principal função estudada no exame neurológico é a mímica facial.

Do ponto de vista prático, solicitamos ao paciente para **fechar os olhos, levantar as sobrancelhas, esboçar um sorriso bem largo e fazer um bico com os lábios**. Com essas manobras simples, avaliamos a movimentação dos andares superior (da região malar para cima) e inferior (abaixo da região malar) da face, assim como a simetria entre as duas hemifaces.

Essa estratégia permite, por exemplo, diferenciar entre a paralisia facial periférica (quando há alteração na mímica no andar superior e inferior de uma hemiface) e central (com perda de força apenas no andar inferior de uma hemiface). Portanto, o examinador deve estar atento a diferenças na movimentação entre os dois lados da face.



Avaliação da mímica facial

### 10.5.6. Avaliação da acuidade auditiva (nervo vestibulococlear)

Mesmo sendo mais bem avaliada pela Otorrinolaringologia, podemos usar alguns testes de beira do leito para avaliar a acuidade auditiva dos pacientes. Caso haja queixa de perda auditiva, podemos usar o teste da voz sussurrada (examinador fala baixo perto de cada ouvido e confere se paciente ouviu).

Testes clássicos para avaliar alterações auditivas, como o de Weber e de Rinne, têm sido cada vez menos utilizados na prática clínica de neurologistas pela baixa acurácia diagnóstica em detectar perda

auditiva, em comparação com a audiometria. Além disso, quando esses testes são executados com diapasão de frequência menor que 256 Hz, tornam-se menos eficazes.

### 10.5.7. Avaliação da voz (nervos glossofaríngeo e vago)

A voz do paciente pode demonstrar disfunções importantes, às vezes características de determinadas síndromes neurológicas. Tanto lesões cerebrais quanto em nervos cranianos associados à fala (nervos glossofaríngeo e vago) podem causar dificuldades na articulação das sílabas e palavras (disartria).

Para avaliação simples da voz, devemos observar a presença de dificuldades na articulação das sílabas e palavras (disartria) durante a anamnese. A articulação da voz pode ser mais bem explorada pedindo para o paciente repetir várias vezes as sílabas “PE”, “TE” e “CA”.

Além disso, podemos notar se a fala é de baixo volume e monotônica (hipofonia das síndromes parkinsonianas) ou se há frequente mudança no tom e intensidade da voz, como na fala escandida das síndromes cerebelares.

### 10.5.8. Avaliação do movimento da língua (nervo hipoglosso)

A mobilidade da língua tem grande importância no processo de fonação e deglutição e é coordenada pelo nervo hipoglosso. A maneira mais simples de avaliar essa função é observando os movimentos voluntários da língua fora da boca (em protrusão), na direção dos pontos cardeais (parada, direita, esquerda, cima, baixo). A língua também deve ser observada em repouso dentro da boca.

Nessa avaliação, devemos observar se a língua está desviada para algum lado, seja em repouso ou em protrusão. Apenas as lesões do nervo hipoglosso causam essas assimetrias, pois a inervação central é bilateral.



Avaliação da movimentação da língua

## 10.6. EXAME DA COORDENAÇÃO E EQUILÍBRIO

A coordenação e o equilíbrio estático/dinâmico refletem as funções do cerebelo e das vias que entram ou saem dessa região do encéfalo. Disfunções em tais estruturas causam o que chamamos de **ataxia**, alterações na coordenação dos membros, do corpo, dos olhos e dos reflexos posturais.

### 10.6.1. Exame da coordenação de membros superiores

Para testar a presença de ataxia dos membros superiores, usamos as provas **índex-nariz** e a dos movimentos alternados (**diadococinesia**). Esses testes são feitos com o paciente de olhos abertos.

Na prova **índex-nariz**, pedimos para o paciente tocar alternadamente a ponta de seu dedo indicador na ponta de seu próprio nariz e na ponta do dedo do examinador várias vezes; avaliamos se há decomposição do movimento e se o paciente acerta os alvos sem erros. Se houver alteração na prova **índex-nariz**, o paciente tem **dismetria** naquele membro.

Na prova dos movimentos alternados, pedimos para o paciente tocar as superfícies dorsal e palmar da mão sobre sua própria coxa, de modo alternado (pronação e supinação das mãos) por alguns segundos. Fisiologicamente, essa tarefa deve ser realizada sem erros. Erros na sequência de movimentos alternados ou demora excessiva para executá-los indicam **disdiadococinesia**.



Avaliação da coordenação apendicular

A presença de dismetria e disdiadococinesia em um paciente sugerem **ataxia de origem cerebelar**.

### 10.6.2. Exame do equilíbrio estático e dinâmico

Para avaliação do equilíbrio estático, usamos o clássico teste de Romberg, que explora nossa capacidade de manter estável o centro

de gravidade corporal, mesmo privados da visão e de mecanismos de ajuste postural. Pedimos ao paciente para ficar em pé, com os pés juntos, braços cruzados e olhos abertos por cerca de 20 segundos. Observamos se o paciente persiste estável nessa postura. Depois, o paciente deve manter a posição e fechar os olhos durante mais 20 segundos. Fique perto do paciente para segurá-lo, caso haja queda.



Teste de Romberg

Consideramos um teste “positivo” quando a manobra provoca a iminência de queda ou queda do paciente. Não consideramos teste positivo se houver oscilações ou movimentos pendulares leves do corpo. O teste de Romberg positivo sugere alteração na propriocepção, indicando **ataxia sensitiva**.

Em seguida, avaliamos o equilíbrio dinâmico por meio da marcha. Além do equilíbrio, podemos observar vários aspectos da marcha, como velocidade, balanço dos braços, dinâmica dos passos e força da musculatura distal das pernas.

Inicialmente, avaliamos a marcha espontânea (normal), incluindo os momentos de viradas. Podemos testar uma forma mais desafiadora de andar, a marcha *tandem*, em que o indivíduo anda “pé ante pé” (ponta do calcanhar tocando o hálux do outro pé) em casos com maior suspeita de ataxia.



Avaliação da marcha normal e tandem

Um ponto importante da avaliação do equilíbrio é a distância entre os pés durante o repouso em pé (ortostase) e as marchas. Nas lesões cerebelares, é comum haver um aumento da distância entre os pés para aumentar a base do corpo e estabilizar o centro de gravidade, tanto no repouso em pé quanto na marcha.

## 10.7. EXAMES ADICIONAIS RELEVANTES

Adicionaremos aqui a descrição de dois testes úteis para a detecção de doenças musculoesqueléticas que podem afetar estruturas

nervosas, como raízes relacionadas à coluna cervical e lombossacral, respectivamente.

Quando houver queixa de dor na região cervical, devemos executar o teste de Spurling (ou teste de compressão foraminal) para avaliação de radiculopatia cervical. O examinador inclina a cabeça do paciente para um dos lados e faz leve compressão da cabeça para baixo; depois, o teste é repetido com a cabeça inclinada para o outro lado. Caso haja compressão de raiz, o paciente terá parestesias ou dor irradiando para o membro superior do mesmo lado que a cabeça foi inclinada.

Quando houver queixa de dor lombar, executamos o teste de Lasègue para avaliação de radiculopatia lombossacral. O examinador ergue lentamente a perna do paciente, que deve estar estendida. Caso haja dor lombar com irradiação para região posterior da coxa enquanto a perna está elevada entre 30 e 70°, há sugestão de compressão de raiz. Se a dor surgir antes de 30° ou após 70° de elevação da perna, o achado tem pouco significado clínico. O teste deve ser feito bilateralmente.

## 10.7. COMO ESCOLHER O TESTE PARA MEU PACIENTE?

Além de conhecer os testes mais importantes, devemos entender como aplicá-los. Por meio de um sistema de grupo de queixas mais comuns para o generalista, sugerimos um esquema de exame neurológico.

### 10.7.1. Paciente com fraqueza

#### 10.7.1.1. Paciente com fraqueza generalizada (no corpo todo)

Em casos em que o paciente refere perda de força nos dois lados do corpo, devemos suspeitar de uma doença que afeta o **sistema nervoso periférico** (raiz, nervo, junção neuromuscular, músculo). Nesses quadros, as **neuropatias periféricas** são as causas mais comuns.

A avaliação de força muscular deve ser feita para confirmar se há redução de força (grau igual ou menor que 4) e se o quadro é simétrico ou não. Para confirmar uma doença do sistema nervoso periférico, acrescente o exame de reflexos profundos (que devem estar hipoativos ou ausentes) e de sensibilidade (que deve mostrar hipoestesia, geralmente pior em pés e mãos). Sugerimos a realização de sensibilidade tátil e vibratória nesse caso.

#### 10.7.1.2. Paciente com fraqueza de um lado do corpo

Em casos em que o paciente refere perda de força apenas em um dos lados do corpo, devemos suspeitar de uma doença que afeta o **sistema nervoso central**, principalmente um dos hemisférios cerebrais (contralateral ao lado fraco). Nesses casos, os **acidentes vasculares cerebrais** são as causas mais comuns.

Como descrito, a avaliação de força muscular evidenciará fraqueza assimétrica em um dos lados, e a manobra do desvio pronador será de grande valia. A avaliação de reflexos profundos pode mostrar hiperreflexia e, no reflexo cutâneo-plantar, surgimento de resposta em extensão no lado fraco. A sensibilidade tátil é suficiente para se explorar a hipoestesia no lado fraco, que também deve incluir a face (V1, V2 e V3). Além disso, é essencial avaliar a presença de paralisia facial de padrão central com a avaliação da mímica facial.

#### 10.7.1.3. Paciente refere “fraqueza”, mas está lento

Às vezes, os pacientes interpretam a lentificação dos movimentos do corpo (bradicinesia) como fraqueza, mesmo havendo força muscular normal ao exame. Devemos então explorar a presença de **parkinsonismo** (combinação entre bradicinesia e outros sintomas, como rigidez muscular e tremor).

Nesses casos, devemos avaliar a velocidade de movimento pedindo para o paciente abrir e fechar as mãos várias vezes. A rigidez

em roda denteada é detectada com a avaliação do tônus muscular. Os tremores podem ser visualizados pedindo para o paciente fechar os olhos e manter as mãos em repouso sobre as coxas e com a prova *index-nariz*.

### 10.7.2. Paciente com dormência (ou formigamento)

Podemos dividir esses pacientes em duas categorias de fraqueza: dormência nos dois lados e apenas em um dos lados. A mesma abordagem das fraquezas (exame de força muscular e reflexos) pode ser feita, porém com maior ênfase na avaliação da sensibilidade. Nas suspeitas de doença no sistema nervoso periférico, compare a sensibilidade de regiões mais distais (pés, mãos) com proximais (coxas, braços).

### 10.7.3. Paciente com falta de coordenação ou desequilíbrio

Falta de coordenação, desequilíbrio, quedas repetidas e tontura são queixas muito vagas e causadas por inúmeras doenças. O exame neurológico pode mostrar se há evidências de tais queixas terem origem no sistema nervoso, em especial por problemas cerebelares ou na propriocepção. Todos os testes descritos na subseção 10.6 devem ser realizados. Se houver dismetria, disdiadocinesia, aumento da distância entre os pés e marcha instável, devemos investigar as **ataxias cerebelares**. Caso haja pouca alteração nesses outros testes, mas com teste de Romberg positivo, suspeitamos de **ataxia sensitiva**, e o exame de sensibilidade deve ser feito com rigor, priorizando as sensibilidades vibratória e cinético-postural.

### 10.7.4. Paciente com alteração em nervos cranianos

Em nervos cranianos, a queixa do paciente deve guiar o exame. Citamos aqui alguns sintomas relacionados comuns:

- Caso haja **alteração visual**, executamos a campimetria e acuidade visual, assim como o teste do reflexo fotomotor.

- Caso haja **visão dupla** ou **ptose**, deve ser feito teste do reflexo fotomotor e avaliação da perseguição ocular.
- **Dormência** ou **paralisia na face** devem ser exploradas conforme descrito para nervos trigêmeo e facial.
- **Alterações na audição** podem ser triadas com o teste da voz sussurrada, com posterior encaminhamento para audiometria.
- **Alterações na voz** podem ser exploradas com os fonemas “PE-TE-CA”, mas também com avaliação do movimento da língua e mímica facial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bill J, Gruener G, Brazis PW. DeMyer's The Neurologic Examination: A Programmed Text. 6a ed. New York: McGraw Hill Medical; 2011.

Campbell WW. DeJong: o Exame Neurológico. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Nicholl DJ, Appleton JP. Clinical neurology: why this still matters in the 21st century. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2015;86(2):229-33.

# 11. O EXAME MUSCULOESQUELÉTICO

Cezar Augusto Muniz Caldas

Rodrigo Barros Fonseca

Liane Gaby Gaia

Rafael Reis do Espírito Santos

## 11.1. INTRODUÇÃO

As dores musculoesqueléticas podem ocorrer em condições agudas e crônicas, ser localizadas ou difusas, decorrentes do comprometimento de estruturas articulares, tendíneas, ósseas, dos músculos e suas fáscias. Sendo assim, a realização cautelosa e organizada do exame físico é fundamental para o correto diagnóstico das afecções desse sistema na rotina médica.

Neste capítulo, há a descrição de exames e manobras a serem feitas durante a avaliação das queixas musculoesqueléticas, os quais serão divididos em duas etapas principais: (a) exame geral do sistema musculoesquelético; e (b) exames específicos do sistema musculoesquelético.

É válido destacar que não é esperado que todas as manobras descritas aqui sejam executadas em todos os pacientes, mas que a história clínica (anamnese), realizada de forma completa, cronológica e organizada guie a realização dos testes específicos a serem feitos de acordo com cada suspeita clínica.

## 11.2. EXAME GERAL DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Nessa fase inicial, a **inspeção**, a **palpação** e a **amplitude de movimento** são características fundamentais a serem avaliadas, fornecendo dados que, combinados com a história progressiva e atual do paciente, são capazes de direcionar o melhor prosseguimento do exame musculoesquelético.

### 11.2.1. Inspeção

Busca-se, sempre de forma comparativa, por alterações relacionadas à (1) **simetria**: observar se há presença de deformidades, atrofia muscular, alterações de postura ou forma; a (2) **edema**: inspecionar se há presença de “inchaço”, seja localizado ou difuso – o aumento de volume articular pode ser decorrente de uma sinovite, um edema devido a derrame articular ou membrana articular espessada –; e a (3) **alterações na pele**: observar se há alterações de cor, eritema (vermelhidão) ou contusões. É importante destacar que mesmo as articulações inflamadas (artrite) geralmente não estarão avermelhadas na prática clínica. Quando esse achado está presente, é associado a infecções e/ou artrite por cristal.

### 11.2.2. Palpação

Durante a palpação, busca-se avaliar a presença de alterações relacionadas à temperatura e à sensibilidade da região investigada. O aumento ou diminuição de **temperatura** deve ser investigado por meio da palpação da região. O calor articular é um achado objetivo e depende da gravidade da inflamação manifestada. Já a **sensibilidade à palpação** deverá ser investigada e classificada em difusa ou localizada. Se difusa, deve-se investigar a estrutura subjacente que pode estar envolvida com tal alteração. Apenas a sensibilidade dolorosa (artralgia) não configura artrite, se não houver outros achados de anormalidades visíveis e palpáveis associados.

### 11.2.3. Amplitude de movimento

Essa etapa é dividida em duas fases: a de **movimentação ativa** e a **passiva**. A **movimentação ativa** consiste em movimentos iniciados pelo paciente, a fim de observar a presença de alguma limitação de movimento ou a presença de dor. Esse movimento testa a função do membro de forma integrada (avaliação de inervação, músculos, tendões e mobilidade articular). A **movimentação passiva** corresponde à etapa iniciada pelo examinador e possui como função avaliar e testar a mobilidade articular. É importante realizá-la com cuidado para não causar desconfortos exagerados ao paciente.

## 11.3. EXAMES ESPECÍFICOS DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Nessa etapa, levando em consideração a realização da coleta da anamnese e exame físico geral do sistema musculoesquelético, serão feitos exames direcionados e manobras específicas para cada queixa ou hipótese diagnóstica considerada pelo examinador.

### 11.3.1. Exame físico das mãos e punhos

Avalia-se presença ou não de deformidade, como desvio ulnar dos quirodáctilos, polegar em “Z”, dedos em “boutonnière”, dedos em “pescoço de cisne”, estes relacionados com a artrite reumatoide. Avalia-se a presença de nódulos, por exemplo, os de Heberden e Bouchard, relacionados à osteoartrite. Deve-se avaliar, também, edema visível ou atrofia da região dorsal e palmar, como as que ocorrem em atrofia de músculos interósseos e neuropatias, respectivamente.

Palpe as articulações em busca de sinais flogísticos, para verificar a consistência óssea dos nódulos de Heberden e de Bouchard, assim como a consistência mais macia de nódulos reumatoides ou mesmo nódulos em face palmar, como os que ocorrem nas tenosinovites estenosantes dos flexores dos dedos.

Fazer uma pequena flexão para a abertura do espaço articular auxilia na palpação das articulações interfalangeanas (IF) e metacarpofalangeanas (MCF). Pode-se realizar o **teste de atrito** da primeira articulação carpometacarpal, realizando a rotação suave do primeiro metacarpo sobre o osso trapézio do paciente. Dor ou crepitação podem indicar rizartrrose.



Avaliação da  
mão e punho

A próxima etapa corresponde à palpação do punho. Assim como as articulações dos dedos, realizar uma flexão parcial do punho auxilia na palpação, que pode ser executada com os polegares do examinador, iniciando pela face dorsal do punho e estendendo-se à sua face ventral. O paciente deve ser orientado a executar a abertura e fechamento das mãos (extensão e flexão dos dedos) e avaliar se as articulações IF distais, IF proximais e MCF se flexionam e estendem normalmente e por completo. Na suspeita de síndrome do túnel do carpo, podem-se realizar os testes de Tinel e Phalen.

- **Teste de Tinel:** corresponde à presença de sintomas durante a percussão repetida sobre o nervo mediano ao passar pelo túnel do carpo. É positivo quando há dor irradiada para o primeiro, segundo e terceiro quirodáctilos.
- **Teste de Phalen:** corresponde à presença de sintomas, no território do nervo mediano, durante os primeiros 60 segundos na posição de flexão completa das mãos, uma contra a outra.

Outro diagnóstico comum na região é a tenossinovite de De Quervain, a qual pode ser testada através da **manobra de Finkelstein**, quando o examinador realiza o desvio ulnar do punho, estando o polegar flexionado sob os quatro dedos. O teste é positivo quando há dor no nível da tabaqueira anatômica testada. Lembre-se que muitas pessoas apresentam resultado “positivo” para esse teste. Portanto, deve ser levada em consideração a queixa clínica do paciente para a correta interpretação.

### 11.3.2. Exame físico dos cotovelos

Avalia-se a presença ou não de edema, deformidades e da pequena depressão normal entre o olécrano e epicôndilo lateral, a qual é visível, principalmente, durante a extensão completa.

Ao palpar o cotovelo, busca-se localizar os epicôndilos e o olécrano, sedes das principais doenças que acometem essa região. Os epicôndilos normalmente estão doloridos nos processos inflamatórios (epicondilites). Por outro lado, o olécrano geralmente se apresenta doloroso em casos de fraturas.



Avaliação do cotovelo

Na movimentação, o paciente deve ser instruído a executar os movimentos de flexão, extensão, pronação e supinação.

As epicondilites são afecções muito comuns na prática diária, sendo a epicondilite medial testada por meio do teste para epicondilite medial. A epicondilite lateral é testada pelo teste de Cozen.

- **Teste de epicondilite medial:** realizar flexão do punho contra resistência, com o antebraço pronado.
- **Teste de Cozen:** realizar extensão do punho contra resistência, com o antebraço pronado.

### 11.3.3. Exame físico dos ombros

Inspecionam-se as características anatômicas dos ombros anteriormente, lateralmente e posteriormente. O paciente poderá estar sentado ou em pé. Pode-se iniciar a palpação no nível da articulação esternoclavicular, seguindo pela palpação da clavícula (em busca de calosidades, crepitações ou pontos dolorosos), articulação acromioclavicular, região subacromial, finalizando pela palpação da musculatura do deltoide e cabeça longa do bíceps.

Ao avaliar a movimentação, deve-se observar a flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa dos ombros. Deve-se ter em mente as principais estruturas relacionadas a cada um dos movimentos. Obviamente, existe sobreposição de estruturas e movimentos que são realizados por mais de um grupamento musculotendíneo. Contudo, no geral, relaciona-se o músculo supraespinhoso com a flexão e abdução, o infraespinhoso com a rotação externa e o subescapular com a rotação interna.



Avaliação do ombro

Havendo suspeita de síndrome do impacto, em especial pela dor à flexão acima do nível dos ombros, pode-se lançar mão dos testes de Neer e Hawkins-Kennedy, além de verificar a integridade do tendão do músculo supraespinhoso pelo teste de Jobe.

- **Teste de Neer:** realizar a flexão passiva do ombro até 180°, com o ombro em rotação interna.
- **Teste de Hawkins-Kennedy:** realizar flexão do ombro e cotovelo a 90° e rotacionar internamente o ombro.
- **Teste de Jobe:** ombros a 90° de abdução e 30° de adução horizontal, cotovelos estendidos e polegares para baixo. O paciente tenta elevar os membros e o examinador realiza uma força contrária. Diferente dos demais testes de ombros, o teste de Jobe positivo não corresponde ao desencadeamento de dor ao nível do ombro, mas se o examinador nota diferença de força na abdução, indicando que o lado mais fraco pode estar com rotura do tendão do músculo supraespinhoso.

Ao suspeitar de acometimento dos demais tendões do manguito rotador, os testes a se considerar são: (1) para o bíceps, testes de Speed e Yergason; (2) para o infraespinhoso, o teste de Patte; e (3) para o subescapular, o teste de Gerber.

- **Teste de Speed:** ombro flexionado a 90°, o cotovelo quase estendido por completo e aplica-se uma resistência à flexão do cotovelo.
- **Teste de Yergason:** o cotovelo é flexionado até 90°, sendo estabilizado próximo ao tórax. O examinador segura a mão do paciente em posição de aperto de mãos e solicita que ele realize uma supinação contra resistência.
- **Teste de Patte:** com o ombro abduzido a 90° e o cotovelo flexionado também a 90°, o examinador apõe sua mão contra a face dorsal da mão do paciente e solicita que ele faça uma rotação externa. O examinador realiza uma força contrária.
- **Teste de Gerber:** solicita-se que o paciente posicione o dorso da sua mão na região lombar e que a afaste. O examinador colocará sua mão sobre a mão do paciente e fará uma força contrária.

#### 11.3.4. Exame físico da coluna cervical

Ao inspecionar a coluna cervical, principalmente observando o paciente pelas costas ou lateralmente, deve-se procurar por postura adequada, alinhamento, assimetrias ou deformidades, presença da lordose cervical normal, além de características da pele e erupções cutâneas.

A palpação terá início a partir da localização da protuberância occipital maior, buscando-se avaliar a presença ou não de sensibilidade. Seguirá pela linha média ao longo dos processos espinhosos e deverá ser realizada a palpação dos músculos da região, sede comum de torcicolos e contraturas.



Avaliação da  
coluna cervical

Durante a movimentação da coluna cervical, os movimentos a serem solicitados ao paciente são: flexão, extensão, rotação direita e esquerda e flexão lateral (inclinação lateral para cada ombro).

Havendo suspeita de cervicobraquialgia, o exame neurológico de motricidade, sensibilidade e reflexos em membros superiores deverá ser realizado (vide Capítulo 10).

### 11.3.5. Exame físico da coluna torácica e lombar

As colunas torácica e lombar foram agrupadas pois, na prática, ambas são examinadas ao mesmo tempo.

Na inspeção, o exame é rigorosamente igual ao da coluna cervical, incluindo aqui a pesquisa por desvios laterais (escoliose), nivelamento dos ombros e quadris e a marcha do paciente. Havendo escoliose, solicita-se que o paciente se curve para frente e, caso desapareça o desvio, há um forte indicativo de escoliose de origem postural.

Os processos espinhosos, assim como a musculatura paravertebral, devem ser palpados em busca de abaulamentos ou pontos dolorosos, desde as vértebras torácicas superiores até o sacro.

A movimentação da coluna torácica basicamente se resume à movimentação “em alça de balde” das costelas com as vértebras. A maneira de avaliar tal amplitude de movimento é através da **variação da circunferência torácica**, usando uma fita métrica posicionada no nível dos mamilos, medindo a circunferência torácica na inspiração e na expiração forçadas. A variação normal é maior do que 5 cm. Não há necessidade dessa avaliação na maioria das situações corriqueiras da prática clínica, porém, pode ser particularmente importante na suspeita ou acompanhamento de pacientes com espondiloartrites.

Na coluna lombar, os movimentos são: flexão, extensão, flexão lateral, rotação lombar à direita e à esquerda.

À semelhança da cervicobraquialgia, havendo suspeita de lombociatalgia, o exame específico da coluna lombar, incluindo o exame neurológico, deverá ser realizado (vide Capítulo 10).



Coluna lombossacra e torácica

Na hipótese diagnóstica de espondiloartrite, além da manobra de variação do perímetro torácico já descrita, o **teste de Schöber** também é indicado. O teste ajuda a quantificar a flexão da coluna lombar, sendo realizado da seguinte forma: com o paciente em pé, marca-se o ponto inferior no nível da junção lombossacral (altura das cristas ilíacas) e, utilizando uma fita métrica, o ponto superior 10 cm acima desse nível. Pede-se para que o paciente realize a flexão da coluna lombar e a distância entre os dois pontos é medida novamente. O normal é que haja variação igual ou maior a 5 cm entre a primeira e segunda medida.

### 11.3.6. Exame físico do quadril e articulação sacroilíaca

O natural é que o quadril deva ser inspecionado de forma concomitante à coluna lombar. Por outro lado, existem pontos específicos que devem ser lembrados e palpados: na região posterior, palpar as articulações sacroilíacas (em especial nas suspeitas de espondiloartrites) e, lateralmente, palpar na região posterior ao grande trocânter, em busca de ponto doloroso que remeta à bursite trocântérica.

A movimentação do quadril normalmente é feita com o paciente deitado, constando de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa, sendo os movimentos de rotação realizados com o quadril e joelho a 90°.

Um teste que é válido lembrar para o exame do quadril e articulações sacroilíacas é o **teste de Patrick** ou **FABERE** (acrônimo de flexão, abdução, rotação externa do quadril): com o paciente em decúbito dorsal, solicita-se que ele “realize um quatro” (flexão do quadril e joelho a 90°) com o pé posicionado sobre o joelho contralateral. O examinador deverá apoiar uma mão no joelho fletido e a outra no quadril oposto e exercer uma pressão com ambas as mãos contra a mesa de exame.



Avaliação  
do quadril

A dor no nível da região inguinal ipsilateral indica patologia coxofemoral e a dor na região lombossacral contralateral pode indicar acometimento de articulação sacroilíaca; dependendo do contexto clínico, deve-se considerar a hipótese de espondiloartrite. A dificuldade de abduzir a coxa também pode refletir o encurtamento da musculatura adutora do quadril.

### 11.3.7. Exame físico do joelho

Durante a inspeção, avaliam-se as habituais lesões de pele, sinais inflamatórios, deformidades ou mau alinhamento (*genu valgum*, *genu varum* ou *genu recurvatum*), derrames pequenos, médios ou grandes (bursa pré-patelar, regiões medial, superolateral e suprapatelar) e deformidade nos músculos do quadríceps (contraídos e relaxados).

A palpação é particularmente importante, pois existem diversas estruturas periarticulares na região que podem simular doenças articulares. Por exemplo:

- dor no polo superior da patela sugere tendinopatia do tendão do quadríceps;
- dor no polo inferior da patela indica inflamação do ligamento patelar;
- dor na interlinha articular do joelho pode indicar lesão meniscal;
- dor localizada, cerca de 1 cm abaixo da interlinha articular, na face medial do joelho, sugere bursite da pata de ganso.

Como trata-se de uma grande articulação, é mais fácil verificar que a articulação normal é um pouco mais fria do que as adjacências. Quando a articulação está com a mesma temperatura da perna ou da coxa, já podemos considerar que o joelho está com aumento de temperatura.

A patela deve ser mobilizada, podendo ser observado deslocamento excessivo, como encontrado nas síndromes de hipermobili-

dade, ou mesmo patelas fixas, encontradas em doenças com grave acometimento articular, como a osteoartrite. A presença de derrame articular pode ser percebida pelo **teste de pressão patelar**, em que, com o joelho em extensão, a mão esquerda do examinador desloca o líquido do recesso suprapatelar e os dedos da mão direita pressionam a patela contra o fêmur. Na presença de líquido, é notada a flutuação da patela (sinal da tecla positivo).

Os movimentos que podem ser testados no joelho são: flexão, extensão, rotação interna e externa.

Nas suspeitas de lesão de menisco, como nos casos em que o paciente se queixa de sensação de que o joelho trava, os testes de Apley e McMurray podem ajudar. O teste de Apley é mais fácil de executar, sendo, portanto, preferido.



Avaliação do joelho

- **Teste de Apley:** com o paciente em decúbito ventral e joelho flexionado a 90°. O examinador estabiliza a coxa do paciente com o seu joelho ou uma das mãos e, com a outra, rotaciona interna e externamente a tibia enquanto aplica uma força compressiva (contra a mesa de exame) no pé do paciente. O teste é positivo quando, durante a compressão, o paciente refere dor no nível do joelho. A posição do calcanhar indica o menisco acometido: quando a dor ocorre enquanto o calcanhar está direcionado para a lateral, remete à lesão de menisco lateral. Quando o calcanhar está direcionado para a região medial, denota lesão do menisco medial.

Podemos suspeitar de lesão de ligamento cruzado anterior ou posterior após episódios de trauma, em especial quando o mecanismo descrito é do pé do paciente preso ao solo enquanto o joelho “roda” sobre si. É comum que o paciente, posteriormente, desenvolva uma sensação de instabilidade do joelho acometido, como episódios de “falha”. Para avaliar

esta possibilidade no exame físico, o teste da gaveta é o mais comumente utilizado.

- **Teste da gaveta anterior e posterior:** com o paciente em decúbito dorsal, o examinador posiciona o joelho do paciente em 90° e se senta sobre os pés do examinado. Então, realiza o movimento de deslocamento anterior (gaveta anterior) e posterior (gaveta posterior) da tibia. O teste é positivo quando o examinador nota o deslocamento da tibia, por vezes notando um ressalto logo abaixo da patela.

Os ligamentos colaterais do joelho também podem ser acometidos por processos traumáticos ou degenerativos, sendo avaliados pelas **manobras de estresse em valgo** (para o colateral medial) e **varo** (para o colateral lateral). A frouxidão desses ligamentos pode ser constitucional, devendo sempre ser testados de maneira comparativa com o outro lado.

### 11.3.8. Exame físico dos pés e tornozelos

Na inspeção, deve-se estar atento, mais especificamente, à presença de proeminências em base de metatarsos ou calosidades, edema perimaleolar, deformidades dos dedos e alterações de marcha.

A palpação dos pés deve ser realizada de maneira atenta e direcionada pela queixa do paciente, tentando identificar as estruturas acometidas:

- dor à palpação no nível das cabeças dos metatarsos pode indicar a sobrecarga dessas estruturas;
- dor ao longo do metatarso pode indicar fraturas;
- dor em região medial e plantar do calcâneo pode ser devido à fasciíte plantar;
- dor posterior ao calcâneo pode corresponder a uma tendinopatia do tendão de Aquiles.

O tornozelo apresenta movimentação limitada devido ao complexo de maléolos, ligamentos e tendões que lhe estabilizam. Seus movimentos são de dorsiflexão, flexão plantar, inversão (“virar o pé para dentro”) e eversão (“virar o pé para fora”).



Avaliação do pé e tornozelo

Assim como nos joelhos, o teste de gaveta no tornozelo pode indicar instabilidades ou frouxidão ligamentares. Nesse teste, o examinador deve estabilizar o tornozelo em 20° de flexão plantar com uma mão e, com a outra, deslizar o calcâneo anteriormente. O deslize excessivo anteroposterior é considerado positivo para lesão do ligamento talofibular anterior.

Devido à dificuldade de individualizar, ao exame, cada articulação metatarsofalangeana, a realização do teste do aperto pode dar uma ideia geral sobre o acometimento de alguma dessas articulações.

- **Teste do aperto (*squeeze*):** com uma mão, o examinador aplica uma pressão direta e junta as cabeças metatarsais, pressionando-as com firmeza. O teste não indica o que está ocorrendo exatamente, dependendo do contexto clínico. Por exemplo, sendo o paciente portador de artrite reumatóide, o teste positivo (dor) pode indicar que há sinovite nas metatarsofalangeanas. Se a história é de dor ou parestesia irradiada para os dedos, o teste pode indicar neuroma de Morton.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cooper G, Herrera J. Manual de Medicina Musculoesquelética. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Brenol C, Torigoe D, Romeiro L, Mota L. Manual Exame Físico em Artrite Reumatóide. São Paulo: Abbvie; 2015.

Lawry V. Exame Musculoesquelético Sistemático. Porto Alegre: AMGH; 2012.

McRae R. Exame Clínico Ortopédico. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Pestana EMD. Coleção Articular Membros inferiores. São Paulo: Editora ConectFarma Produções Científicas; 2013.

Pestana EMD. Coleção Articular Membros Superiores. São Paulo: Editora ConectFarma Produções Científicas; 2013.

Pestana EMD. Coleção Articular Coluna e Anatomia Aplicada. São Paulo: Editora ConectFarma Produções Científicas; 2013.

Ribak S. Dicionário de Testes e Sinais do Membro Inferior. São Paulo: PhOENIX; 2002.

Ribak S. Dicionário de Testes e Sinais do Membro Superior. São Paulo: PhOENIX; 2002.

## 12. O EXAME DERMATOLÓGICO

Carla Andréa Avelar Pires  
Renata Mie Oyama Okajima  
Diego de Sousa Sena  
Giovanna Coutinho Jardim

### 12.1. INTRODUÇÃO

A semiologia dermatológica é um processo fundamental na avaliação clínica global dos pacientes. As etapas da história clínica, inspeção e palpação são primordiais no processo diagnóstico de doenças que afetam a pele, seus anexos e mucosas e podem ser complementadas com técnicas de semiologia armada.

### 12.2. EXAME DERMATOLÓGICO

Recomenda-se que seja realizado em ambiente iluminado, preferencialmente por luz natural, no sentido cefalocaudal, envolvendo todo o corpo e não somente a área onde a queixa do paciente está localizada. Pele, mucosas, unhas, cabelos e pelos são avaliados durante **quatro etapas fundamentais**: inspeção, palpação, digitopressão e compressão. Cada uma delas será explicada ao paciente antes do início de sua execução.

- **Inspeção:** essa etapa precisa ser executada em ambiente reservado e com boa luminosidade. Inicialmente, a visualização das lesões ocorre a uma distância de cerca de 1,5 metro para observação da distribuição geral no tegumento e, posteriormente, os detalhes devem ser examinados a curta distância.

- **Palpação:** permite avaliar consistência, elasticidade, limite, mobilidade, por vezes a profundidade, presença de dor à palpação e temperatura.
- **Digitopressão (vitropressão):** consiste na interrupção momentânea de sangue no local de interesse, e pode ser realizada com a pressão dos dedos (digitopressão) ou de lâmina de vidro (vitropressão). Auxilia na diferenciação entre eritema e púrpuras.
- **Compressão:** etapa apropriada para avaliar edema de membros inferiores, dermatografismo e infiltrações cutâneas.

Na etapa da inspeção, são identificadas as lesões elementares (tipo, distribuição, arranjo, morfologia, tamanho e localização).

## 12.3. LESÕES ELEMENTARES

Diversos fatores podem agredir a pele: agentes infecciosos, alergias, traumas e outras condições. E embora a etiologia possa variar bastante, a pele possui um número limitado de respostas morfológicas como forma de reação, que são classicamente conhecidas como lesões elementares. Reconhecer as lesões elementares é um ponto-chave no estudo da dermatologia, pois é a partir delas e de suas combinações que se identificam características morfológicas que irão ajudar a diagnosticar síndromes e afecções específicas. Elas dividem-se em lesões elementares primárias e secundárias.

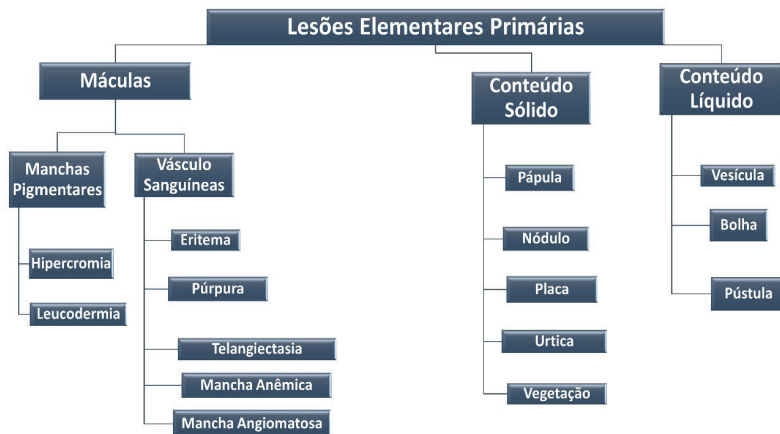
### 12.3.1. Lesões elementares primárias

Podem ser divididas em três grandes grupos (**Figura 12.1**):

- **Máculas ou manchas:** correspondem a toda e qualquer alteração de coloração da pele. Não apresentam relevo nem consistência e podem ser de dois tipos, de acordo com a origem: pigmentares ou vasculossanguíneas.

- **Conteúdo sólido:** lesões que surgem pelo aumento do número ou tamanho de células, assim como das estruturas originais ou não da pele.
- **Conteúdo líquido:** lesões que se apresentam com conteúdo líquido organizado e bem delimitado.

**Figura 12.1:** Esquematização da identificação de lesões elementares primárias



### 12.3.1.1. Máculas ou manchas

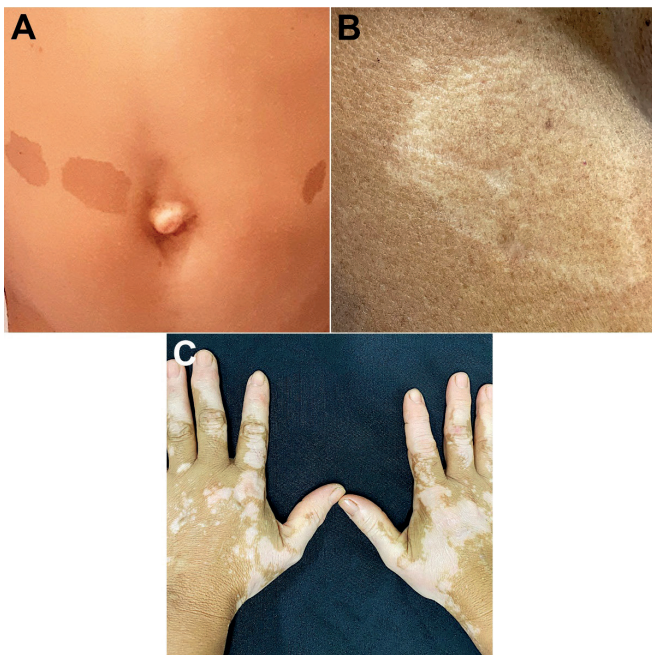
#### 12.3.1.1.1. Manchas pigmentares

São ocasionadas pelo depósito de pigmentos endógenos (melanina, hemossiderina) ou exógenos (pigmentos para tatuagem, cosméticos, drogas). Variam de tonalidade, dependendo da concentração e tipo de substância depositada. (Figura 12.2)

- **Hiperchromia:** alteração da cor da pele ocasionada por depósito de pigmentos (melanina ou outro) na epiderme. A cor da hiperpigmentação é variável, podendo apresentar tonalidades que vão do castanho claro ao escuro, castanho-azulado até o preto. Pode ser generalizada (doença de Addison) ou localizada (melasma).

- **Leucodermia:** mácula esbranquiçada ou branca, originada pela redução (hipocromia) ou ausência (acromia) de melanina na epiderme. Doenças como vitiligo e pitíriase alba apresentam esse tipo de lesão.

Figura 12.2: Exemplos de manchas pigmentares



A: mancha hiperocrômica; B: mancha hipocrômica; C: mancha acrômica.

#### 12.3.1.1.2. Manchas vasculo-sanguíneas (Figura 12.3)

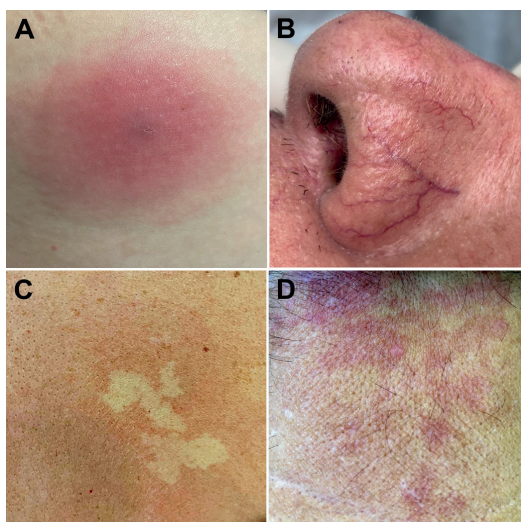
Caracteriza-se por apresentar tonalidades que são determinadas pelo sangue circulante no local da lesão e ocorrem pela congestão ou constrição vascular, ou ainda pelo extravasamento de hemácias na derme.

- **Eritema:** alteração vasculossanguínea transitória caracterizada pela coloração vermelha causada por vasodilatação. Desaparece com a digitopressão ou com a vitropressão. Pode

assumir diversos tons e padrões, tais como eritema cianótico, eritema rubro, enantema (quando em mucosas), exantema (quando agudo generalizado) e eritema generalizado com descamação e de curso crônico.

- **Telangiectasia:** dilatação vascular capilar no calibre de pequenos vasos (artérias ou veias com luz inferior a 2 mm) localizados na derme superficial. São lesões permanentes que podem apresentar-se com conformações estelares, sinuosas, lineares ou puntiformes.

**Figura 12.3:** Exemplos de manchas vasculossanguíneas

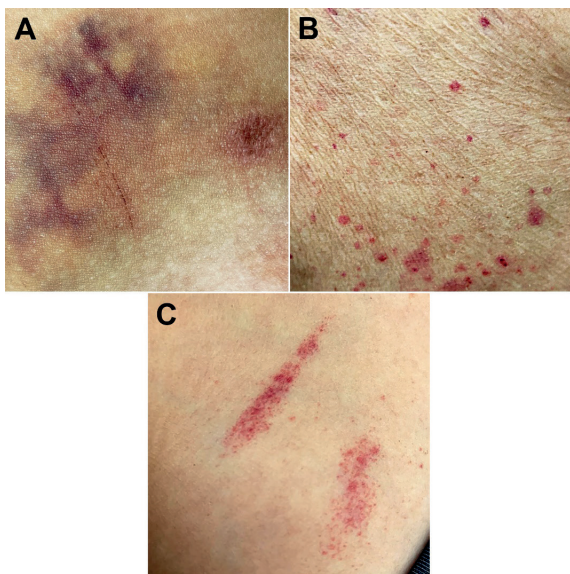


A: Eritema; B: telangiectasia; C: mancha anêmica;  
D: mancha angiomasosa.

- **Mancha anêmica:** mancha branca ou esbranquiçada na pele, em geral bem delimitada e permanente. É causada pela diminuição (hipogenesia vascular) ou ausência (agenesia vascular) de vasos sanguíneos no local. Outra possível causa é a hiper-reatividade local a aminas vasoconstritoras. A mancha não se torna eritematosa mesmo após fricção local, o que auxilia na diferenciação com o nevo acrômico.

- **Mancha angiomasosa:** causada pela neoformação vascular na derme. Regride quase totalmente à digitopressão ou vitropressão. Exemplo clássico é o hemangioma plano.
- **Púrpura:** mancha vermelha com predomínio de tons violáceos que não desaparece com a digitopressão ou vitropressão, decorrente de sangue extravascular visível a olho nu (**Figura 12.4**). Ao longo de sua evolução, a coloração vai mudando para tons arroxeados e, depois, verde amarelados. Pode se apresentar como equimose, petéquia ou víbice.
  - Equimose: a área de extravasamento sanguíneo ultrapassa 1 cm de diâmetro.
  - Petéquia: área de extravasamento sanguíneo menor que 1 cm de diâmetro (puntiforme).
  - Víbice: púrpura que se apresenta em formato linear.

**Figura 12.4:** Exemplos de púrpuras



A: equimose; B: petéquia; C: víbice.

### 12.3.1.2 Conteúdo sólido (Figura 12.5)

#### 12.3.1.2.1. *Pápula*

Lesão sólida circunscrita, elevada, com menos de 1 cm de diâmetro. Pode ser causada por processo patológico epidérmico, dérmico ou misto, porém, não tem representação dérmica significativa à palpação. Não deixa cicatriz na sua involução.

#### 12.3.1.2.2. *Nódulo*

Formação sólida de consistência endurecida, geralmente bem delimitada, persistente, de localização dérmica (apresenta-se elevada) ou hipodérmica (mais palpável que visível). Possui diâmetro maior que 1 cm.

#### 12.3.1.2.3. *Placa*

Lesão elevada e plana na superfície, com diâmetro superior a 1 cm. Pode cursar com queratinização, maceração, descamação ou crosta na superfície. Pode ser constituída pela confluência de várias pápulas (placa papulosa).

#### 12.3.1.2.4. *Urtica*

Lesão em relevo, de cor vermelha rósea ou branco porcelânica, edematosa e efêmera. Possui conformação irregular; seu tamanho pode variar de milímetros a muitos centímetros. É causada pelo extravasamento de plasma e consequente desenvolvimento de edema dérmico desencadeados por liberação de substâncias vasoativas. Se o edema for absorvido, a lesão desaparecerá em algumas horas.

#### 12.3.1.2.5. *Vegetação*

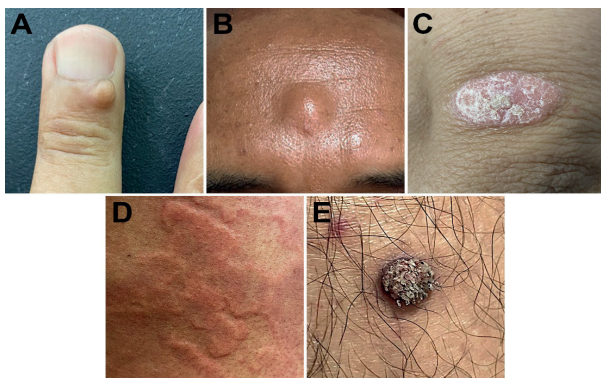
Lesão de crescimento exófito, devido à hipertrofia de papilas dérmicas e cones interpapilares. A superfície é irregular, ocasionalmente sangrante, pode ser pedunculada ou não. Pode apresentar

superfície queratósica, seca, dura e inelástica, sendo denominada verrucosidade ou lesão verrucosa.

#### 12.3.1.2.6. Goma

Nódulo cuja porção central se liquefaz, drenando, por fistulização ou ulceração, substâncias que variam de acordo com a doença causadora da lesão.

Figura 12.5: Exemplos de lesões de conteúdo sólido



A: pápula; B: nódulo; C: placa; D: urtiga; E: vegetação.

#### 12.3.1.3. Conteúdo líquido (Figura 12.6)

##### 12.3.1.3.1. Vesícula

Lesão de conteúdo líquido, elevada, circunscrita, de localização subcórnea, intraepitelial ou subepidérmica, com conteúdo geralmente claro e diâmetro menor que 1 cm. Sua superfície pode ser esférica, pontiaguda, umbilicada ou alongada.

##### 12.3.1.3.2. Bolha

Lesão de conteúdo líquido, circunscrita, com pelo menos 1 centímetro de diâmetro, localizada na epiderme ou no espaço entre

a epiderme e a derme. O conteúdo pode ser seroso e claro, hemorrágico (cor rubra) ou purulento (cor turva). Dependendo do nível da clivagem, a bolha pode ser flácida e fugaz ou tensa e duradoura. A bolha originada de queimaduras da pele é denominada de flictena.

### 12.3.1.3.3. Pústula

Lesão elevada de até 1 cm, circunscrita, localizada na epiderme, similar à vesícula, diferenciando-se pelo seu conteúdo purulento. O conteúdo pode ser séptico ou asséptico.

**Figura 12.6:** Exemplos de lesões de conteúdo líquido



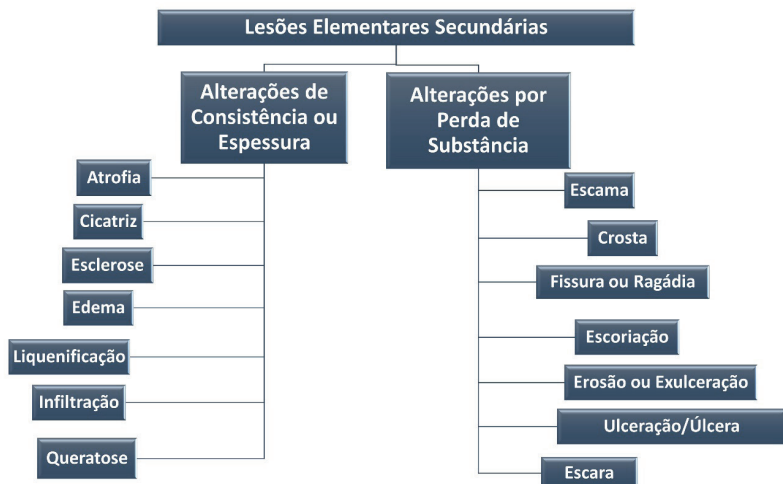
A: vesícula; B: bolha; C: pústula.

### 12.3.2. Lesões elementares secundárias

Podem ser divididas em dois grupos (**Figura 12.7**):

- lesões elementares com alterações de consistência ou espessura;
- alterações por perda de substância.

**Figura 12.7:** Esquemática da identificação de lesões elementares secundárias



### 12.3.2.1. Lesões elementares com alterações de consistência ou espessura

#### 12.3.2.1.1. *Atrofia*

Ocorre a diminuição da espessura da pele, ficando mais delgada e pregueável. Pode elevar-se ou deprimir-se em relação ao tecido adjacente. É causada pela redução do número e volume dos constituintes teciduais normais.

#### 12.3.2.1.2. *Cicatriz*

Pode apresentar aspecto bastante variável e é causada pela reparação de tecidos decorrente de diferentes danos. Os anexos cutâneos estão ausentes. Pode apresentar-se de forma plana, elevada ou deprimida, com superfície geralmente lisa.

#### 12.3.2.1.3. *Edema*

Ocorre o aumento da espessura da pele, que se apresenta mais depressível e com coloração própria ou rósea esbranquiçada. É causado por extravasamento de plasma para a derme.

#### *12.3.2.1.4. Esclerose*

Mudança da consistência da pele, que se torna rígida, com dificuldade de pregueamento ou distensão durante a palpação. A superfície da lesão costuma ser lisa e brilhante, e a coloração pode variar de hiper ou hipocrômica. A firmeza e o endurecimento da pele com esclerose são mais palpáveis que visíveis.

#### *12.3.2.1.5. Infiltração*

Aumento circunscrito ou difuso da consistência e espessura da pele. O local da infiltração apresenta limites imprecisos, menor evidência dos sulcos e evolui para uma cor rósea. Sua causa é a presença de infiltrado celular na derme, podendo estar associado com edema e vasodilatação.

#### *12.3.2.1.6. Liquenificação*

É o espessamento da pele com acentuação dos seus sulcos e saliências naturais. A coloração da pele no local pode estar modificada. É causada pelo trauma frequente de coçar a pele no mesmo local.

#### *12.3.2.1.7. Queratose*

Espessamento da pele às custas da camada córnea. A área acometida se apresenta endurecida e inelástica.

### 12.3.2.2. Alterações por perda de substância

#### *12.3.2.2.1. Crosta*

Concreção que se forma em área de perda tecidual, causada pelo dessecamento de serosidade, pus ou sangue que se misturam com restos epiteliais. Possui coloração diferente de acordo com o tipo de secreção: vermelho-escura (hemática), amarelo-clara (sero-

-hemática), amarelo mostarda (melicérica) ou amarelo esverdeada (purulenta). (**Figura 12.8**)

#### *12.3.2.2.2. Escama*

Lâmina epidérmica de aspecto furfuráceo, micáceo ou foliáceo que se desprende da superfície cutânea. Sua causa é a alteração da queratinização após a reparação tecidual.

#### *12.3.2.2.3. Fissura ou ragádia*

Ocorre a perda linear da epiderme e derme, localizada no contorno de orifícios naturais ou dobras.

#### *12.3.2.2.4. Erosão ou exulceração*

Perda superficial da pele que ocorre somente na epiderme e geralmente apresenta exsudato secundário à ruptura de bolha intra-epidérmica. Não evolui com cicatriz.

#### *12.3.2.2.5. Escoriação*

É uma erosão traumática e costuma ser causada pelo ato de coçar a pele.

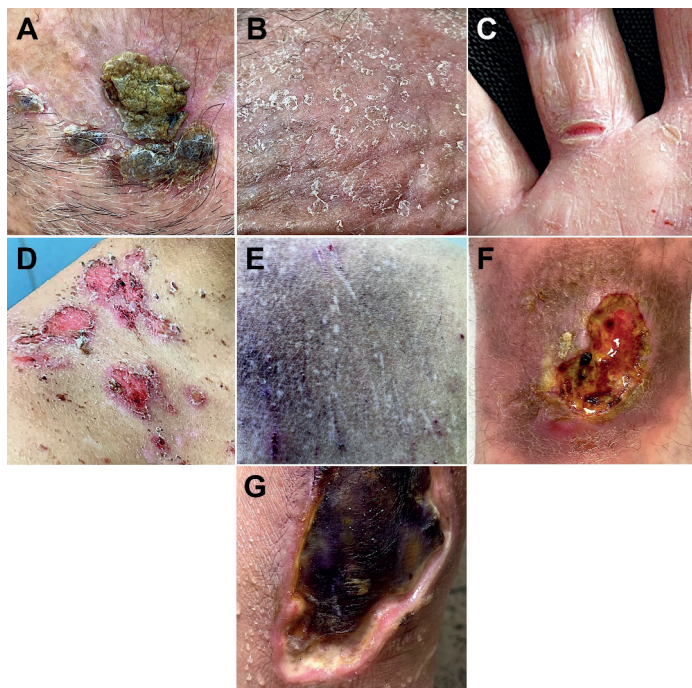
#### *12.3.2.2.6. Ulceração ou crosta*

É uma perda mais profunda de pele, atingindo toda a derme, mas também pode atingir a hipoderme e tecidos subjacentes.

#### *12.3.2.2.7. Escara*

Área limitada por necrose tecidual, com cor lívida ou preta que evolui para úlcera quando tecido necrótico é removido.

**Figura 12.8:** Esquemática da identificação de lesões elementares secundárias



A: crosta; B: escama; C: fissura; D: erosão; E: escoriação; F: ulceração; G: escara.

## 12.4. TÉCNICAS AUXILIARES

### 12.4.1. Curetagem metódica (Brocq)

Técnica auxiliar utilizada para avaliar a superfície de lesões eritematoescamosas. Com o uso de uma cureta estéril, faz-se uma raspagem leve, lenta e progressiva na superfície da lesão a ser analisada. Essa técnica é aplicada em caso de suspeita de psoríase, em que, conforme a curetagem inicia, destacam-se da pele escamas esbranquiçadas (sinal da vela) e, ao progredir com o movimento da cureta, ápices papilares da membrana de Duncan são agredidos, revelando um pontilhado hemorrágico – orvalho sanguíneo (sinal de Auspitz).

### 12.4.2. Luz de Wood

É uma técnica complementar de fácil realização, que é feita em ambiente escuro utilizando a lâmpada de Wood, que possui um arco de mercúrio que emite radiações ultravioletas no espectro de 340 a 450 nanômetros, semelhantes às emitidas pelas lâmpadas fluorescentes de luz negra.

São exemplos de fluorescência percebida ao exame com luz de Wood:

- Fluorescência vermelho coral: presente no eritrasma.
- Fluorescência róseo dourada: presente na pitiríase versicolor.
- Fluorescência amarelo palha: presente na tínea de couro cabeludo por *T. schoenleinii*.
- Fluorescência verde amarelada: presente na infecção por *Pseudomonas pyocyanea*, devido à presença de piocianina produzida pela bactéria.
- Fluorescência branco marfínica: presente no vitiligo.
- Fluorescência róseo avermelhada ou amarelo avermelhada: ocorre com a presença de porfirina em fezes, urina, dentes, sangue e líquidos de bolhas.

### 12.4.3. Dermatoscopia

Técnica auxiliar não invasiva complementar no exame dermatológico que, inicialmente, foi usada para avaliação de lesões pigmentadas cutâneas. Tem sido utilizada ultimamente também em outras aplicações clínicas, como no diagnóstico diferencial dos tipos de alopecias e de lesões ungueais. Para tal, utiliza-se um aparelho óptico chamado dermatoscópio, que determina a incidência de luz sobre a pele com mecanismo de lente que pode levar ao aumento da imagem (entre 10 e 120 vezes). A versão portátil do aparelho óptico apresenta aumento cerca de 10 vezes. Para aparelhos com luz halógena, pode-se

aplicar um meio líquido sobre a superfície cutânea a ser analisada para obter melhor penetração da luz pelo estrato córneo e melhorar a técnica do exame. Os dermatoscópios mais atuais com luz polarizada não necessitam colocar interface líquida na área examinada, pois possuem filtro que absorve a luz refletida.

Na prática clínica, tem grande importância para diferenciar lesões pigmentadas melanocíticas de lesões não melanocíticas e, também, para diferenciar algumas lesões benignas de lesões malignas, como nevos e melanomas.

#### **12.4.4. Capilaroscopia periungueal**

É um exame não invasivo realizado com instrumentos ópticos equipados com lâmpadas que emitem feixe de luz, como lupa de magnificação de 10 a 25 vezes ou com dermatoscópio sobre a superfície da região periungueal para visualização direta da fileira distal de capilares do local. Analisam padrões dos capilares como tamanho, quantidade, formato, ramificação, distribuição da rede vascular ou presença de hemorragia. É útil no auxílio do diagnóstico da esclerodermia, dermatomiosite e lúpus eritematoso sistêmico.

#### **12.4.5. Diascopia, vitropressão e digitopressão**

São exames auxiliares não invasivos que se valem da aplicação de pressão sobre a superfície de uma lesão cutânea. A partir da pressão aplicada sobre a lesão, haverá mudança na cor por interrupção temporária do fluxo sanguíneo, o que permite distinguir eritema de púrpura, nevo anêmico de mancha hipocrômica, além de visualizar a cor geleia de maçã na sarcoidose.

#### **12.4.6. Pesquisa do sinal de Darier**

Formação de lesão urticariforme a partir de atrito da lesão cutânea. Deve-se à liberação de histamina e outras substâncias

vasoativas devido à degranulação de mastócitos. É patognomônico da mastocitose. A pesquisa consiste em utilizar um objeto rombo para causar fricção em lesão sugestiva de mastocitose.

#### **12.4.7. Pesquisa do sinal de Nikolsky**

O sinal de Nikolsky é caracterizado pelo descolamento da epiderme após aplicação de pressão lateral próxima a uma lesão bolhosa, seja com um objeto rombo ou com o próprio dedo do avaliador. É a tradução semiológica da acantólise (separação entre os queratinócitos) e um sinal clássico dos pénfigos, podendo também, em alguns casos, estar presente em outras doenças que cursam clinicamente com bolhas, como a necrólise epidérmica tóxica e a síndrome da pele escaldada estafilocócica. Quanto mais superficial a acantólise, mais facilmente ocorrerá o sinal de Nikolsky.

#### **12.4.8. Pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil**

A pesquisa de sensibilidade superficial na dermatologia apresenta aplicabilidade imprescindível no diagnóstico da hanseníase (para avaliação da sensibilidade em neurologia, vide Capítulo 10), em que a evolução da doença implica na instalação progressiva de hipostesia ou anestesia de três modalidades de sensibilidade na seguinte ordem: térmica, dolorosa e tátil.

A sensibilidade térmica é a primeira a ser afetada e, para testá-la, toca-se a pele com dois tubos de ensaio, cada um contendo água em temperaturas diferentes (um com água quente e outro com água fria ou temperatura ambiente), e é questionado ao paciente a sensação térmica de cada tubo sem que ele veja qual tubo está sendo encostado na pele.

A segunda sensibilidade afetada é a dolorosa, cuja pesquisa pode ser realizada com auxílio de um objeto que contenha um lado pontudo e um lado mais arredondado para pressionar, alternadamente, sobre a

pele do paciente (geralmente realizado com alfinete). O paciente que perdeu a sensibilidade dolorosa não sente o lado pontiagudo do objeto.

Por último, haverá depleção da sensação tátil do paciente, e a testagem é comumente realizada por meio do atrito de um chumaço de algodão sobre a pele sadia e lesionada. É importante que o paciente tenha compreendido perfeitamente o exame antes de sua realização.

#### **12.4.9. Prova da histamina**

É um teste auxiliar no diagnóstico de hanseníase. Utiliza-se a solução de cloridrato de histamina a 1:1000, que é aplicada em gotas sobre uma região de pele sadia e sobre uma lesão suspeita. Em seguida, o avaliador manipula uma agulha fina para provocar punctura superficial sem sangramento na pele testada. A reação normal prevista é a tríplice reação de Lewis: eritema inicial de 10 mm (após 20 a 40 segundos por vasodilatação); eritema de 30 a 50 mm (após 30 a 60 segundos provocado por eritema reflexo secundário – halo eritematoso de Souza Campos); e urtica (após dois a três minutos provocada pelo transudato local devido aumento de permeabilidade vascular). No caso das lesões hansênicas hipocrômicas, a tríplice reação de Lewis não acontece (resposta incompleta) pela falta do eritema, que não ocorre em áreas de pele com lesão de filetes nervosos.

#### **12.4.10. Prova da pilocarpina**

Utilizada para avaliar secreção sudoral, que pode estar comprometida nas áreas de pele com lesão de filetes nervosos periféricos, como acontece na hanseníase. Nesses casos, é aconselhável testar, comparativamente, a área de pele sã e a área com suspeita de hanseníase. A pesquisa é feita com a injeção intradérmica de 0,1 a 0,2 ml de solução de cloridrato ou nitrato de pilocarpina a 1%. Após dois minutos, percebe-se a secreção sudoral quando as terminações nervosas estão preservadas. Para que seja percebida com maior facilidade, indica-se pincelar a área testada com tintura de iodo antes da

injeção da pilocarpina e depois pulverizar com amido. Nas áreas com sudorese, surgirão pontos de coloração azul-escura, decorrentes da reação do amido com o iodo, favorecido pela umidade da sudorese. Na lesão de hanseníase, a prova é negativa devido ao acometimento da inervação das glândulas écrinas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azulay R, Azulay D, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

Belda W Jr, Chiacchio N, Criado PR. *Tratado de dermatologia*. São Paulo: Atheneu; 2010.

Ferreira S, Fernandes I, Cabral R, Machado S, Lima M, Selores M. Manifestações Cutâneas nas Mastocitoses: Atualização. *Acta Med Port*. 2020;33(4):275-81.

Ferreira Roviello C, Menezes Rodrigues FS, Bertolini Gonçalves JA, Ribeiro Nogueira Ferraz R. Manifestações e tratamento da necrólise epidérmica tóxica e da síndrome de Stevens Johnson. *J Health NPEPS*. 2019;4(1):319-29.

Festa Neto C, Cucé LC, Reis VM. *Manual de Dermatologia*. 4a ed. São Paulo: Manole; 2015.

Habif T. *Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento*. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

Hartmann K, Henz BM. Cutaneous Mastocytosis – Clinical Heterogeneity. *Int Arch Allergy Immunol*. 2002;127(2):143-6.

López-Fernández L, Monteagudo-Sánchez B, Mosquera-Fernández A. Lámpara de Wood en la infección interdigital por bacterias. *Enferm Dermatol*. 2018;12(34):43-5.

Moreira M. *Hanseníase no Espírito Santo: uma epidemia em ascensão? [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2021.

Rezze GG, Sá BCS, Neves RI. Dermatoscopia: O Método de Análise de Padrões. *An Bras Dermatol*. 2006;81(3):261-8.

Rivitti E. *Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti*. São Paulo: Artes Médicas; 2014.

Souza B, Lobo A, Lobo A, Cardoso H, Nunes JA, Morhy M, et al. *Manual de Propedêutica Médica*. 3a ed. Vol. 1. Belém: Cejup; 1995.

## 13. O EXAME GENITURINÁRIO MASCULINO

Charles Alberto Villacorta de Barros

Gabriel Henrique Moura Teixeira de Barros

Giovanna Coutinho Jardim

### 13.1. ANAMNESE

A história clínica, independentemente da especialidade, tem sua pedra angular sob uma anamnese ampla, minuciosa, baseada nas melhores técnicas de entrevista conhecidas, capaz de proporcionar a formulação de hipóteses diagnósticas mais específicas para o caso daquele indivíduo. Podemos dividir os sinais e sintomas do trato geniturinário em dois grupos: **sintomas sistêmicos**, como febre, calafrios, perda de peso e mal-estar geral, que foram discutidos anteriormente (vide Capítulo e Capítulo 4) e **sintomas locais**.

Os sintomas locais são facilmente relacionados ao órgão que pode estar sofrendo agressão, oferecendo caráter localizatório, como dor, alterações da micção, alteração no volume e ritmo urinário e alterações na característica da urina, além de outras manifestações.

#### 13.1.1. Dor

A dor originada do trato geniturinário normalmente é bastante intensa, descrita como contínua ou intermitente, e varia de acordo com a localização, irradiação e sem fatores desencadeantes de melhora ou de piora. Sua fisiopatologia está relacionada principalmente à obstrução da via excretora seguida de inflamação, já que ambas provocam o aumento de pressão intraluminal, havendo violenta contração da

musculatura da região sobre a zona afetada, o que pode causar estiramento ou distensão da parede do ureter, pelve ou cápsula renal. Essa elevação súbita da tensão estimula os nociceptores, que associados ao aumento da produção de prostaglandinas originam a dor. No que concerne à localização específica da dor, manifesta-se em seis regiões: renal, ureteral, vesical, prostática-uretral, testicular e epididimal.

#### 13.1.1.1. Dor renal

Costuma ser localizada no ângulo costovertebral ipsilateral, lateral ao músculo sacroespinal e abaixo da 12<sup>a</sup> costela, podendo irradiar para área subcostal em direção ao umbigo, para as fossas ilíacas e hipogástrio, ou avançar até os genitais. Tal dor é típica em doenças nas quais a cápsula renal é distendida, como o edema súbito da pielonefrite aguda e a obstrução ureteral aguda, pois impossibilitam o recurso adaptativo do rim frente àquela inflamação.

#### 13.1.1.2. Dor ureteral

Dor obstrutiva aguda, provocada por migração de cálculos e coágulos, e quando ocorre no seu terço superior pode mimetizar a dor renal. A obstrução no terço médio pode irradiar para o quadrante inferior direito do abdômen e simular processos inflamatórios do apêndice (como a dor no ponto de McBurney, que é característica da dor de apendicite, e o sinal de Blumberg – vide Capítulo 7). O sinal de Blumberg é essencial para distinguir entre uma dor de origem peritoneal (onde o sinal é positivo) e a dor extraperitoneal. A obstrução do terço distal da uretra pode resultar em sintomas de irritação da bexiga, como frequência urinária aumentada e urgência em homens, podendo irradiar da uretra para a glândula, em homens, e para pequenos lábios, nas mulheres.

#### 13.1.1.3. Dor vesical

Desconforto suprapúbico agonizante, devido à hiperdistensão da bexiga por retenção urinária. Contudo, a causa mais comum de

dor vesical é a infecção, e sua apresentação em pontadas normalmente está associada à disúria.

#### 13.1.1.4. Dor prostática

Quando existe inflamação aguda da próstata, o paciente pode ter um desconforto vago ou plenitude na área perineal ou retal. Sintomas relacionados à micção como disúria, polaciúria e urgência miccional, são muito indicativos da inflamação prostática, além da ejaculação dolorosa, principalmente quando associada à febre.

#### 13.1.1.5. Dor testicular

Torção, infecção e trauma do cordão espermático acarretam dor testicular de extrema intensidade, com irradiação para o abdômen, mas com foco da dor no próprio escroto. A varicocele costuma originar um incômodo dormente no testículo e aumenta após a realização de exercícios vigorosos, em fases iniciais da instalação da doença. Em alguns casos, o primeiro sintoma de uma hérnia inguinal indireta pode ser dor testicular autorreferida. Outro exemplo é quando ocorre dor devido a um cálculo no ureter superior que pode ser referida no testículo ipsilateral.

#### 13.1.1.6. Dor epididimal

A principal doença dolorosa no epidídimo é a infecção aguda, epididimite. A dor começa no escroto, associada a uma reação inflamatória circundante que envolve também o testículo adjacente, agravando o sintoma. Ademais, a dor epididimal também é prevalente em cerca de 1 a 2% dos pacientes pós-vasectomia, podendo durar até meses após o procedimento, sendo sua causa a inflamação por obstrução do ducto deferente, originando congestão epididimal.

## 13.1.2. Sintomas do trato urinário inferior (STUI)

Referem-se às alterações durante o ato miccional, facilmente percebidas pelo paciente. Para diminuir a subjetividade das queixas miccionais, estes sintomas podem ser mensurados de maneira objetiva através do Escore Internacional de Sintomas Prostáticos, do inglês *International Prostate Symptom Score* (IPSS), questionário validado na língua portuguesa, em que é possível classificá-los em sintomas leves, moderados e graves. De acordo com a *International Continence Society*, os STUI podem ser didaticamente divididos em sintomas de armazenamento, sintomas de esvaziamento e sintomas de pós-micção.

### 13.1.2.1. Sintomas de armazenamento

- **Polaciúria:** queixa de aumento da frequência miccional. Esse aumento pode ser tanto diurno (também chamado de polaciúria, ocorrendo durante as horas de vigília do paciente), quanto noturno (durante o período do sono do paciente, também definido como noctúria, em que há interrupção do sono).
- **Alterações da sensação de enchimento vesical:** as queixas podem ser de aumento ou diminuição da sensação de enchimento vesical. A sensação de enchimento vesical pode ser mais ou menos intensa, mais persistente do que experimentada anteriormente pelo paciente, ou ainda, com ausência da sensação de enchimento vesical, em que há a ausência de plenitude vesical e ausência de desejo de urinar.
- **Enurese:** queixa de micção involuntária durante o sono. É considerada fisiológica na primeira infância (até 3 anos de idade), porém, caso seja observado em outra faixa etária, é necessária investigação.
- **Urgência miccional:** queixa de desejo súbito e intenso de urinar.

- **Incontinência urinária:** queixa de qualquer perda involuntária de urina que pode acometer todos os indivíduos, em qualquer faixa etária, dividida em:
  - **incontinência de esforço:** perda urinária durante atividades que possam causar mais pressão abdominal, como o ato de tossir ou gargalhar, associado à hipotonia do esfíncter, que não contém este aumento pressórico (incontinência genuína);
  - **urgeincontinência:** perda urinária frente ao desejo súbito e intenso de urinar;
  - **incontinência insensível:** queixa de perda de urina sem percepção adequada do paciente, sem desejo miccional normal prévio a perda urinária, como o que ocorre em fístulas;
  - **incontinência paradoxal ou por transbordamento:** queixa de perda de urina após o volume vesical normal ter sido ultrapassado por conta de obstrução infravesical, como se houvesse um “transbordamento” deste excesso, decorrente de uma contração involuntária do detrusor.

### 13.1.2.2. Sintomas de esvaziamento

Sintomas que ocorrem durante a fase miccional propriamente dita:

- **Disúria:** dor ou desconforto durante o ato miccional, acompanhado ou não de dificuldade para iniciar o jato urinário (estrangúria).
- **Hesitação/esforço miccional:** demora ou dificuldade para iniciar o jato miccional.
- **Força do jato urinário reduzido:** queixa de lentificação do jato urinário em comparação a experiências anteriores do

paciente, com diminuição do fluxo, jato entrecortado ou em forma de “chuveiro”.

### 13.1.2.3. Sintomas pós-miccionais

São os sintomas do trato urinário inferior após cessar a micção.

- **Sensação de resíduo pós-miccional:** queixa de uma sensação de persistência de conteúdo urinário na bexiga mesmo após a micção.
- **Gotejamento terminal:** queixa de persistência da eliminação involuntária de urina em gotas após a cessação da micção.
- **Retenção urinária:** desejo de urinar sem conseguir emitir o jato urinário, mantendo plenitude vesical.
- **Urgência pós-miccional:** desejo intenso de urinar que persiste após a micção.

### 13.1.3.3 Sintomas relacionados ao aspecto e volume da urina

Na prática clínica, a avaliação do volume urinário e seu aspecto pode denotar doenças ligadas à filtração renal, que não forçosamente influenciam na micção. Considera-se normal um volume urinário de 800 a 2500 ml/dia, sendo que a capacidade média da bexiga é de 350 a 450 ml, e o primeiro desejo miccional ocorre ao atingir cerca de 200 a 250 ml de enchimento vesical.

- **Poliúria:** aumento do volume de urina excretado em 24 horas. Comumente, esse volume exacerbado tende a ultrapassar 3000 ml por dia.
- **Oligúria:** diminuição do volume urinário excretado ao dia, sendo considerado anormal diurese menor do que 400 ml/dia. Essa diminuição pode ser decorrente tanto da ingestá inadequada de líquidos quanto por perda de líquidos

para o terceiro espaço, em processos inflamatórios, estados de hipovolemia, em intoxicações por exógenos ou por insuficiência renal.

- **Anúria:** diurese menor do que 100 ml/dia devido à diminuição ou ausência de produção de urina. Deve ser diferenciada da retenção urinária, pois essa se define como incapacidade de eliminar a urina acumulada na bexiga.

Quanto ao aspecto da urina, avalia-se especialmente sua turbidez, coloração e se há presença de espuma. No caso da turbidez, considera-se que a urina pode se apresentar mais turva devido à ação de organismos sobre a ureia, que pode ser precipitada em cristais. Quanto à coloração, a urina assume a cor amarelo citrina, mas são muitas as causas que podem levar a alteração na coloração, como ingestão de alguns alimentos, medicamentos e substâncias endógenas do metabolismo. Acerca da espuma, quando expressiva, pode-se suspeitar de proteinúria, seja por maior ingestão proteica ou por perda de origem glomerular. Destacamos:

- **Hematúria:** é a presença de sangue na urina, adquirindo um aspecto turvo e de cor avermelhada ou marrom, tendo importância clínica expressiva por poder se relacionar a neoplasias urológicas. Pode ser de caráter macroscópico ou microscópico, sendo esse último identificado a partir de exame laboratorial. A versão macroscópica pode alarmar o paciente, sendo necessário anamnese criteriosa. Caso seja observada somente no início da micção, “hematúria inicial”, suspeita-se de lesão de uretra anterior ou próstata. Por outro lado, a “hematúria final” está atrelada a processos acometendo a uretra posterior ou próstata. Caso seja uma hematúria que persista durante toda a micção, “hematúria total”, faz-se necessário investigar praticamente todo o trato urinário, avaliando traumas, manipulações urológicas recentes, cânceres, cálculos e infecções.

- **Pneumatúria:** passagem de gás com a urina, percebida pelo próprio paciente em alguns casos, por haver alteração do fluxo urinário normal e pela possibilidade de gerar sons. Geralmente, se deve à fistula entre o trato gastrointestinal e a bexiga.
- **Quilúria:** presença de linfa na urina, frequentemente por fistulização de vasos linfáticos para segmentos do trato urinário. A urina poderá ser esbranquiçada, como leite, ou apenas turva, e na análise laboratorial serão identificados linfócitos.
- **Mioglobinúria:** urina escura, resultante de necrose muscular, diagnóstico diferencial de hematuria. Pode se associar à fraqueza muscular e imobilidade dos membros (vide Capítulo 10).
- **Porfirinúria:** quantidade anormal de porfirina na urina, que a torna mais escura.

### 13.1.3. Outras manifestações do trato geniturinário masculino

#### 13.1.3.1. Secreção uretral

Costuma ser causada por bactérias como *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*. Pode vir acompanhada de queimação local ao urinar ou de sensação pruriginosa na uretra, com aspecto amarelado, variando de secreção fluida semelhante à coriza até espessa como pus.

#### 13.1.3.2. Lesões cutâneas da genitália externa

Podem se apresentar de diversas formas como ulcerações, bolhas, verrugas, entre outras manifestações. Tais achados costumam estar associados a infecções sexualmente transmissíveis (IST): cancro sífilítico, cancroide, herpesvírus simples, além de verrugas venéreas, causadas pelo papilomavírus humano (HPV). Ademais, o carcinoma

de células escamosas é um diagnóstico diferencial a ser investigado, principalmente quando há cronicidade de lesão.

### 13.1.3.3. Massas visíveis ou palpáveis

Massas palpáveis no abdômen superior podem sugerir tumor renal, hidronefrose ou rim policístico. Outrossim, metástases de tumores da próstata ou do testículo podem gerar aumento linfonodal intra-abdominal e até no pescoço. Linfonodos na região inguinal podem ser indicativos de disseminação tumoral do pênis, linfadenite de cancroide, sífilis ou linfogranuloma venéreo (vide Capítulo 8). No conteúdo escrotal, também, é comum o paciente relatar massas, sobretudo indolores, como hidrocele, varicocele, espermatocoele, epididimite crônica, hérnia e tumor testicular.

### 13.1.3.4. Hematospermia

Presença de sangue no esperma.

### 13.1.3.5. Ginecomastia

Tratamento com estrogênios para o combate de câncer de próstata é causa comum de aumento das mamas, especialmente em idosos. Também está associada ao coriocarcinoma, tumores de células intersticiais e de células de Sertoli, e manifestações genéticas como a síndrome de Klinefelter.

### 13.1.3.6. Queixas sexuais masculinas

Inibição do desejo sexual, comportamento sexual compulsivo, anorgasmia (dificuldade ou incapacidade de atingir o orgasmo durante estimulação sexual), qualidade precária ou perda precoce da ereção e ejaculação precoce são todas queixas presentes na prática clínica. Ao relatar essas queixas, os pacientes costumam usar uma linguagem

indireta, ou até mesmo omiti-las, por ficarem envergonhados com as dificuldades sexuais. Portanto, cabe ao médico compreender essas queixas e tratá-las, de maneira acolhedora, para tornar o ambiente favorável ao relato livre e completo do paciente.

## **13.2. EXAME FÍSICO**

O exame físico é uma etapa associada e consequente à anamnese. Compreende a inspeção, a palpação e a ausculta, além do uso de alguns instrumentos e aparelhos simples. Especificamente, quando avaliado o trato genital masculino, é necessário lidar cuidadosamente com o pudor do paciente. Essa etapa deve ocorrer com o paciente ciente da importância e de como tais procedimentos serão realizados. Em alguns casos, o paciente deve trocar de roupas, e, por vezes, a recomendação é de que peças sejam retiradas e substituídas temporariamente por um avental. Nesse sentido, para preservar a intimidade do paciente, essa troca de vestuário deve acontecer no banheiro do consultório ou atrás de um biombo, na ausência do médico. Em seguida, o paciente é examinado ainda em posição ortostática ou é convidado a sentar na maca de exame.

### **13.2.1. Exame físico dos rins**

Os achados do exame físico renal costumam ser pobres, e poucos sinais têm sua relevância clínica. Durante a inspeção, cicatrizes ou massas podem ser visualizadas por um inchaço local. Acerca da palpação, os rins estão localizados em uma região alta e de difícil acesso, debaixo do diafragma e das costelas inferiores, tornando-os órgãos protegidos. O rim direito apresenta posicionamento inferior ao esquerdo devido ao espaço ocupado pelo fígado, facilitando sua palpação, o que não acontece no rim esquerdo, que só costuma ser percebido quando está deslocado ou aumentado. A palpação pode

ser facilitada com auxílio da mão não dominante, que eleva o dorso ipsilateral ao rim a ser avaliado.

Acerca da percussão lombar, realizada no ângulo costovertebral posteriormente, é necessário cuidado adicional com a posição do paciente, preferencialmente sentado na maca, visto o risco de ocasionar dor de forte intensidade e resposta vagal, inclusive com lipotímia. Também chamado de sinal de Giordano, essa manobra possui utilidade clínica limitada, devido sua baixa sensibilidade. Entretanto, deve ser tentada quando a palpação abdominal não é possível, como em casos de traumatismo, hipersensibilidade e espasmo abdominal. A manobra tem elevada especificidade para quadros de pielonefrite aguda e outros processos inflamatórios da loja renal. É considerado sinal positivo quando a punho-percussão desencadeia forte dor em choque, demonstrada por posição antálgica.

A ausculta é relevante para identificar estenose ou aneurisma da artéria renal, que costumam estar vinculadas a sopros sistólicos nas áreas costovertebrais e dos quadrantes abdominais superiores. Já os sopros da artéria femoral são mais auscultados nos quadrantes inferiores do abdome e podem indicar a síndrome de Leriche, causa de disfunção erétil.



Palpação dos rins



Punho-percussão lombar

### 12.2.2. Exame físico da bexiga

A bexiga é um órgão cavitário situado na pelve, cuja percepção em adultos é possível apenas se distendida, como no caso da retenção urinária aguda e de tumores. A bexiga é palpável com um volume maior que 150 ml e visível com cerca de 500 ml, apresentando-se, usualmente, como uma massa abdominal próxima ao umbigo. A palpação do órgão é realizada com as duas mãos para avaliar a

mobilidade, porém nem sempre essa avaliação será efetiva devido à flacidez da sua parede (vide Capítulo 4). Nesse sentido, a percussão se torna necessária e essa deve ser iniciada no nível da sínfise púbica e se estender, cranialmente, até o umbigo.

### 13.2.3. Exame físico da genitália masculina externa

A avaliação da genitália masculina externa pode ser dividida em pênis e escroto.

#### 13.2.3.1. Pênis

À inspeção, deve-se avaliar toda a extensão do pênis, incluindo o meato uretral e a distribuição de pelos, além do tamanho e presença de secreções (comumente indicativas de infecção). Caso o paciente não seja circuncidado, deve-se retrair o prepúcio para propiciar a visualização de lesões (como tumorações, ulcerações, balanite) e do meato uretral, no que concerne ao calibre e à posição. A avaliação da uretra também permite investigar a presença de cálculos ou de tumores na sua porção peniana.

Quanto à palpação, é utilizada na busca de placa fibrótica subcutânea na túnica albugínea, que recobre os corpos cavernosos, achado típico da doença de Peyronie.



Inspeção e palpação do pênis

#### 13.2.3.2. Bolsa testicular e seu conteúdo

Nesse segmento, avalia-se o escroto, túnicas testiculares e anexos, testículos, epidídimo, cordão espermático e ducto deferente.

A bolsa testicular contém os testículos e as estruturas do cordão espermático. Paralelamente, as túnicas testiculares, que envolvem e protegem o tecido testicular, são examinadas devido à possibilidade de acúmulo de líquido (hidrocele) e de massas císticas.

À inspeção, os testículos são avaliados quanto ao seu tamanho e orientação. As dimensões aproximadas são de 6 cm no comprimento e 4 cm na largura e eles devem ser de tamanhos semelhantes e na orientação vertical, embora um possa estar um pouco mais inferiorizado em relação ao outro. Caso um testículo esteja fora do eixo normal, será identificado como testículo ectópico. No mais, para auxiliar o vislumbre de possíveis massas, usa-se o recurso da transluminação, exame realizado em ambiente escuro, com auxílio de uma lanterna colocada contra a superfície posterior do saco escrotal.

A palpação de testículo deve ser feita com as polpas digitais de ambas as mãos do examinador, e, em geral, será perceptível uma consistência firme e emborrachada com uma superfície lisa. Deve-se pesquisar a presença de nodulações, sejam elas de aspecto cístico e liso ou sólido e irregular, dolorosa ou não. Caso o testículo não seja palpável na bolsa, pode ser indicativo de retração fisiológica temporária ou de criptorquidia verdadeira.



Inspeção e palpação dos testículos

Ao exame do epidídimo, ele pode ser cuidadosamente palpado na superfície posterior do testículo ou em separado, para se verificar sua consistência, calibre e localização. Em caso de uma consistência mais endurecida, pode se suspeitar de uma epididimite provocada por agentes infecciosos ou por processos neoplásicos, ou mesmo um endurecimento indolor crônico inespecífico, dependendo da apresentação clínica. Na palpação, deve-se atentar quanto à sensibilidade do testículo e do epidídimo, pois pode ser indicativa de infecção como orquite ou epididimite.

Quanto ao cordão espermático e um dos seus elementos, o ducto deferente, faz-se a palpação para conferir seus calibres e se há espessamentos de suas vias. Em casos de pacientes com dor testicular unilateral súbita, testículo em posição horizontalizada e com conduto espermático encurtado, pode-se suspeitar de torção testicular. Outra doença a ser investigada é a varicocele, que são varizes do plexo

pampiniforme, principalmente em adolescentes e adultos jovens, pois é nessa fase que a doença surge e se torna detectável.

Durante a avaliação do funículo espermático, deve ser executada, sempre que possível, a avaliação do canal inguinal bilateral em busca de hérnias inguinais. Reforça-se que o paciente deve estar preferencialmente em pé, enquanto o médico utiliza o seu dedo indicador para explorar o canal inguinal para identificação de falhas ou orifícios no assoalho da região, auxiliado por manobra de Valsalva.



Avaliação do canal inguinal

## 13.2.4. Exame físico do reto no sexo masculino

### 13.2.4.1. Esfíncter e reto inferior

A frouxidão do esfíncter é um indício da perda do tônus muscular e pode estar relacionada à doença neurológica. Como o plexo sacral está também envolvido no controle miccional, alterações semelhantes podem ser encontradas no esfíncter urinário, no detrusor e no esfíncter anal espástico. A palpação de todo o reto inferior durante o exame digital é essencial para identificar possíveis alterações como estenose, hemorroidas internas, criptite, fístulas fecais, pólipos mucosos e câncer retal.

### 13.2.2.2. Posicionamento para o toque retal

Para que o toque seja realizado de maneira adequada, a posição do paciente é essencial, e para esse exame três posições são as mais utilizadas:

- posição de Sims ou lateral esquerda, com a perna inferior em semiextensão e a superior flexionada;
- posição genupeitoral, em posição ventral, em que o paciente se mantém ajoelhado com o peito descansando sobre a cama ou mesa de exames;

- posição de decúbito supino, na qual o paciente fica com as pernas flexionadas. Esta última posição é mais comumente utilizada em pacientes enfermos e debilitados e preferida por urologistas, devido ao fácil acesso ao genital masculino externo e à superfície da próstata pelo toque, possibilitando inclusive o toque bimanual (compressão abdominal e toque retal), quando necessário.



Toque retal

### 13.2.2.3. Próstata

Durante o exame da próstata, algumas características da glândula precisam ser analisadas. O primeiro item a ser avaliado é o tamanho, sendo que a próstata normal costuma ter o volume de uma noz com até 4 cm de largura e comprimento, o que representa um peso estimado de 20 a 25 g. Além disso, é possível avaliar a superfície glandular, se é regular, simétrica e sem nódulos. A próstata pode ser dividida, ao toque, em dois lobos laterais (direito e esquerdo), com a presença de um sulco mediano entre eles. Próstatas volumosas podem apresentar lobos assimétricos e com apagamento ou até abaulamento de sulco, que sugere crescimento significativo do órgão. Quanto à sensação de resistência ao toque, a próstata é depressível, semelhante à ponta do nariz, o que oferece uma consistência classicamente descrita como fibroelástica. Quando inflamada, ela pode se apresentar amolecida, enquanto câncer ou cálculos podem lhe dar aspecto endurecido. Outros aspectos relevantes são a mobilidade e os limites, que podem ser bastante variáveis, a exemplo do carcinoma avançado, que se apresenta fixo devido à extensão além da cápsula, o que dificulta a identificação das bordas da próstata.

### 13.2.2.4. Massagem prostática

Na prostatite crônica, a próstata pode ser massageada e sua secreção examinada ao microscópio. Entretanto, a massagem prostá-

tica deve ser evitada na presença de secreção uretral aguda, prostatite aguda, casos de retenção urinária completa (pois pode piorar a retenção) e em pacientes que apresentam suspeita de câncer ao toque.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2019;38(2):433-77.

Fukaguchi K, Yamagami H, Soeno S, Liu K, Sonoo T, Nakamura K, et al. The Diagnostic Accuracy of Costovertebral Angle Tenderness in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2021;78(4s):S151.

Mcaninch JW, Lue TF. *Urologia Geral de Smith e Tanagho.* 18a ed. São Paulo: AMGH; 2014. p. 33-45.

Ministério da Saúde (BR). *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.* Brasília: Funasa; 2006.

Nardoza A Jr, Zerati Filho M, Reis R. *Urologia Fundamental.* São Paulo: Planmark; 2010.

Sinha V, Ramasamy R. Post-vasectomy pain syndrome: diagnosis, management and treatment options. *Transl Androl Urol.* 2017;6(Suppl 1):S44-7.

Sociedade Brasileira de Urologia. *II Consenso Brasileiro sobre Disfunção Erétil e Sexualidade.* São Paulo: BG Cultural; 2002.

Srougi M. Infecções do Trato Urinário. *Rev Med.* 2005;84(3-4):102-12.

Wein AJ. *Campbell-Walsh-Wein Urology.* 12a ed. Amsterdam: Elsevier; 2020.

# 14. O EXAME TOCGINECOLÓGICO

Sônia Fátima da Silva Moreira

Maria Francisca Alves

Fernanda de Souza Parente

Victória Menezes da Costa

## 14.1. INTRODUÇÃO

O exame físico da mulher deve ser completo, constando de avaliação do estado geral, de pele e mucosas, dos dados antropométricos, exame da tireoide e ausculta cardíaca e pulmonar, seguidos do exame tocoginecológico específico, tema deste capítulo. Durante o exame, é fundamental a colaboração da paciente, e isso depende do cuidado do examinador em demonstrar segurança e empatia. É importante que o médico esclareça cada passo do exame em linguagem acessível à paciente e que a deixe ciente de que poderá solicitar uma pausa, ou até interrompê-lo totalmente, a qualquer momento. As etapas do exame tocoginecológico são o exame das mamas, do abdome, da genitália externa e da genitália interna, com suas peculiaridades quanto à mulher grávida.

## 14.2. EXAME DAS MAMAS

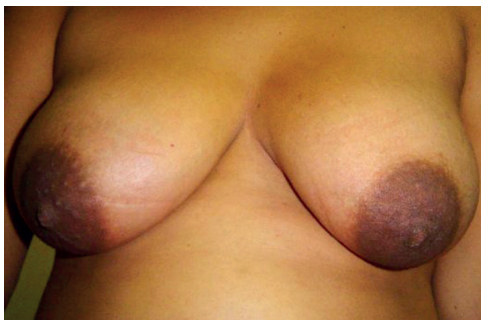
### 14.2.1. Inspeção

#### 14.2.1.1. Inspeção estática

A inspeção estática é realizada com a paciente sentada ou ereta e deve-se verificar a simetria das mamas, volume, forma, pig-

mentação da aréola, presença de cicatrizes, eritemas, solução de continuidade, edema, abaulamentos e retrações. Na adolescente, informar o estadiamento de Tanner e descrever a presença de pelos que evidenciem hiperandrogenismo. As mamas da gestante apresentam várias modificações, como o aumento da circulação venosa, sinal clínico de gravidez chamado “rede venosa de Haller”, aumento da pigmentação da aréola e surgimento de uma aréola secundária, mais externa e com limites menos nítidos, denominado sinal de Hunter. Também ocorre dilatação e maior ativação das glândulas sebáceas na região areolopapilar, chamadas de tubérculos de Montgomery (**Figura 14.1**).

**Figura 14.1:** Aréola secundária e tubérculos de Montgomery



#### 14.2.1.2. Inspeção dinâmica

Ainda com a paciente sentada ou ereta, pede-se que realize alguns movimentos, como (1) elevar os membros superiores até a cabeça; (2) inclinar o tronco para frente, de modo que as mamas fiquem pêndulas, tracionando as mãos na frente do corpo; (3) inclinar o tronco para frente, apoiando as mãos nas asas do íliaco e pressionando com força. Anota-se a presença de abaulamentos e retrações, com sua localização nos quadrantes mamários ou retroareolar, desvios do mamilo e mobilidade das mamas.

Vídeo 1



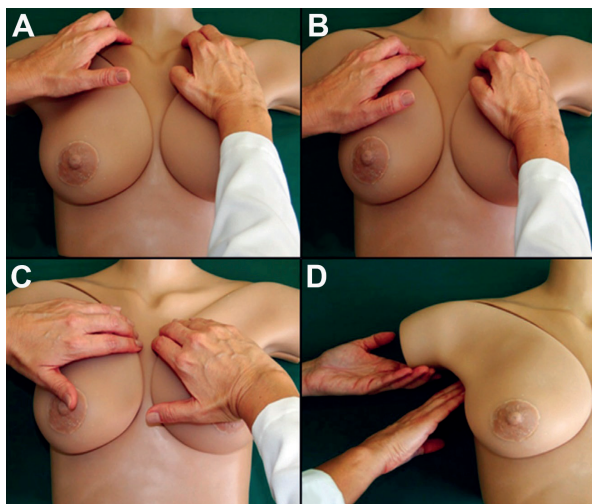
Inspeção dinâmica da mama

## 14.2.2. Palpação

### 14.2.2.1. Palpação dos linfonodos regionais

Envolve axilas, fossas supra e infraclaviculares, região paraesternal e cervical (vide Capítulo 8). A paciente deve estar sentada, com braços relaxados e com o examinador postado à sua frente. É solicitado que a paciente descance seu braço no ombro do examinador, enquanto o examinador realiza o exame com a mão contralateral espalmada. Para se palpar a cadeia axilar esquerda, o braço esquerdo do examinador apoia o braço esquerdo da paciente, que deve estar fletido e em ângulo de 90° com o tórax. Com a mão direita, o examinador palpa a cadeia axilar, nos diferentes níveis, bem como as fossas infra e supraclaviculares. Para se palpar a cadeia axilar direita, fazemos o oposto, e o examinador utiliza a mão esquerda para a palpação (**Figura 14.2**). As fossas supraclaviculares são examinadas pela frente da paciente ou por abordagem posterior. Linfonodos paraesternais e cervicais são palpados com o examinador de frente para a paciente.

**Figura 14.2:** Palpação dos linfonodos da região mamária



A: palpação de linfonodos supraclaviculares; B: palpação de linfonodos infraclaviculares; C: palpação de linfonodos paraesternais. D: palpação de linfonodos axilares.

Na presença de linfonodo palpável, deve-se observar as características dos linfonodos identificados, como a quantidade de linfonodos (se únicos ou múltiplos), tamanho (em centímetros ou milímetros), consistência (se rígido ou fibroelástico), mobilidade (se móvel ou imóvel à mobilização) e aderência a planos adjacentes (se presente ou ausente).

#### 14.2.2.2. Palpação das mamas

A paciente deve estar em decúbito dorsal, com os braços estendidos e as mãos debaixo da nuca. O examinador, com a face palmar da mão, utilizando as polpas digitais dos dedos indicador, médio e anular, deve iniciar de maneira superficial seguindo um sentido circular, percorrendo os quadrantes mamários da porção mais externa a mais interna, até chegar à porção central da mama, onde está o complexo areolopapilar, mediante compressões superficiais, médias e profundas. Pode ser realizada em duas técnicas complementares: (1) a de **Velpeaux**, deslizando a face palmar na mama, em movimento circular no sentido horário, com a mão espalmada; e (2) a de **Bloodgood**, dedilhando com a polpa dos dedos, semelhante ao tocar de pianos.



Palpação das mamas pelas técnicas de Velpeaux e Bloodgood

Deve-se observar, durante a palpação, a consistência do parênquima mamário (homogêneo ou granuloso), temperatura e volume do panículo adiposo, presença de condensações (áreas de alta consistência) ou nódulos. Se houver nódulos, observar limites, consistência, mobilidade, diâmetro e fixação a estruturas adjacentes, verificada pela imobilidade (ou baixa mobilidade) da mama na inspeção dinâmica. Nódulos irregulares, com pouca mobilidade, têm tendência à malignidade.

#### 14.2.3. Expressão dos mamilos

A expressão papilar deverá ser realizada se houver história de secreção espontânea ou presença de nódulos. Nesses casos, deve-se observar a cor, consistência, quantidade e local da secreção.

## 14.3. EXAME DO ABDOME

O abdome requer atenção especial no exame tocoginecológico, tanto na mulher não grávida quanto na grávida. É um procedimento com peculiaridades, cuja observância auxilia na prática clínica.

### 14.3.1. Exame do abdome em Ginecologia

A paciente deve estar em decúbito dorsal, com as pernas estendidas, a cabeça apoiada (para não contrair a musculatura), o abdome descoberto e o examinador ao lado direito da paciente. A sequência dos procedimentos nesse tempo são: inspeção estática, palpação superficial e palpação profunda (vide Capítulo 7). Na inspeção, deve-se atentar para a forma, distribuição do tecido celular subcutâneo, presença de cicatrizes, circulação venosa ou hérnias. A palpação superficial deve ser com a mão espalmada, realizando ligeiros movimentos circulares de cima para baixo, avaliando a camada subcutânea, a presença de dor ou tumor. Na palpação profunda, a mão deve estar em “concha”, fazendo movimentos circulares e em sentido perpendicular aos cólons, sendo realizado especialmente no andar inferior, em que a existência de tumores ginecológicos é mais frequente. Os hipocôndrios devem ser palpados, verificando fígado e baço. Os órgãos genitais internos normalmente não são palpáveis por via abdominal. A identificação desses órgãos indica que existe aumento de volume do útero ou anexos.

### 14.3.2. Exame do abdome em obstetrícia

Deve ser realizado com a gestante em decúbito dorsal, junto à borda do leito, com a cabeça levemente fletida, os membros superiores paralelos ao tronco e os inferiores em extensão e ligeira abdução. O abdome deve ser descoberto do púbis ao cavo epigástrico e a paciente deve estar com a bexiga vazia. O examinador se posicionará no nível

da cicatriz umbilical da gestante. A sequência dos procedimentos são: inspeção, palpação com medida de altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

#### 14.2.2.1. Inspeção obstétrica

Na inspeção do abdome, são observadas estrias, pigmentação da linha alba e depressão da cicatriz umbilical. Estrias recentes apresentam coloração vermelha, e as antigas branca nacarina. Estas se situam nas depressões da parede abdominal. Observa-se a forma do ventre, podendo considerar normal o formato ovoide e globoso. Ventres com forma de obus e pêndulo apresentam diástase, em graus variados.

#### 14.2.2.2. Palpação obstétrica

O palpar obstétrico inclui o útero e seu conteúdo. A parede uterina, normalmente, é reconhecida como elástica-pastosa-cística, com superfície lisa e regular. Deve-se estar atento para não confundir nódulos com partes fetais. A finalidade é reconhecer a situação intrauterina do feto, sua apresentação e posição. A sistematização da palpação obstétrica está descrita na literatura por duas técnicas: a francesa, descrita por Pinard, que compreende três tempos (exploração da cava, do fundo uterino e do dorso), e a alemã, conhecida como as manobras de Leopold-Zweifel.

A técnica alemã será descrita a seguir:

- **1º tempo** (exploração do fundo uterino): com a face palmar de ambas as mãos, delimitar o fundo uterino, deprimindo-o para caracterizar o segmento fetal aí localizado. Esse tempo visa dar orientação sobre a situação e apresentação fetais. A palpação do polo cefálico tem como características ser um corpo volumoso, de superfície regular, resistente e irreduzível, com duas regiões características, a occipital e a frontal. Pode-se perceber nesse tempo o rechaço, quando

há quantidade de líquido amniótico suficiente, sendo muito mais nítido com o polo cefálico. No polo pélvico, as características são: corpo mais volumoso, esferoide, de superfície irregular, resistente, porém redutível e com rechaço pouco nítido.

- **2º tempo** (exploração do dorso): realizado com o deslizamento das mãos do fundo uterino em direção ao polo inferior do útero. As mãos devem estar espalmadas nas laterais do útero, com os dedos direcionados para cima. O objetivo é a exploração do dorso para determinação da posição fetal. O lado uterino ocupado pelo dorso do feto se apresenta como superfície resistente, contínua e plana no sentido longitudinal e convexa no transversal. Voltado o dorso para o lado esquerdo materno, a posição será denominada de esquerda (ou primeira posição), e quando estiver para o lado direito, será posição direita (segunda posição). O dorso fetal é mais facilmente percebido na variedade anterior e as pequenas partes na variedade posterior.
- **3º tempo** (exploração da mobilidade cefálica): procura-se apreender o polo cefálico entre o polegar e o dedo médio, imprimindo-se movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia. Durante a gestação, a apresentação se encontra afastada do estreito superior, não tendo relação direta com a bacia. No início do trabalho de parto ou mesmo nos dias que o precedem, essa relação com a pelve materna é manifesta e se distinguem os seguintes graus evolutivos da altura da apresentação: (1) alta e móvel, quando a apresentação não toma contato com o estreito superior; (2) ajustada, quando ocupa a área desse estreito; (3) fixa, quando não se consegue mobilizar o polo cefálico; e (4) insinuada, quando a maior circunferência da apresentação transpõe a área do estreito superior.

- **4º tempo** (exploração do estreito superior): com o examinador de frente para os pés da gestante, as pontas dos dedos exercem pressão em direção ao eixo da entrada da pelve. Procura-se sentir o grau de penetração da apresentação na pelve e, dessa maneira, pode-se também reconhecer a cabeça fetal, que ocupa completamente a escava, e o polo pélvico que ocupa parcialmente a escava. A escava vazia sugere apresentação córmica (situação transversa).



Palpação obstétrica do útero pelas manobras de Leopold-Zweifel

#### 14.2.2.3. Medida da altura uterina

Para esse tempo, os procedimentos devem ser: (1) posicionar a gestante em decúbito dorsal, sendo que o abdome deve estar descoberto e a bexiga vazia; (2) delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino por meio da palpação; (3) procurar corrigir a comum dextroversão uterina; (4) fixar a extremidade inicial da fita métrica, flexível e não elástica, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio, e proceder a leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino (**Figura 14.3**). O objetivo é o acompanhamento do crescimento fetal e a detecção precoce de alterações. O padrão de referência são as curvas de altura uterina para idade gestacional preconizadas pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP).

Os pontos de corte serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino: o percentil 10 (para o limite inferior) e o percentil 90 (para o limite superior). Algumas correlações entre o tamanho uterino e a idade da gestação são destacadas na literatura: na 12ª semana, o útero preenche a pelve, sendo palpável na borda superior da sínfise púbica (tornando-se abdominal); na 16ª semana, encontra-se a meio caminho da sínfise púbica e cicatriz umbilical; na 20ª semana, localiza-se no nível da cicatriz umbilical. A partir da 20ª

semana, existe relação aproximada entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; esse parâmetro se torna menos fiel a partir da 30ª semana.

**Figura 14.3:** Medida do fundo uterino em gestante



#### 14.2.2.4. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

Permite verificar a vitalidade fetal, se a gestação é única ou múltipla e confirmar a apresentação e posição fetais. Ao examinar, deve-se: (1) posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto; (2) identificar o dorso fetal; (3) segurar o sonar Doppler no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal. O controle do pulso da gestante deve ser feito para certificar-se

de que os batimentos ouvidos são os do feto. Conta-se os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo. Consideramos normocardia o intervalo entre 110 e 160 batimentos por minuto. O BCF pode ser percebido pela ultrassonografia a partir da 5ª ou 6ª semana de gestação e pelo sonar Doppler entre 10ª e 12ª semanas. Nos casos de gemelaridade, identificar os locais de ausculta de cada feto. O foco máximo de ausculta está mais próximo do polo cefálico. Quando a apresentação é cefálica, o foco está nos quadrantes inferiores do abdome, quando é pélvica está nos quadrantes superiores, e quando é córmica, na linha média, está próximo da cicatriz umbilical.



Áudio dos batimentos cardíacos fetais

### 14.3. EXAME PÉLVICO

O exame pélvico é de suma importância no diagnóstico ginecológico e obstétrico e deve ser realizado após o exame do abdome.

#### 14.3.1. Exame dos genitais externos

Os genitais externos são examinados com a paciente em posição de litotomia na mesa ginecológica, isto é, em decúbito dorsal, nádegas junto à borda da mesa, com coxas e joelhos fletidos, descansando os pés nos estribos ou a fossa poplíteia nas perneiras. De preferência, a paciente deve estar usando apenas um avental com abertura posterior, e um lençol deve cobrir parcialmente seu abdome e coxas. Realiza-se, então, a inspeção estática e dinâmica e a palpação dos genitais externos. Para melhor visualizar o introito vaginal, o examinador deve afastar os pequenos lábios com uma das mãos usando o polegar e o indicador ou, de preferência, usando as duas mãos e apreendendo o terço médio dos pequenos lábios e tracionando-os levemente.

### 14.3.1.1. Inspeção

Inspecciona-se a genitália externa anotando a característica da pilificação, sua coloração, os grandes e pequenos lábios, as pregas interlabiais e a região perineal, descrevendo a presença de cicatrizes e lesões. Importante anotar quanto à pilificação triangular (característica feminina) ou em forma de losango, que demonstra hiperandrogenismo. Na adolescente, descrever a pilificação quanto ao estadiamento de Tanner. A coloração arroxeadada da vulva e introito vaginal caracterizam o sinal de probabilidade de gravidez de Chadwick/Jacquemier.

Para a inspeção dinâmica, solicita-se que a paciente realize manobra de Valsalva (ou esforço de tosse) e observa-se a presença ou não de proclividade das paredes vaginais anterior e posterior, assim como a abertura da rima vulvar, com formato em U ou em V, que demonstram se há rotura da musculatura perineal e frouxidão do assoalho pélvico.



Inspeção dinâmica da genitália externa

### 14.3.1.2. Palpação

Palpa-se a região inguinal bilateral para determinar se há linfonodomegalias, possível aumento de volume das glândulas de Skene na região parauretral, e, próximo à fúrcula, bilateralmente, possível aumento das glândulas de Bartholin.

## 14.3.2. Exame dos órgãos genitais internos

Os órgãos genitais internos são avaliados por meio do toque e do exame especular. O exame especular deve preceder o toque vaginal quando se pretende coletar material para citologia ou bacterioscopia (quando é importante avaliar o conteúdo vaginal, pois o uso do lubrificante para o toque pode modificá-lo) e nos casos de sangramento genital. Ausentes essas indicações, o toque vaginal pode ser realizado

antes do exame especular e vai sinalizar a posição do colo, o comprimento e elasticidade vaginal e possíveis dificuldades à introdução do espécúlo.

#### 14.3.2.1. Toque vaginal ginecológico

Realiza-se o toque vaginal com a mão dominante enluvada e lubrificada, abrindo o introito com os dedos anelar e polegar e introduzindo, de início, somente o dedo indicador e, caso haja boa elasticidade e capacidade do canal vaginal, introduz-se também o dedo médio. Avalia-se a elasticidade e a profundidade da vagina, os fundos de saco vaginais, a presença, posição e consistência do colo uterino, sua mobilidade, verificando se a paciente apresenta dor à mobilização. Depois realiza-se, ao mesmo tempo, a palpação da pelve com a mão oposta para examinar o corpo uterino, caracterizando, assim, o toque bimanual. Avalia-se tamanho, forma, superfície, consistência e mobilidade do útero. O útero não grávido tem formato de pera, consistência semelhante à de cartilagem, é móvel e geralmente se encontra em posição de anteversoflexão, com o colo voltado para a parede vaginal posterior. Normalmente, trompas e ovários não são perceptíveis, apenas em pacientes magras que conseguem se manter com bom relaxamento abdominal durante o exame. Por vezes se consegue perceber os ovários, principalmente o do lado direito, pois a percepção do ovário esquerdo é dificultada pelo sigmoide.

#### 14.3.2.2. Toque vaginal obstétrico

Em caso de gestação no primeiro trimestre, o útero grávido se encontra ainda intrapélvico e é possível avaliar a idade gestacional e os sinais de probabilidade de gravidez: amolecimento do colo (sinal de Goodell), fundos de saco ocupados pelo útero globoso (sinal de Nobile-Budin), pulsação arterial na vagina (sinal de Oslander) e amolecimento do istmo (sinal de Hegar). Na gestação mais avançada, deve-se avaliar o comprimento e se há abertura do colo; caso o colo

esteja aberto, deve-se evitar adentrar o canal cervical, a não ser durante o trabalho de parto, quando se deve avaliar a dilatação. Deve-se avaliar se a bolsa das águas está íntegra e qual a apresentação fetal.

No toque vaginal, também é possível avaliar a pelve materna, procurando perceber se o promontório é acessível e se as espinhas ciáticas são muito próximas ou proeminentes. A apresentação fetal e sua descida, durante o trabalho de parto, devem ser avaliadas por meio do toque vaginal. Para esse propósito, a posição lateral-oblíqua esquerda (ou posição de Sims) também pode ser utilizada. Como alternativa, quando não se dispõe de mesa ginecológica adequada e na gestante em trabalho de parto, examina-se a paciente na cama, em decúbito dorsal, solicitando que deixe os calcanhares próximos e que afaste bastante os joelhos para a realização do toque.

#### 14.3.2.3. Toque retal

Algumas alterações podem ser mais bem investigadas através do toque retal, como a endometriose do septo retovaginal e do ligamento uterossacro. Também é importante sua realização para avaliação das pacientes virgens com suspeita de massa pélvica. É feito unidigitalmente, com a mão enluvada e, de preferência, utilizando gel anestésico. Alguns autores defendem a realização de exame retovaginal, introduzindo o dedo indicador na vagina e o dedo médio no reto, aproximando esses dedos com movimento de tesoura para identificar alterações no septo retovaginal.

#### 14.3.2.4. Exame especular

Para o exame especular, o instrumento do tipo Collin é o mais comumente utilizado no Brasil, porém também pode ser usado o espéculo vaginal tipo Pederson/Graves ou Cusco.

Os espéculos possuem numeração de acordo com seu tamanho: número 0 (espéculo de virgem); número 1 (pequeno); número 2 (mé-

dio) e número 3 (grande). A escolha do espéculo depende dos achados na inspeção da genitália e no toque vaginal. Em pacientes idosas, mesmo múltiparas, deve-se utilizar espéculos menores, devido à diminuição da elasticidade vaginal.

Para sua introdução, primeiro apresenta-se o aparelho com a mão dominante e abre-se o introito vaginal com os dedos indicador e polegar da mão oposta. O aparelho é inserido em posição oblíqua e faz-se uma rotação de 45° para que fique em situação transversa dentro da vagina. Procede-se a abertura do espéculo para afastar a parede vaginal anterior da posterior, possibilitando a visualização das paredes vaginais laterais, fundos de saco e colo uterino, se presente. Descreve-se o aspecto do conteúdo vaginal, das paredes vaginais e do colo uterino, a junção escamocolunar e o óstio externo do útero e pode ser realizada a coleta de material para exame citológico e bacteriológico. No menacme, as paredes vaginais se encontram róseas e rugosas, já na pós-menopausa, tornam-se pálidas e lisas. Na grávida, é possível perceber a coloração violácea da vagina e do colo uterino, caracterizando o sinal de probabilidade de gravidez de Kluge.



Exame especular

#### 14.4. AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Profa. Dra. Nara Macedo Botelho por nos ceder gentilmente imagens e vídeos referentes ao exame tocoginecológico.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buchabqui JA, Abeche AM, Nickel C. Assistência Pré-Natal. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. 6a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 25-44.

Costa TFDA, Botelho NM, Vasconcelos CRA, Teixeira MA. Simulando Atenção à Saúde para Consolidação da Formação Médica: Manual do Exame Ginecológico e Obstétrico. Belém: Ufpa; 2014.

Delascio D, Guariento A. Semiologia Obstétrica. In: Delascio D, Guariento A. Obstetrícia Normal Briquet. 3a ed. São Paulo: Sarvier; 1987. p. 191-213.

Druszcz MDB, Botogoski SR, Pires TMS. Semiologia Ginecológica: O Atendimento da Mulher na Atenção Primária à Saúde. Arq Med Hosp Fac Cienc Med. 2014;59(3):144-51.

Filassi JR, Ricci MD. Rastreamento do Câncer de Mama e Propedêutica Mamária. In: Fernandes CE, Sá MFS, Silva Filho AL. Tratado de Ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 920-23.

Lasmar RB, Bruno RV, Santos RLC, Lasmar BP, Costa Soares MC, Macchione RF. Anamnese e Exame Físico. In: Lasmar RB, Bruno RV, Santos RLC, Lasmar BP. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 3-10.

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

Rezende J, Montenegro CAB. Propedêutica da Gravidez. In: Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental. 13a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 161-87.

Sartori MGC, Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR. Exames Físico Geral e Ginecológico. In: Baracat EC, Lima GR. Ginecologia-Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/EPM. Barueri: Manole; 2005. p. 7-11.

Secretaria da Saúde de São Paulo. Linha de Cuidado Gestante e Puérpera: Manual Técnico do Pré-Natal, Parto e Puerpério. São Paulo: SES/SP; 2018.

Xavier NL, Salazar CC. Consulta Ginecológica. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em Ginecologia. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 2533.

# 15. O EXAME PSÍQUICO

Kleber Roberto da Silva Gonçalves de Oliveira

Tiago Braga Duarte

Fábio Leite do Amaral Junior

## 15.1. INTRODUÇÃO

Também chamado “exame do estado mental”, o exame psíquico é uma avaliação do funcionamento mental do paciente, com base nas observações que foram feitas durante a anamnese. Logo, é fácil inferir que ele começa desde o primeiro contato com o paciente e se finda ao mesmo tempo em que se completa a tomada da sua história. Dessa forma, como todos os médicos, o psiquiatra deve ter disposição ao contato interpessoal, o que inclui características como empatia, paciência e resiliência.

Podemos traçar uma interessante analogia entre a Psiquiatria e a Cirurgia, no sentido de que, à semelhança da Cirurgia, em que as condições ideais do paciente (baixo risco anestésico, programação eletiva, circunscrição da alteração a ser corrigida) auxiliam o trabalho, uma entrevista psiquiátrica pode ser muito facilitada se: (1) o paciente estiver consciente, orientado e colaborativo; (2) não oferecer resistências; (3) for capaz de expor com clareza e riqueza de detalhes os seus sintomas. Entretanto, há um complicador na saúde mental, uma vez que em muitas ocasiões a própria problemática que traz o paciente a se consultar prejudica a sua forma de pensar, a estruturação do seu discurso e a sua capacidade de julgamento.

A entrevista clínica, portanto, é um dos principais canais através do qual se estabelece a relação entre médico e paciente. Especificamen-

te na psiquiatria, isso se torna bastante evidente, já que o diálogo entre o médico e o doente não é apenas fonte de informações da anamnese, mas também instrumento para acessar e explorar o psiquismo do indivíduo que sofre e para instituir e garantir o tratamento. Assim, o próprio diálogo já possui certo valor terapêutico.

## 15.2. ANAMNESE PSIQUIÁTRICA

O objetivo da entrevista psiquiátrica é obter dados acerca dos problemas mentais que o paciente sofre e codificá-los perante os métodos psicopatológicos, a fim de planejar e intervir terapêuticamente. É importante ressaltar que a entrevista psiquiátrica pode acontecer em diversos contextos institucionais, não se limitando ao ambiente de consultório. Apesar disso, alguns requisitos são importantes para a garantia de uma entrevista realizada com qualidade.

Primeiramente, é crucial a disponibilidade de um ambiente fechado, confortável, livre de ruídos e com temperatura amena. No início, é importante que o médico se apresente, esclareça o objetivo da entrevista e, se possível, obtenha o consentimento do paciente. É ideal que se estabeleça um fluxo de exposição de pensamento pelo paciente com o menor número de interrupções possíveis, podendo-se interromper somente quando necessário para a condução da história clínica. O diálogo deve ser tão informal quanto possível, e busca-se evitar perguntas fechadas, isto é, que limitam as possibilidades de resposta a um simples sim ou não. Muitas vezes, os pacientes se utilizam de jargões, tais como “ansioso”, “nervoso”, “deprimido”. Nesses casos, é essencial que se peça ao paciente para explicar o que significam os termos utilizados.

O entrevistador é um agente chave nessa organização. Ele deve ser eficiente, natural, humano e dotado de habilidade, em parte apreendida e em parte intuitiva, que se revela pelas perguntas que formula, que deixa de formular e pela decisão de quando e como falar ou

apenas calar. Além disso, é atributo desse profissional a capacidade de acolher e ouvir as dificuldades dos pacientes, com paciência e respeito. Inclui-se nesse arsenal também a habilidade de definir limites a pacientes invasivos ou agressivos, com o fito de salvaguardar a si próprio e o contexto da entrevista.

Na relação entre médico e paciente, é importante reconhecer que o paciente não é apenas racional e objetivo, mas que armazena expectativas tanto conscientes quanto inconscientes. Esse repertório emocional detido pelo paciente se revela, na entrevista, na forma de impulsos, defesas e atitudes que se projetam em direção ao entrevistador. Esse fenômeno é definido como transferência. Da mesma forma, da transferência vivenciada pelo clínico nasce a contratransferência, na qual o profissional projeta no paciente, inconscientemente, sentimentos nutridos no passado. A identificação dessas reações é, portanto, essencial para a dinâmica da relação do profissional com o paciente.

A despeito da espontaneidade de uma anamnese, é mister que se tenha em mente uma estrutura, a qual visará a uma condução mais organizada do fluxo de pensamento do paciente. Abaixo, segue uma estrutura de entrevista psiquiátrica convencional.

- **Identificação:** é o momento em que se almeja saber quem é a pessoa, colhendo informações como nome, data de nascimento, sexo, estado civil, naturalidade, nível de instrução, profissão, etnia, religião, residência, procedência, filiação, bem como nome dos acompanhantes e grau de parentesco.
- **Queixa principal:** constitui o cerne da história da doença atual e precisa ser sucinta, com até no máximo três queixas. A queixa principal é redigida com as palavras do paciente. Parece ser a mais simples, porém é a parte mais crucial e complexa para a conduta clínica. Se nenhuma queixa for apresentada, isso deve ser mencionado.
- **Motivo do atendimento:** esse item somente existirá caso o paciente não tenha consciência de sua morbidade, sen-

do geralmente fornecida por um familiar. As palavras do informante devem, assim como na queixa principal, serem redigidas literalmente.

- **História da doença atual:** consta de um relato em ordem cronológica do início e da evolução da doença. Aqui, ressaltam-se também os fatores desencadeantes, os tratamentos prévios e sintomas associados. Nessa parte, incluem-se as alterações psíquicas e físicas que foram informadas com a pesquisa ativa do entrevistador, bem como os “negativos pertinentes”, que são certos sintomas cuja ausência pode ter importância clínica para o diagnóstico. Além disso, é fundamental que se avaliem o impacto da doença sobre o paciente, quais atividades foram interrompidas e como o paciente se adaptou às limitações surgidas após a doença. Todas as queixas que aparentam ter relação com a doença atual devem ser inseridas nesse item.
- **História patológica progressa:** estados mórbidos prévios que não possuem relação direta ou indireta de causa e efeito com o quadro patológico em curso. Muitas vezes, esse item é composto de condições não psiquiátricas. Nesse momento, cabe relatar informações sobre hospitalizações e procedimentos cirúrgicos prévios, história de traumatismo, tontura, desmaios, cefaleia, crises convulsivas e episódios de confusão mental. Além disso, vale verificar quais medicamentos estão sendo utilizados, se há consumo de substâncias psicoativas e se há o hábito de consumir bebidas alcoólicas, café e tabagismo.
- **História pessoal:** nesse item, reservam-se os dados sobre a vida do paciente, desde o momento em que foi concebido até o presente momento. É importante ressaltar que a obtenção de uma história pessoal completa nunca será possível, não se devendo esperar que todas as informações sejam colhidas numa única entrevista. Deve-se, assim, questionar acerca da infância (desenvolvimento psicomotor, eventos

traumáticos na infância, distúrbios emocionais precoces, como terror noturno, tiques, chupar dedo, enurese noturna, distúrbios alimentares, socialização e aproveitamento escolar, ansiedade de separação), da puberdade (como as modificações corporais foram vivenciadas e as suas repercussões emocionais), da adolescência (desempenho escolar, uso de álcool e drogas, delinquência e relacionamentos interpessoais), da sexualidade (início, qualidade e características da vida sexual, preferência, orientação, número de parceiros), da vida laborativa (vocação, quando começou a trabalhar, número de empregos e tempo de permanência em cada um deles, relacionamento com chefes e colegas de trabalho) e da personalidade pré-mórbida do paciente (relacionamentos sociais, interesses, hábitos de lazer, valores, independência/dependência, atividade/passividade).

- **História social:** abordam-se questões tangentes às condições socioeconômicas e culturais do paciente, à sua moradia (quantas pessoas convivendo no mesmo ambiente e quantos cômodos), às características da vizinhança, à atividade ocupacional atual, às atividades religiosas e políticas e aos antecedentes criminais.
- **História familiar:** nessa parte, questionam-se tanto as doenças psiquiátricas e não psiquiátricas da família, bem como os relacionamentos com os pais, se houve separação, quem foram os responsáveis pela criação do paciente, se possui irmãos, qual a diferença de idade e a ordem de nascimento, qual a personalidade dos irmãos e de outros familiares que tenham tido participação efetiva na educação e sustentação emocional do paciente. Também deve ser interrogada a história conjugal, sobre o casamento (tempo e qualidade), se há conflitos conjugais, qual a personalidade do cônjuge, pesquisar se tem filhos, noras e enteados, repercussões emocionais em caso de viuvez ou separação etc.

Para a coleta de forma precisa e confiável, técnicas que visam a melhoria da validade da informação são implementadas. São elas as técnicas de abertura, de esclarecimento e de direcionamento.

A técnica de abertura tem a finalidade de obter os sintomas. Para tanto, lança-se mão de questões, que podem ser tanto abertas quanto fechadas. Enquanto as abertas permitem respostas espontâneas, porém com risco de serem longas e imprecisas, as fechadas propiciam rapidez e maior foco, apesar de inibirem a expressão da emoção. Exemplo de questão aberta: “o que posso fazer por você?”. Exemplo de questão fechada: “você tem se sentido deprimido?”.

Por outro lado, as técnicas de esclarecimento consistem na investigação das visões que foram trazidas pelo paciente em relação aos seus próprios problemas. Elas oferecem importância significativa pois, muitas vezes, a perspectiva do paciente pode estar distorcida.

Por fim, usam-se técnicas de direcionamento, as quais, em suma, buscam controlar o andamento da entrevista e são extremamente úteis em pacientes que divagam demasiadamente. Como exemplo de técnica de direcionamento, citam-se frases de continuação, como “Certo... Compreendi...”, além de frases de transição, que podem ser suaves (“e estes problemas de sono afetam o seu humor?”), acentuadas (resume-se o que o paciente apresentou e faz-se uma pergunta sobre outro tópico) ou abruptas (rompe-se repentinamente o relato de um tópico).

### **15.3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MENTAL**

Nessa etapa do exame psíquico, busca-se a apreensão de fenômenos como memória, atenção, orientação temporal e espacial, inteligência, motricidade, linguagem, forma de pensamento e as elaborações de juízo, ou seja, as principais funções psíquicas, bem como suas alterações. Assim, o exame estruturado do estado mental atual do paciente se inicia desde o começo da avaliação e permite o acesso

às funções psíquicas daquele, principalmente por meio de perguntas dirigidas. O exame psíquico requer um rebuscamento do olhar do psiquiatra para as eventuais pequenas nuances de tais funções, que podem ser manifestações dos mais diversos transtornos psiquiátricos.

São exemplos de sinais de doença mental certas alterações na fisionomia do paciente, tiques, estereotípias, risos imotivados, bloqueio de pensamento, catatonia, delírios, mussitações, agitação psicomotora etc. O sintoma é a queixa relatada pelo paciente e que só ele consegue perceber, e se refere às sensações vividas e descritas, tais como dores, tonturas, palpitações, medo, alucinações, percepções, tristeza etc. Cumpre ressaltar que todo encontro entre médico e paciente se dá no espaço intersubjetivo, de modo que as queixas relatadas que norteiam a avaliação subsequente e a hipótese diagnóstica podem variar a depender do encontro estabelecido.

O profissional deverá, portanto, filtrar das queixas relatadas aquilo que de fato é indicativo da doença, discriminando se o sintoma referido tem como significado uma doença, para que a expressão das queixas do paciente não confunda, em vez de elucidar o diagnóstico. Esse julgamento sobre quais são os sintomas importantes, assim como o direcionamento da coleta de dados, é feito pelo médico. Portanto, a experiência clínica é o encontro entre duas subjetividades, levando o médico a escolher dentre os sintomas relatados e os sinais percebidos aqueles que considera importantes para o diagnóstico.

A expressão dos sintomas varia com a fase do desenvolvimento do indivíduo, com a cultura, com o acesso à linguagem partilhada e com aspectos próprios de grupos e de cada indivíduo. A desconsideração, por parte do médico, de determinadas queixas e a ênfase em outras faz parte do “quebra-cabeça” que será montado. O diagnóstico clínico é, portanto, um processo intersubjetivo, em que o médico tem a função de tradutor.

É válido ressaltar ainda que, além do registro das alterações psicopatológicas, faz parte do exame psíquico a descrição das funções

mentais preservadas. Descreveremos com detalhes as principais funções mentais a serem avaliadas.

### **15.3.1. Apresentação**

É a forma com que o paciente se mostra à consulta. O aspecto geral e autocuidados (condições de higiene, cabelo, barba, vestuário), fâcias (melancólica, inexpressiva, preocupada), olhar (fixo, fugidio), mímica, postura (altiva, retraída), contato e atitude durante a entrevista (hostilidade, colaboração, sedução, desconfiança).

### **15.3.2. Consciência**

É uma entidade estrutural que condiciona o vivenciar, integrando os fenômenos psíquicos e permitindo a interação do indivíduo com o meio ambiente. Possui dimensão quantitativa (nível de consciência) e qualitativa.

### **15.3.3. Orientação**

É a capacidade de situar-se em relação a si e ao mundo no tempo e no espaço. Está subordinada a outras funções, sendo que só é possível estar orientado quando a atenção e a memória estão íntegras.

### **15.3.4. Atenção**

É a capacidade de direcionar a consciência. Divide-se basicamente em atenção espontânea e atenção voluntária.

### **15.3.5. Memória**

É responsável por registrar, fixar e reproduzir informações apreendidas pelos sistemas sensoriais.

### 15.3.6. Sensopercepção

Como o próprio nome sugere, é composta pelas sensações e percepções. É a capacidade de captar um estímulo físico ou químico tátil, gustativo, olfativo, visual, auditivo, cinestésico (movimentos corporais) ou cenestésico (sensações intracorpóreas) e transmiti-lo pelas vias neuronais até o córtex cerebral.

A sensopercepção pode estar alterada quantitativamente. Por exemplo, um paciente em mania pode perceber o mundo como mais colorido, mais nítido ou um som baixo como um estrondo; um paciente depressivo pode ver matizes de cores mais opacas e alimentos sem sabor.

As ilusões e alucinações são as alterações qualitativas da sensopercepção, sendo mais importantes na psicopatologia. As ilusões são deformações da percepção que vem de um objeto real e presente. Acontecem em estados de rebaixamento do nível de consciência, fadiga intensa ou estados afetivos muito importantes, neste caso chamadas ilusões catatímicas. As alucinações verdadeiras são percepções de objetos (por qualquer um dos sentidos) sem a sensação real, pois não há de fato o estímulo sensorial.

### 15.3.7. Pensamento

Constitui um ato relacionado à capacidade de se suceder imagens ou representações mentais, passíveis de expressão pela linguagem, as quais correspondem à atividade intelectual e emocional do indivíduo. Por meio dele, compreendemos o mundo, ajustamo-nos a ele e asseguramos nossa existência. Do ponto de vista didático, o pensamento deve ser avaliado em três esferas: forma, curso e conteúdo.

### 15.3.8. Linguagem

É muito frequente que haja confusões ao avaliar a linguagem clinicamente, pois há corriqueira inter-relação entre distúrbios de fala

e os de articulação da voz. O avaliador deve ter em mente que muitas das alterações de linguagem são resultado de quadros neurológicos basais, como a afasia de expressão (Broca) e a afasia de compreensão (Wernicke).

### **15.3.9. Juízo**

É a capacidade de julgar a realidade e comparar valores. Esse julgamento inclui uma porção de individualidade subjetiva, mas também uma concordância com os valores socioculturais de cada pessoa. Dessa forma, juízos falsos podem ser ou não patológicos, por exemplo: preconceitos, ignorância, dogmas religiosos etc.

### **15.3.10. Crítica**

É a capacidade de confrontar juízos sobre si mesmo e sobre o mundo para chegar a uma verdade por meio de deduções, induções e analogias. Encontra-se comumente prejudicada em quadros de psicose.

### **15.3.11. Afetividade**

Abrange a vida emocional do indivíduo, sendo os sentimentos, as emoções e o humor o seu conteúdo. Possui como características tônus, modulação, ressonância e congruência. O tônus corresponde à carga de afeto dirigido e pode estar aumentado em indivíduos em mania ou com temperamento hipertímico e diminuído na depressão. A modulação se refere à variação do afeto. A ressonância é a capacidade de vibrar e compartilhar o mesmo afeto com o outro. Já a congruência é a tendência de o afeto acompanhar a vivência que o provocou.

Na labilidade afetiva, há uma extrema facilidade em passar rapidamente de um estado afetivo para outro, com aumento da modulação do afeto. Já no embotamento afetivo, há um empobrecimento global

e intenso da vivência afetiva, com tónus diminuído, diminuição da modulação e pouco ressonante, podendo ocorrer na esquizofrenia.

### **15.3.12. Vontade**

A natureza da volição depende do conteúdo das intenções, mas a intensidade do ato volitivo geralmente depende da afetividade. Na hipobulia, o indivíduo se queixa de falta de vontade, desânimo, com sentimento de passividade, ocorrendo frequentemente na depressão. Na hiperbulia, por sua vez, qualquer estímulo se constitui em motivação, com sentimento de efetividade e maior energia, ocorrendo na mania. São exemplos de alterações qualitativas da vontade: negativismo passivo ou ativo (presente na catatonía), pedofilia, exibicionismo e fetichismo (parafilias sexuais).

### **15.3.13. Psicomotricidade**

Corresponde à linguagem corporal dos indivíduos, sendo muitas vezes a manifestação corpórea do pensamento e da produção psíquica.

### **15.3.14. Inteligência**

É o conjunto das habilidades cognitivas do indivíduo, a somatória de capacidades de resolver problemas, aprender novas habilidades, o raciocínio, a abstração e a aprendizagem por experiência, sempre com o intuito final de melhor se adaptar às exigências do ambiente.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Cheniaux E Jr. Manual de Psicopatologia. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

Dalgarrondo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Good BJ. The Heart of What's the Matter the Semantics of Illness in Iran. *Cult Med Psychiatry*. 1977;1(1):25-58.

Guimarães-Fernandes F, Humes EC, Cardoso F, Hortêncio LOS, Miguel EC, editores. *Clínica Psiquiátrica: Guia Prático*. 2a ed. Barueri: Manole; 2021.

Pondé MP. A Crise do Diagnóstico em Psiquiatria e os Manuais Diagnósticos. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2018;21(1):145-66.

Zuardi AW, Loureiro SR. *Semiologia Psiquiátrica*. Medicina (Ribeirão Preto). 1996;29(1):44-53.

## 16. USO DE APLICATIVOS NO EXAME FÍSICO

Givago da Silva Souza

Bruno Lopes Santos-Lobato

### 16.1. INTRODUÇÃO

O exame físico em medicina pode ter modificado pouco em suas bases nas últimas décadas, porém a introdução de novas tecnologias em tarefas clínicas, como a aferição de sinais vitais e ausculta, tem o potencial de otimizar a capacidade do médico em fazer diagnósticos clínicos cada vez mais corretos.

O celular smartphone, item quase obrigatório na modernidade, é dotado de vários tipos de sensores que podem expandir nossa capacidade de ver, ouvir e tocar. Como tais habilidades são essenciais na semiologia médica, é natural que cada vez mais aplicativos de celular sejam produzidos para servir aos profissionais de saúde. Por exemplo, profissionais de saúde com deficiências sensoriais (principalmente visão e audição) podem se beneficiar dessa tecnologia.

Além disso, a pandemia da covid-19 nos tem levado a usar cada vez mais a telessaúde, o que inclui a avaliação médica de um paciente em outra cidade, estado ou país. Os aplicativos também têm sido usados para exames físicos à distância (monitorização remota), o que era inconcebível até pouco tempo atrás. A introdução dessas tecnologias na área da saúde criou inclusive um termo denominado mHealth, o qual representa a prática em saúde pública ou médica com o suporte de aparelhos móveis, como celulares, ou “vestíveis” (do inglês *wearables*). Estima-se que mais de 500 milhões de pessoas devam ter algum aplicativo mHealth em seu smartphone.

Como o objetivo de fazer uma breve revisão do uso de aplicativos de celular no exame físico, trataremos de três temas: avaliação de sinais vitais; avaliação de sons cardíacos e pulmonares (ausculta); e avaliação funcional neurológica. Neste último caso, serão apresentadas soluções que estão sendo desenvolvidas por pesquisadores da Universidade Federal do Pará.

## 16.2. MONITOR DE RITMO CARDÍACO

Em geral, os aplicativos de celular úteis para o exame físico podem ser divididos em aplicativos com e sem acessórios. Esses acessórios são produzidos especialmente para a captura de informações específicas, como temperatura, saturação periférica de oxigênio e frequência cardíaca, o que aumenta a confiabilidade dos dados. Nesses casos, geralmente o público precisa comprar o acessório, e o aplicativo pode ser adquirido gratuitamente. Contudo, tais aplicativos não têm utilidade sem o acessório.

Os aplicativos sem acessórios utilizam o próprio hardware do celular (câmera, microfone, lanterna) para fazer mensurações de informações clínicas. Considerando que essa não é a função original do celular, a confiabilidade dos dados adquiridos dessa forma é baixa.

Nas lojas virtuais dos grandes sistemas operacionais (Apple Store e Google Store), qualquer usuário pode ter acesso gratuito e imediato a alguns desses aplicativos.

Em relação à monitorização de ritmo cardíaco, os aplicativos medem a frequência cardíaca pela detecção de mudanças no volume de sangue abaixo da superfície da pele através da câmera. Chamamos esse método de fotopletismografia. Alguns exemplos de aplicativos sem acessórios podem ser encontrados a seguir:

- **Instant Heart Rate – HR Monitor & Pulse Checker (Azumio, Inc.):** esse aplicativo tem a interessante funcionalidade de avaliar a frequência cardíaca sem o uso de acessórios. O

usuário coloca a ponta de seu dedo indicador sobre a câmera do celular por 15 segundos e sua frequência cardíaca é revelada. O tutorial de explicação do seu uso é bom e direto, feito para uso de leigos. Ponto forte: a página do fabricante informa que o aplicativo já tem mais de 35 milhões de downloads, e os comentários sobre seu funcionamento são positivos, em geral. Pontos fracos: a versão gratuita tem muitos anúncios durante a operação, o que atrapalha o uso. Além disso, você precisa abrir uma conta para continuar usando.

- **Cardiio (Cardiio, Inc.)**: é semelhante ao Instant Heart Rate, porém graficamente superior. Pontos fortes: o aplicativo permite que você olhe a tela do celular para saber se seu dedo está bem acoplado à câmera. Além disso, você pode usar sem abrir contas, e não há anúncios atrapalhando a visualização. Pontos fracos: há falhas na leitura da frequência cardíaca.

Um ponto importante: alguns dos aplicativos avisam ao usuário que esses dados podem ter imprecisões e que seu uso médico não é adequado. Logo, os usuários da área médica devem estar atentos a isso.

### 16.3. AUSCULTA

Existem vários aplicativos de ausculta (cardíaca e pulmonar) disponíveis nas lojas virtuais. A maioria depende de acessórios (estetoscópio eletrônico) com modelos que lembram um estetoscópio, ou com formatos alternativos, que estão ligados com ou sem cabo (*wireless*). Os transdutores de som geralmente são microfones ou sensores piezoelétricos, usados nos mesmos pontos de ausculta do estetoscópio clássico e transformados em sinal elétrico. Com a conversão, os sons podem ser amplificados, filtrados e processados. Para ouvir os sons, os aplicativos sugerem o uso dos fones de ouvido, que realçam o som grave da ausculta.

O grande diferencial dos estetoscópios eletrônicos é a possibilidade de reproduzir livremente os sons e gravar para compartilhar a

ausculta com outras pessoas. Isso traz vantagens inéditas ao clínico, que pode analisar os achados com maior precisão, incomodando menos o paciente. Além disso, durante a pandemia, houve uma maior demanda por uma solução de ausculta com menor contato entre paciente e médico, para reduzir a chance de contaminação por SARS-CoV-2.

Dentre os aplicativos de ausculta que utilizam acessórios, destacam-se:

- **Eko (Eko Devices, Inc.):** esse aplicativo utiliza dois tipos de acessórios de captura de sons, um de modelo tipo estetoscópio clássico e outro modelo com forma retangular, que tem função de ausculta e de eletrocardiograma. Tem sido avaliado positivamente nas lojas virtuais, com grande número de downloads, competindo diretamente com o estetoscópio eletrônico de marcas conhecidas, como Littmann e Welch-Allyn.
- **STETHOSCOPE mHEALTH (IT for You):** mesmo sendo mais simples, esse aplicativo tem sido bem avaliado nas lojas virtuais. Como diferencial, o acessório de captura de som pode ser montado pelo usuário através de impressão 3D, e o projeto está disponível gratuitamente no site do aplicativo. Esse aplicativo também permite que os sons possam ser captados diretamente pelo microfone do celular, mas a qualidade é ruim e não permite melhor análise.

### **16.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL NEUROLÓGICA POR SENSORES INERCIAIS EM CELULAR**

Nos últimos anos, sensores inerciais (acelerômetros e giroscópios) têm sido aplicados para avaliação de uma série de funções de interesse na semiologia neurológica, como a avaliação de tremores, equilíbrio e marcha. Um dos motivos é que os aparelhos celulares atuais já são equipados com acelerômetros e giroscópios, o que per-

mite o uso mais amplo de aplicativos que utilizam essas informações. Também existem acessórios mais dedicados para a função de sensor inercial, que podem ser acoplados ao celular. Os exemplos mostrados a seguir foram todos registrados com um aplicativo experimental, chamado Momentum, que está sendo desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal do Pará e da Universidade do Estado do Pará. Comentaremos o atual estado da arte na monitorização de tais funções.

### 16.3.1. Tremor

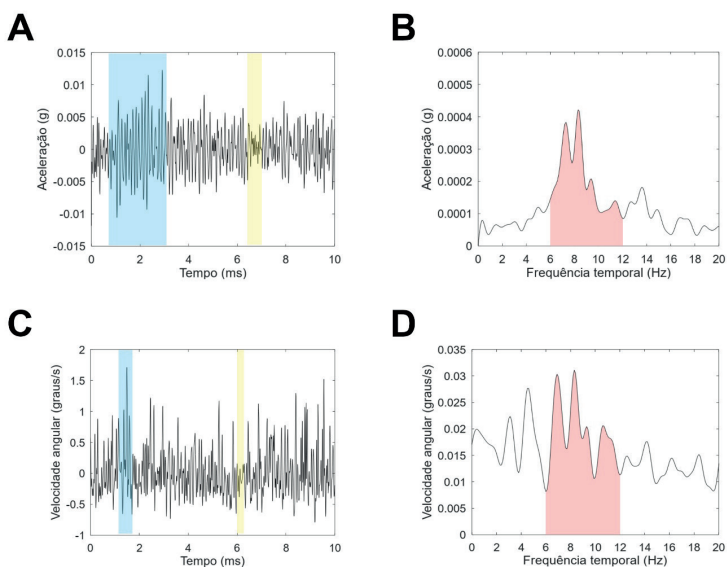
Sendo um dos principais achados em doenças que envolvem o sistema nervoso, os tremores podem ser encontrados em distúrbios como tremor essencial, doença de Parkinson e efeitos adversos de medicações e outras substâncias.

Para distinguir do tremor fisiológico, não relacionado a doenças, a análise das características do tremor é fundamental. Variáveis como local do tremor, condição de ativação, frequência e amplitude são usadas pelo clínico na prática diária para a avaliação diagnóstica. Nesse sentido, o uso de sensores inerciais para tremores pode ser útil na (1) avaliação das características do tremor; (2) na monitorização contínua do tremor; e (3) no diagnóstico diferencial dos tremores.

Vamos usar, como exemplo, um paciente com doença de Parkinson e tremores com mãos em repouso, tendo os movimentos de suas mãos monitorizados por um acelerômetro e um giroscópio. A série temporal de registros pode ser processada usando um procedimento matemático chamado transformada de Fourier, que a decompõe em uma soma de funções senoidais com diferentes amplitudes, frequências e fases. No domínio do tempo, o tremor pode ser caracterizado pela amplitude do sinal: quanto maior a amplitude, maior é a magnitude do tremor, como visto nos trechos sombreados em azul nas séries temporais das **Figuras 16.1A e C**. Da mesma forma, quanto menor é a amplitude naquela janela temporal, menor é o tremor do paciente (intervalos com sombras amareladas nas **Figuras 16.1A e C**).

No domínio das frequências, uma forma comum de caracterizar o tremor é pela indicação da frequência (ou faixa de frequências) de maior amplitude. A literatura tem mostrado que a faixa de frequência dos tremores depende do local do corpo onde se registra o tremor. De uma forma geral, quanto mais distal é o segmento corporal, maior é o valor das frequências de ressonância daquele segmento. Na mão, por exemplo, as frequências com maior energia no tremor de repouso estão entre 6 e 12 Hz (sombra vermelha na **Figura 16.1C**). Uma série de doenças neurológicas (como doença de Parkinson) apresenta tremores na mesma faixa de frequência do tremor fisiológico, no entanto, a energia das oscilações nessa faixa de frequência é maior que o tremor fisiológico.

**Figuras 16.1:** Registros de tremor de repouso da mão registrados com o aplicativo Momentum



Os registros inerciais foram obtidos com um acelerômetro (A) e um giroscópio (C) de aparelho de telefonia móvel em um paciente com doença de Parkinson. As sombras azuis mostram trechos de maior oscilação do segmento e as sombras amarelas mostram trechos com menor oscilação do segmento. Os espectros de energia dos sinais acelerométricos (B) e giroscópicos (D) mostraram que a maior parte da energia do tremor de repouso se encontra entre as frequências 6 e 12 Hz (sombra vermelha).

O fato de tremores apresentarem oscilação da amplitude ao longo do dia estimulou estudos a usarem principalmente aparelhos portáteis, como celulares ou *wearables*, para monitorizar o tremor de um segmento corporal por horas continuamente. Os estudos têm mostrado que o monitoramento contínuo do tremor apresentou moderada à alta correlação com as avaliações feitas por clínicos especialistas em distúrbios do movimento. Tudo indica que, no futuro próximo, a monitorização contínua do tremor pode ser uma ferramenta de avaliação da gravidade do tremor e do acompanhamento da eficácia do tratamento dos pacientes.

Além disso, muitos estudos têm buscado avaliar o poder dos sinais inerciais no diagnóstico de diferentes doenças que cursam com tremores. Os métodos atuais para diferenciar tremores oriundos de diferentes doenças podem ser muito custosos financeiramente e invasivos. Diferentes sugestões têm surgido na literatura como forma de indicar a assinatura específica do tremor de uma determinada doença. No atual momento, o uso de algoritmos de aprendizado de máquina parece ser a melhor opção para diferenciar o tremor fisiológico do tremor patológico ou os dois tipos de tremores patológicos.

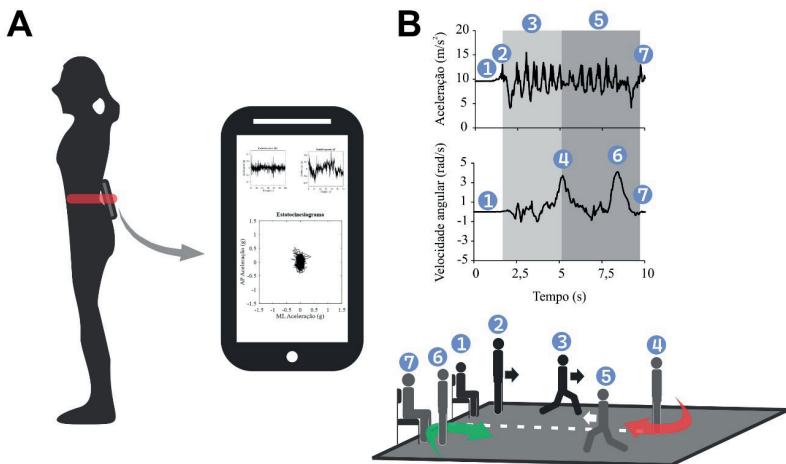
### 16.3.2. Equilíbrio

Apesar de aprendermos algumas manobras para avaliação do equilíbrio estático e dinâmico na semiologia neurológica (vide Capítulo 10), existem análises clínicas mais padronizadas de equilíbrio utilizadas pelos diversos profissionais de saúde, como o teste de equilíbrio de Berg, o teste de sentar e levantar e o teste *Timed Up and Go* (TUG). Como avaliações padrão-ouro, a estabilometria e a análise de marcha com sistema de vídeo multicâmeras são os métodos mais precisos. Contudo, exigem grande treinamento para execução e são de alto custo financeiro, o que reduz sua utilização em ambientes não acadêmicos. Em comparação com as análises padrão-ouro, as avaliações clínicas padronizadas são menos sensíveis à detecção de perda do equilíbrio. Portanto, métodos mais eficientes e baratos são necessários na avaliação do equilíbrio, e é nesse contexto que os sensores inerciais podem ser usados.

### 16.3.2.1. Equilíbrio estático

Para avaliação do equilíbrio estático por sensores inerciais, utiliza-se um protocolo em que o paciente fica em pé com os olhos abertos e fechados, com o celular posicionado em algum local próximo ao centro de massa do corpo (sobre a coluna lombar ao nível de L5) (Figura 16.2A). De acordo com a Figura 16.2B, a quantificação das oscilações como a amplitude, já descrita no tópico de avaliação do tremor, e a área dos deslocamentos pode ser usada como parâmetro quantitativo do equilíbrio estático.

**Figura 16.2:** Avaliação do equilíbrio estático (A) e dinâmico (B) feita por aparelho celular através do aplicativo Momentum



Para a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, o aparelho celular deve estar posicionado próximo ao centro de massa do paciente, como mostrado em A. Além da posição do celular, a imagem A representa a tela do celular mostrando oscilações corporais nos eixos mediolateral e anteroposterior, por meio dos valores de registro da aceleração, em unidades gravitacionais. A imagem B mostra os registros inerciais durante a avaliação do equilíbrio dinâmico com o teste TUG, com o sinal acelerométrico (gráfico superior) e giroscópico (gráfico inferior) em função da etapa do teste. O texto traz as descrições dos marcadores numéricos associados às etapas do teste TUG presentes na figura. As setas curvas indicam os momentos em que o paciente gira o corpo após caminhar os 3 m iniciais (seta vermelha) e quando gira o corpo para se sentar na cadeira (seta verde)

### 16.3.2.2. Equilíbrio dinâmico

Na avaliação do equilíbrio dinâmico, podemos usar o teste TUG como base. Sucintamente, é solicitado ao paciente que se levante de uma cadeira, caminhe em linha reta por 3 m, dê meia volta e caminhe de volta à cadeira para se sentar novamente (**Figura 16.2B**, área inferior): quanto maior o tempo de execução da tarefa, pior é o equilíbrio dinâmico e maior o risco de quedas. Por meio da colocação dos sensores inerciais durante o TUG, podemos extrair dados mais precisos de cada etapa do teste (**Figura 16.2B**, área superior).

Os dados permitem a identificação do momento em que o sujeito inicia a saída da posição sentada (número 1 na **Figura 16.2B**). O momento em que o participante está totalmente de pé é indicado pelo número 2, iniciando a fase de ida do teste (área cinza clara, número 3). O momento de giro do corpo ao chegar aos 3 m de distância da cadeira é mais bem visualizado no giroscópio (número 4). Em seguida, inicia-se a fase da volta em direção à cadeira (número 5). No gráfico do giroscópio, é possível identificar o momento em que o participante gira o corpo para se sentar de volta na cadeira (número 6) para, em seguida, iniciar o movimento de se sentar de volta na cadeira e finalmente acabar o teste com a sentada na cadeira (número 7). A literatura vem mostrando que vários desses parâmetros do TUG medidos pelos sensores inerciais podem se correlacionar ao risco de queda de modo mais amplo que o tempo total da tarefa.

## 16.4. AGRADECIMENTOS

Por ser um grande e diverso grupo de pesquisadores envolvidos no desenvolvimento do aplicativo Momentum, agradecemos especialmente aos colegas Prof. Dr. Anselmo de Athayde Costa e Silva (Universidade Federal do Pará), Profa. Dra. Bianca Callegari (Universidade Federal do Pará), Prof. Dr. André dos Santos Cabral (Universidade do Estado do Pará), Enzo Gabriel Rocha Santos,

Viviane Kharine Teixeira Furtado, Karina Santos Guedes de Sá, Luciana Abrantes Rodrigues, Sthephani Nazaré e Silva Martins e Patrícia Seixas Alves Santos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo ACA, Santos EGR, Sá KSG, Furtado VKT, Santos FA, Lima RC, et al. Hand Resting Tremor Assessment of Healthy and Patients With Parkinson's Disease: An Exploratory Machine Learning Study. *Front Bioeng Biotechnol.* 2020;8:778.

Garcia JA, Alonso SG, Diez IT, Garcia-Zapirain B, Castillo C, Coronado ML, et al. Reviewing Mobile Apps to Control Heart Rate in Literature and Virtual Stores. *J Med Syst.* 2019;43(4):80.

Leng S, Tan RS, Chai KTC, Wang C, Ghista D, Zhong L. The electronic stethoscope. *Biomed Eng Online.* 2015;14:66.

Moraes AAC, Duarte MB, Ferreira EV, Almeida GCS, Santos EGR, Pinto GHL, et al. Validity and Reliability of Smartphone App for Evaluating Postural Adjustments during Step Initiation. *Sensors (Basel).* 2022;22(8):2935.

Rodrigues LA, Santos EGR, Santos PSA, Igarashi Y, Oliveira LKR, Pinto GHL, et al. Wearable Devices and Smartphone Inertial Sensors for Static Balance Assessment: A Concurrent Validity Study in Young Adult Population. *J Pers Med.* 2022;12(7):1019.

Santos PSA, Santos EGR, Monteiro LCP, Santos-Lobato BL, Pinto GHL, Belgamo A, et al. The Hand Tremor Spectrum Is Modified by the Inertial Sensor Mass During Lightweight Wearable and Smartphone-Based Assessment in Healthy Young Subjects. *Sci Rep.* 2022;12(1):16808.

# 17. QUESTÕES ÉTICAS RELACIONADAS AO USO DE PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS

Hideraldo Luis Souza Cabeça

Beatriz Oliveira da Cunha

Thalles Franklin Souza Santos

## 17.1. CONCEITO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

O ato de registrar informações na medicina é uma prática muito antiga, remonta os tempos da Antiguidade Clássica, datando de 3000 a 2500 a.C. Hoje, na contemporaneidade, esse registro é feito em um documento denominado prontuário médico, no qual são inseridas todas as informações inerentes ao acompanhamento e tratamento do paciente, incluindo os procedimentos e prescrições que foram feitas, bem como as que precisam ser realizadas. Esse registro é um documento legítimo para sanar quaisquer dúvidas relacionadas à evolução do paciente, de modo a documentar as respostas de seu organismo às intervenções da equipe médica.

É de conhecimento geral que as novas tecnologias de informação estão presentes de modo crescente na vida das pessoas. O advento da internet, assim como os diversos aparatos eletrônicos e digitais, revolucionaram o modelo de interação social, impactando a sociedade contemporânea por meio de mudanças nas esferas da política, economia, cultura e, sobretudo, saúde. É nesse cenário de intenso desenvolvimento e inovações tecnológicas que surge o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), inovando o modelo de organização, comunicação e distribuição das informações relacionadas ao paciente

em instituições hospitalares, possibilitando um maior planejamento e interação entre os profissionais dessas instituições. Em contrapartida, a utilização do PEP levanta dilemas e problemas relacionados ao uso e divulgação dos dados do paciente.

Nesse contexto, é possível definir o PEP como “um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas médicos, sistemas de apoio à decisão, links para bases de conhecimento médico, e outros auxílios”. Serão discutidos nos tópicos seguintes variados aspectos, necessitando de adequada atenção do leitor ao potencial impacto no exercício ético e civil de médicos, estudantes de medicina e na vida do próprio paciente.

## **17.2. OS IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DA UTILIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE**

### **17.2.1. Pontos positivos**

Dentre os benefícios do uso de PEP, pode-se destacar a diminuição no tempo gasto ao preencher prontuários manuscritos. Isso permite (1) aumentar o tempo dedicado ao lado do paciente na prestação da assistência, acarretando melhor anamnese estruturada em benefício do paciente; (2) gerenciar atenção, tempo e empatia no atendimento; e (3) avaliar o agir profissional, favorecendo a qualidade do serviço prestado.

Outra vantagem na implementação desse sistema é a praticidade no armazenamento de informações. Antes, os prontuários de papel ocupavam salas inteiras, dificultando o acesso, sendo ainda expostos à deterioração, perdas ou alterações nas fichas de cada paciente. Portanto, o PEP reduz custos com espaço, pessoal e com possíveis erros, como a necessidade de repetir exames e condutas.

Também devem ser consideradas as diferenças nas letras e escritas dos profissionais, um problema solucionado ao utilizar os computadores, pois todos têm acesso à informação de forma legível e integral. O PEP diminui a chance de erros de prescrição, de compreensão de informações de exame físico e de resultado de exames, resultando em melhor conduta estabelecida em prol do paciente.

A inserção da multidisciplinaridade no âmbito da saúde permitiu a interação de diversos profissionais e de suas inúmeras especialidades. O PEP facilita essa integração ao permitir o acesso às informações do paciente e a todo o seu histórico naquele serviço, além de proporcionar a inserção de novos dados, permitindo a assistência com foco no paciente.

Com a implementação da informática no sistema de saúde, o PEP se torna uma ferramenta fundamental no auxílio e planejamento de decisões, objetivando otimizar a assistência ao paciente ao reunir as informações de forma compacta, facilitando o trabalho da equipe multidisciplinar e permitindo uma visão ampla no atendimento integral do paciente.

### **17.2.2. Pontos negativos**

Apesar da evidente evolução devido a sua aplicação, o PEP também possui desvantagens, destacando-se (1) elevados custos na implementação de sistemas e hardwares; e (2) discrepância entre os centros de saúde de grandes e pequenas cidades, a depender da disponibilidade de recursos para investir nos serviços de saúde.

Um outro ponto a ser considerado é a baixa aderência e, em alguns casos, resistência dos profissionais da saúde às novas tecnologias, o que se deve, normalmente, à falta de domínio de informática dos usuários. Essa barreira pode ser facilmente solucionada com a disponibilidade de cursos e treinamentos para as equipes, visando capacitar e orientar o uso dos novos sistemas e das máquinas. Em uma pesquisa recente, os médicos foram questionados sobre o uso

do PEP e 50% relataram um “distanciamento” por conta da presença do computador, em que este atuaria como uma “terceira pessoa” durante as consultas.

Apesar da praticidade no armazenamento de informações, o uso incorreto do sistema pode apagar informações de prontuários inteiros, perda que prejudicaria o atendimento dos pacientes cadastrados e atrasaria o tratamento e discussão de condutas pela equipe. Nesse sentido, há a necessidade de avaliação primorosa da tecnologia a ser empregada, análise dos mecanismos de proteção de dados sensíveis, medidas de redução de danos no aprendizado de novas tecnologias e correção de possíveis falhas de sistemas de informação.

### **17.3. ASPECTOS ÉTICOS QUE RODEIAM O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE**

O atendimento e o relacionamento entre médico e paciente estão pautados em uma série de condutas éticas preconizadas nas teorias da bioética. As transformações tecnológicas, sociais, legais, econômicas e morais ocorridas de forma acelerada nas últimas décadas influenciaram o surgimento de novas questões éticas incorporadas à saúde, levando a uma busca por renovação e atualização, como na implementação do PEP.

Um dos tópicos mais abordados quando se trata da ética no uso de PEP é a segurança dos dados do paciente. No Brasil, a **Constituição de 1988**, em seu artigo 5º, inciso X, determina a confidencialidade do prontuário médico como um direito do paciente, além de assegurar a inviolabilidade da vida privada, imagem e honra da pessoa. Sendo assim, o profissional da saúde que recebe, manipula, digita, armazena e processa os dados e informações é responsável pela guarda e integridade destes, além de preservar o sigilo da informação e a assegurar a privacidade do paciente. O princípio da confidencialidade está no núcleo da ética médica desde os tempos de Hipócrates, e o Código

de Ética Médica prevê que “o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”.

Ao instituir um sistema de informação em um hospital, com vários setores, incluindo os de contabilidade e de administração, há um aumento no risco de exposição de dados. Os principais eventos de quebra de sigilo e vulnerabilidade que são denunciados se originam de erros de manuseio por funcionários que não seguem as normas de segurança da informação, acessam as informações por motivos de satisfação pessoal ou, em casos extremos, utilizam os dados para ganhos pessoais ou para cometer crimes.

Ataques externos ao sistema dos hospitais também podem ocorrer, como a perda/roubo de equipamentos contendo bancos de dados ou logins, ou brechas no sistema que podem facilitar a entrada de *hackers*. Esses danos já são vivenciados por sistemas bancários e econômicos.

Além disso, como o acesso às consultas prévias é permitido no PEP, um erro muito comum é copiar os dados coletados anteriormente, sem confirmar com o paciente a permanência ou veracidade deles, perpetuando impressões erradas, o que pode até ser enquadrado como fraude.

A inexistência simultânea de máxima confidencialidade e total controle sobre os acessos pedem medidas de precaução para que se evitem exposição, danos à imagem e prejuízos ao tratamento do paciente, como:

- controle por login e senha;
- uso de certificados digitais;
- assinatura eletrônica;
- identificação de itens não autorizados de divulgação pelo paciente;

- biometria;
- sistemas de proteção como *firewalls* e antivírus;
- *backups*;
- treinamentos e medidas punitivas para funcionários;
- encorajamento de médicos para analisar criteriosamente a documentação de dados sensíveis e não essenciais;
- permissão ao paciente para revisar e acessar seu próprio prontuário.

Em muitas situações, há fator de confusão sobre a guarda das informações contidas no PEP em virtude do tipo de segurança estabelecido no instrumento, tipo de assinatura dos documentos eletrônicos e armazenamento dessas informações.

#### **17.4. LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE**

Ao considerar o PEP, faz-se necessário expor os ditames normatizados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Nesse sentido, destaca-se a **Resolução CFM nº 1.821/07**, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes.

O prontuário do paciente, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde é assistido, à qual cabe o dever da guarda do documento. A instituição deve garantir que os dados ali contidos pertençam ao paciente, podendo apenas ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa. As informações de saúde do paciente necessitam de proteção em sua confidencialidade, por ser princípio basilar do exercício da medicina.

Destaca-se no artigo 3º da referida resolução a autorização do uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2). Essa informação é de suma importância, pois não autoriza a eliminação do papel quando da utilização somente do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS1), por falta de amparo legal.

A **Medida Provisória nº 2.200**, de 24 de agosto de 2001, instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil) e concedeu validade jurídica plena aos documentos públicos e privados, desde que tenham uma certificação (artigos 1º e 10).

Com a manifestação do CFM e a **Medida Provisória nº 2.200/01**, fica clara a validade jurídica de documentos eletrônicos com uso de certificação ICP-Brasil. Essas informações legais, aqui destacadas, interferem na prática médica e na guarda de prontuários.

Em suma, os PEP possuem um vasto potencial de melhoria no atendimento nas redes públicas e privadas, como facilidade de acesso, armazenamento, padronização e compartilhamento. No entanto, algumas precauções devem ser tomadas para evitar danos ao paciente. A ética deve sempre ser incluída nas discussões sobre avanços tecnológicos no âmbito da saúde, para que a segurança, confidencialidade e privacidade sejam asseguradas. As observações mencionadas sobre sistemas, antivírus, treinamento, ensino do uso das tecnologias de informação, sigilo e ética no seu uso são instrumentos norteadores para o adequado exercício da prática do uso de novas tecnologias, incluindo o PEP, necessitando de um ecossistema seguro para essa prática.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MJGG, Figueiredo BB, Salgado HC, Torturella IM. Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. *Rev Bras Educ Med.* 2016;40(3):521-7.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Medida Provisória nº 2.220-2, de 24 de agosto de 2001. Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 ago 2001.

Chade GM, Maia EM, Mazzeo TJMM, Cruz NFS, Maia M. Ethical aspects in the use of electronic medical records: analyzing who matters the most. Rev Bras Oftalmol. 2019;78(6):375-9.

Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União. 23 nov 2007.

Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 11 nov 2018.

Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. 2a ed. São Paulo: Látia; 2005.

Shenoy A, Appel JM. Safeguarding Confidentiality in Electronic Health Records. Camb Q Healthc Ethics. 2017;26(2):337-41.

Wynia M, Dunn K. Dreams and nightmares: practical and ethical issues for patients and physicians using personal health records. J Law Med Ethics. 2010;38(1):64-73.

## 18. O EXAME CLÍNICO DO IDOSO

Carla Mércia Souza Dacier Lobato

Matheus Souza da Silva

Carla Hineida da Silva de Andrade

### 18.1. INTRODUÇÃO

O idoso apresenta peculiaridades que devem ser consideradas e manejadas por equipe especializada. Além disso, é necessário estabelecer um bom vínculo com o paciente e ter compreensão ampla sobre o processo de envelhecimento para melhor atender às demandas do usuário com base no princípio de integralidade.

### 18.2. ANAMNESE

A anamnese utilizada deve seguir o modelo apresentado no Capítulo 1, somado aos elementos a seguir.

Durante a entrevista, deve-se garantir uma excelente comunicação, por meio de pronúncia e vocabulário bem entonados, assim como vislumbre da expressão facial e gestos labiais do médico. Dentre as particularidades da anamnese do idoso, devemos ressaltar:

- **Identificação:** investigar a situação conjugal.
- **Queixa principal:** em caso de múltiplas queixas e doenças crônicas, esse ponto poderá ser negligenciado. Portanto, é preciso envolvimento e boa acurácia por parte do entrevistador.
- **Histórico da doença atual:** é válido lembrar que, com o avanço da idade, as doenças se manifestam de diferentes formas, nem

sempre apresentando uma evolução clara. É importante investigar o momento em que o paciente perdeu ou teve diminuição da capacidade de realizar suas atividades em decorrência da doença. Devem ser investigados: perda de peso, dispnéia, cansaço, fadiga, fraqueza, tontura, vertigem, zumbido, queda, síncope, cefaleia e outros sinais ou sintomas pertinentes.

- **Antecedentes mórbidos pessoais:** deve conter histórico social, incluindo os ofícios mais executados ao longo da vida e a escolaridade. Avaliar o histórico de saúde, histórico patológico familiar, hábitos de vida e lista de medicamentos em uso.

### 18.3. EXAME FÍSICO

Esse tópico buscará uma abordagem das peculiaridades do exame físico do idoso. As informações básicas do exame físico de sistemas podem ser encontradas nos capítulos anteriores. Desse modo, o médico generalista deve estar atento para as algumas questões no exame físico.

#### 18.3.1. Cabeça

##### 18.3.1.1. Fácies

O **Quadro 18.1** mostra algumas fácies mais típicas que podem ser vistas em pacientes idosos.

**Quadro 18.1:** Associação de doenças com a fácies correspondente no idoso.

Doença	Fácies correspondente
Hipotireoidismo	Apatia, pele infiltrada, cabelos secos e rosto arredondado
Doença de Parkinson	Fronte enrugada, pouca mobilidade palpebral, tendência a babar, voz baixa e monótona
Demência	Pouca gesticulação, lábios entreabertos, olhar vago para o infinito
Insuficiência renal	Palidez, edema palpebral
Depressão	Fronte enrugada, olhar sem brilho, expressão de apatia

### 18.3.1.2. Olhos

Avaliam-se acuidade visual, campos visuais, movimentos oculares e estruturas externas e internas do olho. Para a rotina do médico generalista, é importante que avalie pálpebras, conjuntiva, esclerótica, córnea, pupilas e íris.

- **Pálpebras:** deve ser observado se há ptose palpebral, xantelasma, ectrópio (eversão palpebral) e entrópio (inversão palpebral).
- **Conjuntiva:** no idoso, pesquisamos icterícia e anemia.
- **Córnea:** é comum observar o arco senil, achado comum e normal do envelhecimento.
- **Íris e outros elementos:** procuram-se por alterações, como o prolapso da íris. Também deve ser avaliada a movimentação ocular (vide Capítulo 10) e, se possível, realizado o exame do fundo de olho para investigar a presença de papiledema.

### 18.3.1.3. Cavidade oral

Exame imprescindível para a rotina de cuidado ao idoso, na busca de enfermidades benignas ou malignas. É iniciado o exame avaliando:

- **Lábios:** se estão bem perfundidos (normocorados) ou cianóticos.
- **Próteses dentárias:** caso tenha, pedir que retire.
- **Mucosa da cavidade oral:** observa-se coloração, pigmentação e presença de ulcerações. Atenção às placas esbranquiçadas que, caso sejam removíveis, são sugestivas de candidíase. Caso contrário, deve-se considerar a possibilidade de lesões pré-malignas.

- **Gengiva e dentição:** observa-se sinais de gengivite ou de outras lesões da gengiva, além do estado de dentição.
- **Língua:** investiga-se glossite e atrofia da mucosa, que podem sugerir deficiência vitamínica e anemia.

Como dica, as lesões benignas mais comumente encontradas na cavidade oral do idoso são:

- úlceras traumáticas por dentição/dentadura;
- veias varicosas no ventre da língua;
- estomatite secundária a dentaduras;
- cáries dentárias.

#### 8.3.1.4. Deglutição

Exame composto por duas fases:

- Fase oral: notam-se problemas na mastigação, no reflexo da deglutição e na vedação dos lábios.
- Fase faríngea: observam-se sinais de deglutição incompleta, retenção de alimento na garganta, deglutições múltiplas, regurgitação, alteração de voz e tosse antes ou durante o ato de engolir.

#### 18.3.1.5. Nariz

Inclina-se a cabeça para trás e se observam: simetria, escoriações e/ou inflamação dos vestíbulos nasais ou sinais de obstrução nasal.

#### 18.3.1.6. Ouvido

Observam-se:

- pavilhão auricular;

- testes de acuidade – teste do sussurro, que pode ser realizado a uma distância de 60 cm de cada ouvido, reproduzindo palavras e percebendo a facilidade/dificuldade auditiva do idoso (vide Capítulo 10).

### 18.3.2. Pescoço

A inspeção avalia a presença de cicatrizes, assimetria, massas, traqueia (movimento e posição) e veias cervicais. Faz-se a ausculta de sopros nos focos carotídeos e na glândula tireoide. Na palpação, avaliam-se novamente tireoide, pulsos, massas, traqueia, região cervical, fossa supraclavicular e linfonodos.

### 18.3.3. Membros superiores

#### 18.3.3.1. Mãos

Avaliar as mãos comparativamente, observando pele, unhas, articulações (chegar se há edema, calor, assimetria ou rubor), músculos, palma e dorso. Examinar também a funcionalidade ativa e passiva da movimentação de mãos.

#### 18.3.3.2. Ombros

Avaliar na inspeção a presença de atrofia muscular. Em movimentação ativa e passiva, com elevação anterior, rotação interna e externa, em ambos os ombros. Verificar se há rigidez, sugerindo doença do manguito rotador.

#### 18.3.4. Tórax

- Inspeção: observar tórax globoso/em tonel, cifose, retrações, circulação colateral e telangiectasias.
- Frequência respiratória e ausculta: a frequência respiratória normal no idoso é até 24 incursões respiratórias por minuto.

Acima disso, consideramos taquipneia. A ausculta, às vezes, é prejudicada pela dificuldade de alguns idosos realizarem o esforço inspiratório.

### 18.3.5. Cardiovascular

#### 18.3.5.1. Pressão arterial

Há recomendação de três aferições de pressão arterial em consultas distintas em ambos os braços. É importante considerar as seguintes nuances da pressão arterial no idoso:

- **Pseudo-hipertensão:** idosos com endurecimento das artérias periféricas, resultando em níveis pressóricos elevados e ausência de lesão em órgãos alvo. Tais pacientes possuem, à palpação, artérias dos braços endurecidas.
- **Sinal de Osler:** auxilia na detecção da pseudo-hipertensão, com a palpação de artérias quando o esfigmomanômetro estiver insuflado com o nível superior à pressão arterial sistólica.
- **Hipotensão ortostática:** comum no idoso, sendo importante a aferição em decúbito e em posição ortostática.

#### 18.3.5.2. Pulso arterial

É possível haver dissociação entre o real pulso cardíaco e o pulso aferido na periferia, como no pulso radial, em alguns idosos com cardiopatias associadas. Nesses casos, opta-se pela ausculta cardíaca para a definição da frequência.

#### 18.3.5.3. Ausculta cardíaca

Na ausculta dos sons cardíacos, é comum a hipofonese de bulhas e sopros que podem não ter repercussão clínica.

### 18.3.6. Abdome

Segue os padrões apresentados no Capítulo 7.

### 18.3.7. Membros Inferiores

Nos idosos, é muito comum encontrar sinais de insuficiência venosa periférica crônica, como a presença de varizes. Além disso, tal fator e a imobilidade em muitos idosos são agravantes para edemas nesses membros.

## 18.4. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um processo diagnóstico multidimensional, geralmente interdisciplinar, para determinar as deficiências, incapacidades e desvantagens do idoso e planejar o seu cuidado e assistência a médio e longo prazos. Para lidar com a complexidade dos problemas desses idosos, o profissional necessita coletar, organizar e usar adequadamente uma vasta gama de informações clínicas e funcionais relevantes. Os parâmetros avaliados pela AGA estão elencados a seguir.

### 18.4.1. Equilíbrio, mobilidade e risco de quedas

Nesse âmbito, deve ser avaliada a marcha e equilíbrio. Para isso, é feita a avaliação neurológica (vide Capítulo 10), incluindo teste de equilíbrio estático pela manobra de Romberg.

#### 18.4.1.1. Teste de levantar-se e andar (*Timed Up and Go*)

Inicialmente, o paciente é posicionado em uma cadeira reta com encosto e deve se levantar e caminhar três metros para frente, realizar giro de 180°, retornando à cadeira para sentar-se novamente. Com

isso, é possível avaliar o equilíbrio do paciente sentado, o equilíbrio durante a marcha e a transferência.

#### 18.4.1.2. Teste de levantar-se e andar cronometrado

É feito o teste descrito no tópico anterior, somado à contabilização do tempo em que a atividade é realizada. Quando a tarefa é feita em um tempo menor ou igual a 10 segundos, consideramos o paciente como independente, sem alterações; entre 11 e 20 segundos, o paciente é independente em transferências básicas, com baixo risco de quedas. Se a duração for maior ou igual a 20 segundos, o paciente é dependente em várias atividades de vida diária e na mobilidade, com alto risco de quedas.

#### 18.4.1.3. Teste de equilíbrio de marcha

O protocolo de equilíbrio e marcha foi proposto por Mary Tinetti em 1986 e adaptado para a população brasileira em 2003, recebendo o nome de POMA-Brasil. O teste reproduz padrões de mudanças de posição do corpo sobre o sistema vestibular durante a realização das atividades de vida diárias. Na marcha, reflete a segurança e a eficiência do deslocamento no ambiente. O equilíbrio pode ser classificado em três categorias: normal, adaptativo e anormal. A marcha pode ser classificada em duas categorias: normal e anormal. A escala totaliza um escore máximo de 28 pontos. Quanto mais alta a pontuação, melhor o equilíbrio estático e dinâmico e menor o risco de queda. Uma pontuação menor do que 19 pontos indica um risco de quedas cinco vezes maior.

#### 18.4.1.4. Avaliação de sarcopenia

É realizada por meio da mensuração da massa muscular utilizando testes antropométricos, bioimpedância ou densitometria corporal total.

#### 18.4.1.5. Velocidade de marcha

Avaliação do tempo que o indivíduo leva para percorrer 4 m, sendo considerada normal uma velocidade maior que 0,8 m/s em até três tentativas.

#### 18.4.1.6. Circunferência da panturrilha

É a medida mais sensível e utilizada para avaliação da massa muscular em idosos (normal  $\geq 31$  cm).

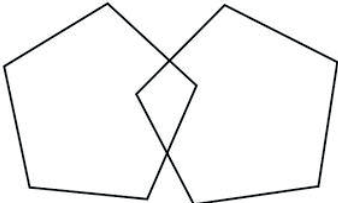
### 18.4.2. Função cognitiva e condições emocionais

Por meio da avaliação cognitiva, podem ser identificadas as principais alterações da saúde mental do idoso – os quadros demenciais e os depressivos. Para isso, podem ser aplicados durante o AGA testes para a avaliação inicial do estado cognitivo, como o minixame do estado mental, o teste de fluência verbal e o teste do desenho do relógio. Adicionalmente, a utilização da escala de depressão geriátrica serve para rastreamento dos casos de depressão.

#### 18.4.2.1. Miniexame do estado mental

O miniexame do estado mental (**Quadro 18.2**) é um dos instrumentos de avaliação cognitiva global mais usados no mundo e explora orientação (temporal e espacial), memória, atenção/cálculo, linguagem e habilidade visuoespacial. A versão brasileira foi normatizada de acordo com a escolaridade, e uma das propostas de interpretação sugere um ponto de corte para alteração cognitiva de 29 pontos em pessoas com 11 anos ou mais de estudo, 28 pontos em pessoas com 9 a 11 anos de estudo, 26 pontos em pessoas com 5 a 8 anos de estudo, 25 pontos em pessoas com 1 a 4 anos de estudo e de 20 pontos em pessoas analfabetas.

**Quadro 18.2:** Miniexame do estado mental

Orientação Temporal	Ano, mês, dia do mês, dia da semana, hora.	5 pontos
Orientação Espacial	Local específico, local genérico, bairro ou rua próxima, cidade e estado.	5 pontos
Memória Imediata	Falar o nome de três objetos e pedir para o paciente repetir. Se não conseguir, ensinar no máximo 6 vezes.	3 pontos
Atenção e Cálculo	Pedir para o paciente diminuir 7 de 100 (5 vezes sucessivas) ou soletrar a palavra “MUNDO” na ordem inversa.	5 pontos
Memória de Evocação	Repetir o nome dos três objetos nomeados antes.	3 pontos
Linguagem	Mostrar um relógio e uma caneta e pedir para nomear.	2 pontos
	Pedir para repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1 ponto
	Seguir o comando de três estágios: “pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.	3 pontos
	Ler e executar a ordem: “FECHE OS OLHOS”	1 ponto
	Escrever uma frase.	1 ponto
Habilidade Visuoespacial	Copiar o desenho: 	1 ponto

#### 18.4.2.2. Fluência verbal

Avalia a linguagem, memória semântica e função executiva da linguagem. É solicitado ao paciente que fale o maior número de itens, seja na categoria semântica (por exemplo, nomes de animais) ou fonêmica (por exemplo, nomes que começam com a letra F) em um

minuto. São excluídas as repetições e oposições de gênero. Para sujeitos com escolaridade menor que 8 anos, o adequado é, no mínimo, 9 itens. Para sujeitos com escolaridade acima de 8 anos, o adequado é no mínimo 13 itens.

#### 18.4.2.3. Teste do desenho do relógio

Avalia as funções executivas, memória, habilidade visuoespacial, abstração e compreensão verbal. É realizado com papel e caneta, em que o entrevistador solicita que o participante desenhe um relógio com todos os números e ponteiro marcando 2:45 (2 horas e 45 minutos). A interpretação pode ser feita pela proposta de Sunderland.

#### 18.4.2.4. Escala de depressão geriátrica

A Escala de depressão geriátrica (**Quadro 18.3**) é utilizada para rastreamento de quadros depressivos em idosos, sendo um teste de rastreamento e não de diagnóstico. Uma pontuação acima de cinco sugere depressão.

**Quadro 18.3** Escala de depressão geriátrica

Perguntas	Resposta
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim (0), Não (1)
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim (1), Não (0)
3. Você sente que sua vida está vazia?	Sim (1), Não (0)
4. Você se aborrece com frequência?	Sim (1), Não (0)
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim (0), Não (1)
6. Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim (1), Não (0)
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim (0), Não (1)
8. Você sente que sua situação não tem saída?	Sim (1), Não (0)
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim (1), Não (0)
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim (1), Não (0)
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim (1), Não (0)

12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim (1), Não (0)
13. Você se sente cheio de energia?	Sim (0), Não (1)
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim (1), Não (0)
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim (1), Não (0)

### 18.4.3. Deficiência sensorial

Realizada mediante a avaliação dos órgãos dos sentidos (para sensibilidade, campimetria visual e acuidade auditiva, vide Capítulo 10).

### 18.4.4. Capacidade funcional

A capacidade funcional é a habilidade do idoso de realizar determinada tarefa que lhe permita cuidar de si mesmo e ter uma vida independente em seu meio. Portanto, deve-se questionar quanto à aptidão para realizar as atividades do dia a dia: tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira, alimentar-se, manter continência e deambular. Para avaliação das atividades básicas da vida diária, uma das escalas mais utilizadas é a escala de Katz. Para avaliação de atividades instrumentais da vida diária, usa-se com frequência a escala de Lawton, que envolve tarefas como gerenciar finanças, lidar com transporte, fazer compras, preparar refeições, usar o telefone, gerenciar medicações e manter tarefas domésticas.

### 18.4.5. Estado e risco nutricional

Para avaliação do estado e risco nutricional, é aplicada a miniavaliação nutricional. O objetivo é identificar o risco de desnutrição.

### 18.4.6. Condições socioambientais

As atividades sociais, relações e recursos disponíveis para suporte ao idoso (social, familiar e financeiro) são fundamentais, pois

influenciam no planejamento terapêutico e devem ser avaliados durante o AGA.

#### **18.4.7. Polifarmácia e medicações inapropriadas**

Devem ser elencados os medicamentos em uso e avaliados com base em critérios definidos, como os critérios de Beers, da Sociedade Americana de Geriatria e o critério STOPP/START.

#### **18.4.8. Comorbidade e multimorbidade**

Devem ser consideradas as doenças descritas pelo paciente durante a anamnese e exame físico, pois informam sobre prognóstico.

#### **18.4.9. Outros parâmetros**

Entre outros parâmetros que podem ser avaliados no AGA, estão a autoavaliação da saúde do indivíduo e a presença ou não de maus tratos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

American Geriatrics Society (AGS). 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63(11):2227-46.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Miniexame do Estado Mental em uma População Geral. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994; 52(1):1-7.

Bischoff HA, Stahelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyth A. Identifying a Cutoff Point for Mobility: A Comparison of the “Timed Up And Go” Test in Community Dwelling and Institutionalized Elderly Women. *Age Ageing.* 2003; 32(2):315-20.

Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla. *Rev UFG.* 2003;5(2):11-5.

Gomes GC. Tradução, Adaptação Transcultural e Exame das Propriedades de Medida a Escala “Performance – Oriented Mobility Assessment” (POMA) para uma Amostra de Idosos Institucionalizados [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MAN®). What Does it Tell Us? *J Nutr Health Aging*. 2006;10(6):466-87.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963;185:914-9.

Lawton MP, Brody MH. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.

Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in Elderly Patients: The "Get Up and Go" Test. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986;67(6):387-9.

Paixão CM Jr, Reichenhein ME. Uma Revisão sobre os Instrumentos de Avaliação Funcional do Idoso. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):7-19.

Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor B, Gundersheime J, Newhouse P, et al. Clock Drawing in Alzheimer's Disease: A Novel Measure of Dementia Severity. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(8):725-9.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.

## 19. O EXAME CLÍNICO DA POPULAÇÃO LGBTQIAP+

Herbert Paulino Cordeiro

Julius Caesar Soares Mendes Monteiro

Cléa Nazaré Carneiro Bichara

Victória Menezes da Costa

Adriana Bastos Pires

### 19.1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dever do Estado, segundo a Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988, e o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das políticas públicas para sua construção e execução. Em consonância aos seus princípios doutrinários – universalidade, equidade e a integralidade –, todos os cidadãos devem ter acesso às políticas de saúde de forma “desigual”, com base em suas demandas individuais, complementando-se com a unificação de ações voltadas ao bem-estar do indivíduo como um todo, independentemente de sexo, orientação sexual, identidade de gênero, raça/etnia, ocupação ou outras características sociais, físicas ou econômicas.

Os princípios da Yogyakarta, à luz desses princípios doutrinários do SUS, convergem para a reafirmar o direito do indivíduo quanto a sua orientação sexual e identidade de gênero, sem discriminação, em especial, contra abusos médicos.

Assim, a população LGBTQIAP+ em sua vulnerabilidade, seja ela econômica, social ou cultural, historicamente apresenta acesso restrito aos seus direitos como cidadãos, culminando com elevado estigma, marginalização, violências e maior risco de adoecimento.

O exame clínico é composto pela anamnese e pelo exame físico, que norteiam o diagnóstico, o tratamento e as orientações ao usuário. A população LGBTQIAP+, por não seguir a cis-heteronormatividade, necessita de cuidados dedicados em saúde, de modo a diminuir a possibilidade em expor esse grupo a uma maior vulnerabilidade na identificação de suas demandas em saúde durante as consultas médicas.

Diante do exposto, sugere-se uma abordagem centrada na pessoa, a fim de evitar equívocos durante o atendimento médico, como julgamentos ou pressupostos quanto à identidade de gênero e à orientação sexual do indivíduo. Essas informações deverão ser obtidas no decorrer do atendimento médico.

A seguir, propomos um roteiro para a coleta de história clínica direcionada a essa população, o qual pode ser adaptado e até mesmo complementado conforme as demandas que possam surgir em cada atendimento.

## **19.2. ANAMNESE DIRECIONADA**

### **19.2.1. Identificação**

#### **19.2.1.1. Nome civil**

É aquele que consta em documento oficial no registro civil.

#### **19.2.1.2. Nome social**

É aquele pelo qual a pessoa deseja ser reconhecida e tratada. Deve ser utilizado ao chamar o paciente na sala de espera e durante o atendimento. Além disso, deve estar nos registros, cadastros, fichas e prontuários, destacado e acompanhado do nome civil. O nome social é um direito do paciente e é dever do médico respeitá-lo. Se desrespeitado, configura-se como violência institucional.

### 19.2.1.3. Identidade de gênero

É uma percepção individual e dinâmica de como a pessoa se sente em relação ao próprio gênero, podendo se definir como sendo do gênero masculino, feminino, combinação dos dois, nenhuma ou outras, independentemente do sexo biológico (**Figura 19.1**). É importante salientar que a identidade de gênero é sempre autorreferida.

**Figura 19.1:** Representação ilustrativa da interface entre identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual e sexo anatômico



O “*Genderbread Person*” foi criado para melhor compreensão do conceito de gênero. Por meio de quatro características principais (identidade, atração, sexo e expressão), o gênero de uma pessoa pode ser definido como um *continuum* desses atributos.

Fonte: Hues.

- **Cisgênero (cis):** pessoa que se identifica com o gênero que nasceu. Exemplo: mulher cisgênero, homem cisgênero.
- **Transgênero (trans):** pessoa que não se identifica com o gênero que nasceu. Engloba os transexuais, travestis e pessoas não binárias. Essa terminologia não está restrita ao grupo que foi submetido a cirurgias de redesignação sexual.
- **Transexuais:** homem ou mulher que não se identifica com o gênero designado ao nascer.
- **Travestis:** pessoa designada masculina ao nascer que tem expressão de gênero feminina.
- **Pessoas não binárias:** não se identificam no binômio homem-mulher.

#### 19.2.1.4. Orientação sexual

É o desejo involuntário sexual ou afetivo, ou ausência destes, que o indivíduo manifesta por outra pessoa.

- **Heterossexual:** atração por um gênero diferente do seu.
- **Homossexual:** atração por pessoas do mesmo gênero que o seu.
- **Bissexual:** atração por mais de um gênero, sendo um deles o seu próprio gênero.
- **Pansexual:** atração por pessoas, independentemente do gênero.
- **Assexual:** pouca ou nenhuma atração por pessoas.

#### 19.2.1.5. Sexo biológico

É definido a partir da genitália, do cariótipo, presença de cromossomos sexuais e das características corporais conferidas pelos

hormônios, ou seja, um conjunto de características genótípicas e fenotípicas.

- **Sexo masculino:** indivíduos caracterizados pela presença do pênis e testículos, cromossomos sexuais XY, distribuição de pelos e gorduras típicos conferidos pela testosterona.
- **Sexo feminino:** indivíduos caracterizados pela presença de vagina, útero, ovários, mamas, cromossomos sexuais XX, distribuição de pelos e gorduras típicos conferidos pela ação do estrógeno e da progesterona.
- **Intersexo:** indivíduos que nascem com alguma variação natural nas características do corpo que são relacionadas ao sexo (genitais, gônadas, cromossomos e resposta hormonal), que, em geral, não são contempladas pela concepção binária masculino-feminino.

Os demais itens da história clínica devem constar da mesma forma que na população em geral (queixa principal, história da doença atual, interrogatório sobre os diversos aparelhos e antecedentes), conforme Capítulo 1.

### 19.2.2. Antecedentes pessoais

Destaca-se a necessidade da conversa acerca do uso de medicações, sejam elas para profilaxias, tratamentos para doenças, uso estético, contraceptivo ou com a finalidade de hormonoterapia.

Além disso, é importante que nesse item sejam abordados temas como realização de procedimentos ou cirurgias prévias com a finalidade de redesignação sexual, idade da sexarca, histórico menstrual, realização de rastreios para câncer de mama, colo uterino, próstata, câncer anal e colorretal, vacinações, hábitos de vida em geral (uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e atividade física).

### 19.2.3. Hábitos de vida

Esse item deve ser adaptado a cada usuário conforme hábitos de vida identificados, os quais podem estar associados à identidade de gênero e à orientação sexual. Abaixo, apresentamos sugestões de como proceder a entrevista acerca das principais questões de saúde envolvendo mulheres cis lésbicas, homens cis gays, homens trans, mulheres trans e travestis.

Um dos itens norteadores é a entrevista sobre práticas sexuais, que podemos definir como sendo qualquer ato sexual que tenha por finalidade o prazer, a satisfação de impulsos sexuais ou a reprodução.

#### 19.2.3.1. Mulheres cis lésbicas: práticas sexuais

Sugerimos o diálogo com a usuária de alguns exemplos de práticas sexuais:

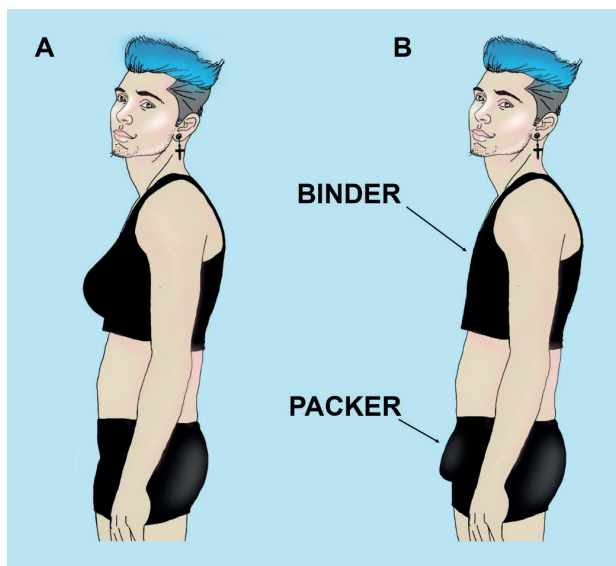
- sexo oral (oro-anal, oro-peniano e oro-vaginal) ou sexo vaginal ou anal;
- masturbação mútua;
- contato entre mucosas genitais;
- uso e/ou compartilhamento de “objetos sexuais” e duchas íntimas;
- uso e tipo de lubrificantes;
- uso de preservativos ou outros métodos com tal finalidade, sejam eles corretos ou inadequados;
- realização de ato sexual durante o período menstrual.

Por ocasião da coleta da história clínica dessa população, é necessário que se interrogue sobre libido, práticas sexuais com mulheres e/ou homens, a quantidade de parcerias sexuais (única ou múltiplas), tipos de práticas sexuais que realiza e se essas repercutem em incômodos ou dores.

Deve ser verificado se há uso de acessórios e dispositivos, como packers ou binders (**Figura 19.2**).

- Packers: são próteses penianas móveis. Devendo conter na descrição a forma de higiene, acondicionamento e se há compartilhamento.
- Binders: são faixas elásticas colocadas ao redor do tórax para diminuir o volume das mamas. É importante que se obtenha informações sobre o conforto ou desconforto ao utilizar tal acessório.

**Figura 19.2:** Exemplo de uso de packer e binder



Homem trans sem cirurgia de redesignação antes (A) e depois (B) do uso de acessórios para adequação

### 19.2.3.2. Homens cis gays: práticas sexuais

Sugerimos o diálogo com o usuário de alguns exemplos de práticas sexuais:

- sexo oral (oro-peniano, oro-vaginal e oro-anal) ou sexo vaginal ou anal (receptivo e insertivo);
- masturbação mútua;
- contato entre mucosas genitais;
- uso e/ou compartilhamento de “objetos sexuais” e duchas íntimas;
- uso e tipos de lubrificantes;
- uso de preservativos ou outros métodos com tal finalidade, sejam eles corretos ou inadequados.

Por ocasião da coleta da história clínica dessa população, é necessário que se interrogue sobre libido, práticas sexuais com mulheres e/ou homens, a quantidade de parcerias sexuais (única ou múltiplas) e percepção de sua ereção, ejaculação e orgasmo. Deve-se abordar quanto à ocorrência de desconforto peniano e/ou anal por ocasião das práticas sexuais.

### 19.2.3.3. Homens trans: práticas sexuais

Sugerimos o diálogo com o usuário de alguns exemplos de práticas sexuais:

- sexo oral (oro-anal, oro-peniano, oro-vaginal) ou sexo vaginal ou anal (insertivo ou receptivo);
- masturbação mútua;
- contato entre mucosas genitais;
- uso e/ou compartilhamento de “objetos sexuais” e duchas íntimas;
- uso e tipo de lubrificantes;
- uso de preservativos ou outros métodos com tal finalidade, sejam eles corretos ou inadequados;
- realização de ato sexual durante o período menstrual.

Por ocasião da coleta da história clínica dessa população, é necessário que se interrogue sobre as mesmas questões já citadas. Deve ser verificado se há uso de acessórios e dispositivos, como packers ou binders, conforme descrito anteriormente.

- **Hormonização com testosterona:** dialogar com o paciente se já fez ou faz uso de hormônios (orais e/ou injetáveis), prescritos ou não por profissional médico, com a finalidade de desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos (exemplo: crescimento do pelo facial e corporal, engrossamento da voz, aumento da massa muscular) e supressão das características sexuais femininas (como redistribuição da gordura corporal e cessação da menstruação).
- **Cirurgias para modificações corporais:** conversar com o paciente se já realizou cirurgias com finalidade de modificação corporal (mastectomia, implante de próteses – indagando composição/material e forma de implante) ou cirurgias de redesignação sexual (como vaginectomia, neofaloplastia, metoidioplastia).

#### 19.2.3.4. Mulheres trans e travestis: práticas sexuais:

Sugerimos o diálogo com a usuária de alguns exemplos de práticas sexuais:

- sexo oral (oro-anal, oro-peniano, oro-vaginal) ou sexo vaginal ou anal (insertivo ou receptivo);
- masturbação mútua;
- contato entre mucosas genitais;
- uso e/ou compartilhamento de “objetos sexuais” e duchas íntimas;
- uso e tipo de lubrificantes;
- uso de preservativos ou outros métodos com tal finalidade, sejam eles corretos ou inadequados.

Por ocasião da coleta da história clínica dessa população, é necessário que se interrogue sobre libido, práticas sexuais com mulheres e/ou homens, a quantidade de parcerias sexuais (única ou múltiplas), tipos de práticas sexuais que realiza e se essas repercutem em incômodos ou dores.

- **Hormonização com estrógenos:** dialogar com a paciente se faz ou já fez uso de hormônios com a finalidade de desenvolvimento de caracteres sexuais secundários femininos (exemplo: desenvolvimento do tecido mamário, redução dos pelos, redistribuição da gordura corporal) e supressão das características sexuais masculinas (como maior oleosidade na pele, pilificação e presença de maior massa muscular);
- **Cirurgias para modificações corporais e outras terapias:** dialogar com a paciente se já realizou algum tipo de cirurgia para modificação corporal (como implante de prótese de silicone, indagando composição/material e forma de implante) ou cirurgias de redesignação sexual (vaginoplastia, orquiectomia, penectomia). Deve-se indagar se a paciente faz outros tipos de terapias, como a terapia fonoaudiológica para amenização da voz grave.

#### 19.2.3.5. Homem cis bissexual ou pansexual: práticas sexuais

Dialogar conforme descrito anteriormente, já que as práticas sexuais estão relacionadas a qualquer ato com a finalidade de prazer ou reprodução e que variam conforme a cultura, crenças e a sexualidade do indivíduo.

Há ainda itens em comum a serem indagados durante a história clínica, relacionadas aos hábitos de vida, situação vacinal, uso de substâncias e saúde mental dessa população, além de exames de rastreio para doenças específicas e ligadas ao sexo biológico, que podem ser necessários mesmo após cirurgias de redesignação.

#### 19.2.4. Outros itens a serem abordados em comum

- **Situação vacinal:** verificar o esquema vacinal recomendado para adultos, com destaque para a vacinação contra hepatite A, hepatite B, HPV e Mpox.
- **Consumo de substâncias:** indagar sobre o tipo da substância, frequência e quantidade (uso de tabaco e outras substâncias tragáveis, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas).

Se houver uso de tabaco e outras substâncias tragáveis, investigar se há desejo de parar. Questionar se há uso de substâncias para aumentar o desejo sexual, como o GHB (gama-hidroxibutirato, conhecido como ecstasy líquido), nitritos voláteis (*poppers*), mefedrona (“sal de banho” ou “miau-miau”) e anfetaminas e se são consumidas durante a prática sexual.

Pode ser verificado se há uso e associação dessas substâncias com outras drogas (álcool, tabaco, cannabis e ecstasy) e qual o padrão de uso da droga (experimental, ocasional, frequente, abusivo e dependência). Pode-se orientar a evitar a associação dessas substâncias diferentes e evitar alteração da consciência durante as práticas de *fisting* (inserção da mão/antebraço no ânus) ou BDSM (bondage, disciplina, dominação, submissão e sadomasoquismo – práticas sexuais que envolvem prazer através da dor), pois diminuir a percepção da dor durante essas práticas aumenta as chances de ocorrência de lacerações, sangramentos e lesões de órgãos/estruturas anatômicas.

#### 19.2.5. Uso de métodos contraceptivos e para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis

Deve-se informar e discutir sobre a existência de métodos contraceptivos, pois essas pessoas podem ter relações sexuais com chance de gravidez, seja por escolha própria ou por violências. Além disso, na penetração pênis-vagina entre homens trans e homens cis, ou mulheres trans e mulheres cis, há possibilidade de gravidez. Questionar se

faz uso de preservativo peniano/vaginal durante o intercuro sexual, independentemente do tipo de ato sexual e do uso de outros métodos contraceptivos. De posse dessas informações, o entrevistador pode dialogar com o usuário sobre métodos contraceptivos, de barreira ou outras práticas que possam reduzir danos e/ou aquisição de infecções sexualmente transmissíveis.

### 19.3. EXAME FÍSICO

Deve-se fazer o exame físico completo, geral e por sistema, tal como realizado na população geral, atentando-se para as peculiaridades físicas de cada grupo identificado ao longo da anamnese, a fim de avaliá-lo integralmente. Por exemplo, avaliar prótese mamária e fazer o exame físico completo das mamas em mulheres trans que já passaram por cirurgias e/ou realizam hormonoterapia. Ademais, não esquecer que mulheres trans podem possuir próstata e homens trans podem possuir vagina, útero e engravidar. Assim, deve-se atentar durante o exame físico para a avaliação de tais órgãos também.

Por fim, é fundamental que para o adequado atendimento médico, destacando-se aqui o cenário de atendimento da população LGBTQIAP+, o profissional de saúde deva ter serenidade e segurança em suas perguntas e essencialmente exercer uma posição de entrevistador, não realizando julgamentos como certos ou errados, sejam eles relacionados a preceitos religiosos, políticos, hábitos de vida ou práticas sexuais.

### 19.4. GLOSSÁRIO

- **Cis-heteronormatividade:** imposição social do modelo heterossexual baseado no binômio “homem” e “mulher”.
- **LGBTQIAP+:** L: lésbicas; G: gays; B: bissexuais; T: transexuais, transgêneros, travestis; Q: *queer*, I: intersexo, A: assexuais, P:

pansexuais. O símbolo + corresponde a demais orientações sexuais e identidades de gênero.

- **Sexarca:** primeira relação sexual.
- **Princípios de Yogyakarta:** documento sobre direitos humanos nas áreas de orientação sexual e identidade de gênero.
- **Bondage:** prática que consiste em prender/restringir mecanicamente e de forma consensual um ou mais parceiros para fins eróticos, estéticos e/ou sensoriais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. 11 jan 2002.

Ciasca SV, Hercowitz A, Lopes A Jr. Saúde LGBTQIA+ Práticas de Cuidado Transdisciplinar. Barueri: Manole; 2021.

Hues. Genderbread.org [Internet]. [local desconhecido]: Hues; [citado em 23 out 2023]. Disponível em: <https://hues.xyz/genderbread-org>

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde. Diário Oficial da União. 14 ago 2009.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2 fev 2022]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view)

Schneider JS, Silenzio VMB, Schoth LE. The GLMA Handbook on LGBT Health. 2a ed. Santa Barbara, California: ABC-CLIO; 2019.

The Yogyakarta Principles Plus 10: additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta principles [Internet]. Geneva: The YP+10; 2007 [citado em 29 set 2023]. Disponível em: [https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)

## 20. TÓPICOS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Lucas Infantozzi Albertoni  
Márcio Cesar Ribeiro Marvão  
Yanakã Lopes Rocha

### 20.1. INTRODUÇÃO À HISTÓRIA DOS POVOS INDÍGENAS

O território que denominamos hoje como Brasil foi ocupado por populações indígenas há gerações. A população autóctone era estimada em pelo menos 5 milhões de indivíduos no século XVI, a qual foi drasticamente reduzida pelas diversas expedições realizadas pelos povos colonizadores, em geral oriundos dos países ibéricos como Portugal e Espanha.

A principal forma de dizimação não era, como o senso comum pode revelar, os ataques punitivos à resistência do povo e as suas manifestações religiosas, apesar de essas ações terem sido significativas para afetar a população indígena e favorecer o “apagamento” da sua cultura atualmente. Todavia, o principal motivo que levou à redução do número de habitantes dos povos originários foram as epidemias de doenças infecciosas trazidas pelos colonizadores.

Antes da chegada do homem branco, relatos jesuítas revelavam que os povos indígenas eram caracterizados como pessoas saudáveis, acometidos por poucas doenças. A colonização fez com que as doenças infecciosas se tornassem uma arma biológica, possibilitando a extinção de diversos povos indígenas e facilitando a ocupação do território. As principais doenças descritas eram as sexualmente transmissíveis, varíola, sarampo, tuberculose, gripe etc. Tal consequência decorre

principalmente da quebra do equilíbrio que existia na relação entre essas populações com seu habitat natural.

## 20.2. INÍCIO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A primeira forma descrita de assistência à população indígena advém dos missionários jesuítas, por meio da Companhia de Jesus. A Companhia tinha o objetivo de levar a ação missionária e educacional aos domínios ultramarinos de Portugal, e a ação de assistência em saúde acabou se integrando aos objetivos. Todos os aldeamentos presentes nas colônias americanas se tornaram alvos da Companhia na área de saúde, sendo que em muitas aldeias foram criadas enfermarias e casas de assistência, as quais mimetizavam pequenos hospitais.

O conhecimento em medicina dos missionários se baseava em práticas como sangria, uso de ervas medicinais, algumas cirurgias e outras atividades. Essas práticas foram auxiliadas pelos conhecimentos indígenas, os quais conseguiam decifrar a natureza desconhecida ao redor. As espécies apresentadas pela população originária auxiliaram na elaboração de receitas que foram utilizadas para sanar os males da população colonial, que sofria com ausência de médicos tradicionais europeus.

Em momentos mais atuais, no século XX, por meio da atuação do Marechal Rondon e seguidores, houve a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). Esse serviço pode ser considerado a primeira atuação direta de instituições públicas brasileiras na política indigenista e tinha como função tentar integrar progressivamente essa população ao sistema produtivo nacional, um ideal pautado na visão positivista, que considerava esses indivíduos como “infantilizados”, os quais necessitariam de integração à sociedade nacional.

Na década de 1950, houve a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), a partir da experiência de Noel Nutels, que era pautada em um modelo de assistência aérea, possuindo equipes volantes contendo médicos sanitaristas, enfermeiros e técnicos em saúde

para diversas áreas de difícil acesso onde havia populações indígenas. O projeto se pautava em uma assistência voltada para o controle das principais epidemias, ofertando um aspecto curativo e preventivo.

Em 1967, houve a substituição da SPI pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal fomentada pela ditadura militar. Em sua criação, a FUNAI tinha um modelo que tentava integrar o fornecimento de assistência aos povos indígenas em diversas áreas da vida social, para além da saúde, trazendo questões educacionais e proteção à cultura. A FUNAI criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), inspiradas no modelo da SUS. Além disso, a assistência possuía uma noção de continuidade da SUS, abrangendo, além das EVS, uma noção de assistência permanente nas áreas indígenas, com a criação dos Postos Indígenas (PIN).

Com a Constituição de 1988 e o movimento de Ações Integradas de Saúde (AIS), houve a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que resgatou os princípios da Declaração de Alma-Ata, provendo universalidade, unificação, hierarquização e descentralização das ações de gerência, planejamento e gestão. Esses avanços trouxeram políticas sociais específicas para os povos indígenas e o conceito de autorrepresentação jurídico-política, além da preservação cultural. Tais valores trouxeram a premissa de um possível tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo poder público.

Nas décadas de 1980 e 1990, aconteceram as Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio, as quais propuseram um modelo de atenção diferenciada, com adoção de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para atenderem as necessidades das comunidades, envolvendo a população na tomada de decisão.

### **20.3. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E SAÚDE INDÍGENA**

Os povos indígenas apresentam atualmente um complexo e dinâmico quadro de saúde, em que algumas comunidades estão em

transição epidemiológica de um perfil de adoecimento predominante em enfermidades infecciosas para as doenças crônicas não transmissíveis. Inicialmente, as doenças infecciosas e parasitárias persistiam como as principais causas de morbimortalidade nessa população. Todavia, já é possível verificar novos acometimentos em que estão presentes casos de mortalidade por causas externas, como acidentes por armas de fogo, atropelamentos e suicídios, além das morbidades por doenças crônicas e degenerativas, como hipertensão arterial, diabetes e câncer. Por fim, mesmo conhecendo esses fatores, a falta de dados globais mais fidedignos e estudos mais profundos dificultam traçar corretamente o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil.

As doenças infecciosas, como malária e tuberculose, são consideradas verdadeiras endemias nas comunidades, tendo uma incidência consideravelmente superior ao restante da população brasileira. Diarreia e doenças infecciosas respiratórias agudas são as principais causas de morte nas crianças indígenas com menos de 5 anos, havendo também uma alta prevalência de parasitoses.

Um ponto ilustrativo sobre a gravidade dos surtos epidêmicos em comunidades indígenas foi o “Caso dos Yanomami, que ocorreu na metade da década de 1980 e início da década de 1990. Este evento demonstrou o impacto de uma epidemia de malária provocada por invasão de território indígena pelo garimpo, causando a introdução de variações do parasita resistente aos antimaláricos usuais e diversas mortes evitáveis. Portanto, apesar da flagrante falta de dados epidemiológicos, pode-se afirmar que ainda há uma associação direta entre a morte de indígenas e as condições de precariedade do atendimento médico disponível nos territórios.

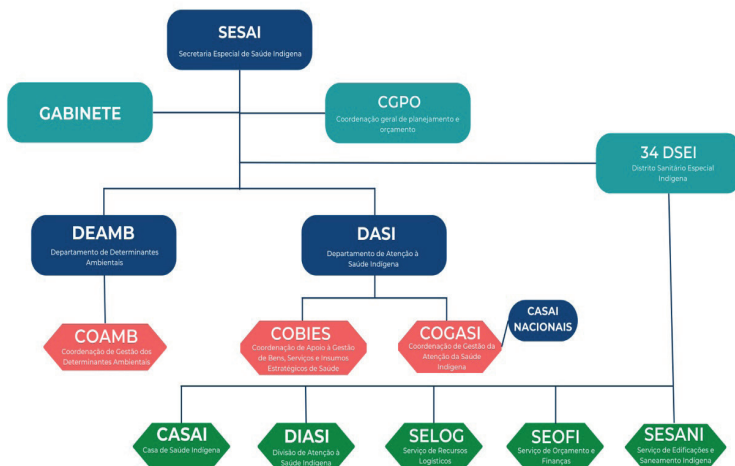
Outro componente crucial no perfil epidemiológico indígena é a problemática do fator alimentar e nutricional, ligado intrinsecamente à integridade do território. A segurança alimentar para esses povos é garantida pela produção de roças, principalmente de tubérculos e leguminosas, pela caça de animais silvestres e pela colheita de frutos e sementes de estação. Desde o contato dos primeiros povos com o

colonizador, diversos alimentos industrializados foram inseridos nos hábitos alimentares dos indígenas. Hoje, hábitos como o consumo de sal, açúcar e gorduras saturadas em excesso trazem modificações no perfil de morbidade, revelando o crescente quadro de obesidade e sobrepeso nas comunidades indígenas, além do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, há diversas comunidades que perderam sua segurança alimentar e substituíram a alimentação tradicional por alimentos ultraprocessados, inclusive das crianças. Esse componente, associado à alta carga de doenças infecciosas, leva a quadros de baixo peso e até desnutrição grave em algumas comunidades.

### 20.3.1. O atual papel da Secretaria Especial de Saúde Indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010, tem como responsabilidade a gestão do subsistema de saúde indígena. A SESAI se responsabiliza por mais de 755 mil indígenas aldeados em todo território brasileiro e possui estrutura própria (Figura 20.1), dividida em departamentos, distritos e coordenações.

Figura 20.1: Fluxograma de estrutura da Secretaria Especial de Saúde Indígena



Fonte: Ministério da Saúde.

O Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB) é responsável pelos projetos e pelas obras nas Unidades Básicas de Saúde Indígena, nas Casas de Saúde do Índio (CASAI) e dos polos bases, que ofertam o apoio à equipe no território.

O Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) tem como responsabilidade a gestão da saúde indígena, oferecendo apoio aos DSEI em relação às diretrizes do atendimento. Também atua na articulação, no nível estadual e municipal, para encaminhamentos de média e alta complexidade, além de apoiar os distritos em licitações e contratos ao nível central da SESAI.

A Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) é responsável pela descentralização dos recursos ao distrito, para o gerenciamento e atendimento das demandas dos DSEI. Esta é subdividida em cinco áreas temáticas, cada uma desempenhando atividades relacionadas ao seu tema específico.

## **20.4. ATENÇÃO DIFERENCIADA**

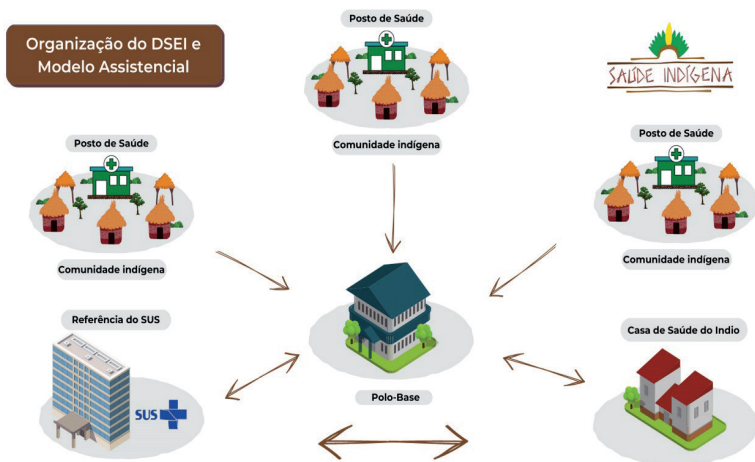
A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconiza a “adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde”, de modo a garantir a praticabilidade dos princípios que regem o SUS e assegurar aos povos indígenas o exercício de sua cidadania no âmbito da saúde.

O modelo de atenção proposto leva em consideração todas as questões relacionadas às especificidades do atendimento às populações indígenas, associado às particularidades das extensões socioculturais, epidemiológicas, geográficas e operacionais desses povos. A estruturação do modelo é regida por uma rede interiorizada que visa à prestação de serviços da atenção básica dentro das comunidades indígenas, realizada pelas equipes multidisciplinares compostas por

médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e pelo agente indígena de saúde (AIS). Os AIS são profissionais de saúde indígenas que possuem contato direto e regular com essas populações, por permanecerem dentro das aldeias. Todo esse sistema está vinculado aos demais serviços prestados pelo SUS, incluindo o atendimento de agravos de média e alta complexidade.

Na estruturação dos DSEI, são contemplados os postos de saúde que ficam localizados dentro das comunidades onde atuam os AIS. Os polos-base são o primeiro nível de referência para os postos de saúde, que podem estar localizados dentro de uma comunidade indígena ou em um município de referência, pois cada um dos polos-base é responsável por prestar serviços para um conjunto de aldeias. Quando existe a necessidade de um atendimento fora das terras indígenas, como em casos de média e alta complexidade, delega-se para a CA-SAI, que funciona como uma rede de apoio para os demais serviços prestados pelo SUS (**Figura 20.2**).

**Figura 20.2:** Fluxograma da organização de um Distrito Sanitário Especial Indígena



Fonte: Ministério da Saúde.

### 20.4.1. A importância do agente indígena de saúde

A inclusão do AIS nas equipes multidisciplinares é estratégica e imprescindível na saúde indígena, pois visa alcançar o sincretismo na implementação de conhecimento e recursos técnicos da medicina ocidental, em associação aos métodos de cura tradicionais indígenas. O papel do AIS é uma interpretação de duas vias, sendo ele a ligação semântica entre o profissional de saúde e o paciente. Essa interpretação vai muito além da tradução da língua indígena ao português e vice-versa: ela traduz as diferentes concepções de corpo e doença dos povos indígenas para os signos ocidentais.

### 20.4.2. O exame clínico nas populações indígenas

Em geral, não há consideráveis diferenças na anamnese e exame físico realizados em indígenas em relação ao que já foi descrito em outros capítulos deste livro. Contudo, há detalhes específicos que devem ser levados em conta na relação intercultural, como certos aspectos culturais que podem trazer desconforto para os examinados. Atualmente, vivem no Brasil mais de 250 diferentes etnias falando mais de 150 línguas, com uma grande diversidade cultural, não cabendo neste capítulo uma descrição pormenorizada dos detalhes culturais de cada etnia.

Porém, deve-se levar em consideração os diferentes hábitos alimentares e suas proibições de ingestão de certos alimentos de acordo com a faixa etária e a presença de doenças ativas ou de gestação. Cabe ao profissional de saúde buscar com a comunidade as informações que possam ser pertinentes e culturalmente distintas para melhorar a qualidade da anamnese. Outros aspectos, como relações familiares extensas, proibições de toque, conversação ou mesmo troca de olhares também devem ser considerados. Por exemplo, para os Yanomami, é desrespeitoso dizer seus nomes em voz alta, e especialmente grave se os nomes pertencem às pessoas que já faleceram. Nesse sentido, fica evidente a importância do papel dos AIS na relação entre a comunidade e as equipes de saúde.

## **20.5. DIFERENÇAS NAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE-DOENÇA E A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO CONJUNTO ENTRE A MEDICINA OCIDENTAL E A TRADICIONAL INDÍGENA**

Ao trabalharmos a questão da saúde indígena, é importante ter noção das diversidades presentes na forma de organização social, no modelo sociocultural, nas variações linguísticas e nas crenças de cada um desses povos. São grupos que possuem particularidades na forma em que se relacionam com o mundo, com o processo de adoecimento e práticas curativas. Trata-se de um conhecimento adquirido a partir da realidade em que estão inseridos e das histórias vivenciadas ao longo de gerações.

O processo de saúde-doença, na concepção dos povos indígenas, resulta do tipo de relação, seja ela individual ou coletiva, que envolve uma ordem cosmológica existente entre as demais pessoas e a natureza, o que pode se apresentar de duas formas: por provocação das pessoas (feitas) ou por provocação da natureza (reação). Nesse sistema, as doenças não são tidas como eventos naturais, mas sim como consequência de atos, sempre adquiridas, provocadas e merecidas moral e espiritualmente. O conceito de saúde é baseado na ausência de enfermidades, sendo algo natural, relacionado à harmonia com a natureza, em que o prolongamento do estado de saúde irá depender da forma em que aquele indivíduo se relacionará com o meio que lhe cerca.

A identidade indígena está intimamente ligada ao território. Assim como todo o resto da humanidade, esses povos possuem crenças que estão associadas ao processo de cura. Sabemos que a formação universitária de profissionais atuantes nessas áreas é construída segundo o modelo cientificista próprio, que integra os aspectos epidemiológicos e biomédicos. Da mesma forma que existem divergências entre a medicina ocidental e a tradicional indígena na concepção do processo saúde-doença, também existe a divergência no processo de cura, e nessa área devemos ressaltar a figura do pajé.

O pajé é visto como um intermediário entre os seres naturais e os sobrenaturais e possui grande representatividade dentro da comunidade. O indígena, quando acometido por alguma enfermidade, inicialmente busca o atendimento do pajé, que irá utilizar o tratamento usando a ingestão ou banhos com preparados baseados em ervas medicinais ou defumações, a depender do tratamento que ele acredita ser viável para aquela determinada situação.

A política de saúde indígena refere que os serviços prestados pelas unidades de saúde devem ser vistos como complemento e não como substituição das práticas tradicionais. Portanto, a introdução da medicina ocidental nesses casos deve se basear no respeito ao significado das ações curativas vivenciadas em cada cultura, com a adaptação das atividades preventivas e assistência médica, visando aproximar ainda mais a comunidade dos profissionais de saúde, formando um elo de confiança e respeito mútuo e facilitando a realização do atendimento médico.

O médico deve também integrar seu atendimento ao apoio prestado pelo pajé e por outros membros da comunidade com formação na área da saúde, ou ainda por tradutores que facilitem a comunicação e o entendimento mútuo sempre que julgar necessário, transmitindo, assim, maior segurança para o paciente e conferindo maior efetividade ao atendimento.

## 20.6. DEPOIMENTOS

### Janquito Carlos Guajajara, pajé

“A doença da aldeia, que eu acredito, vem da parte espiritual. Quando caçamos um animal, aquele animal tem uma alma, tem um espírito, e quando mata a caça e não come, mata só para matar, aquela alma te traz coisas ruins. [...] Aquele espírito não vai embora e cai na gente, essa é a nossa

doença e só o pajé pode tirar. O médico do branco não vai entender, não sabe fazer.”

“Quando chegam crianças com muita febre, elas precisam de remédio, usam e melhoram, não tem problema. Alguns se machucam e vem me ver primeiro. Eu atendo e depois eles vão ver o médico, e tomam o remédio do branco. Se tiver caído alguma coisa no corpo, eu tiro, mas se for do branco, eu mando para eles.”

### **Maria Rita de Sousa Guajajara, parteira**

“Quando a mulher tá grávida, ela pode comer o que desejar ou quiser comer, não tem problema. Mas depois que nascer o menino, ela tem que se resguardar, não pode comer caça do mato ou comida remosa, ela tem que se recuperar. O marido também segue isso, ele não pode caçar alguns animais do mato quando a mulher tá grávida, só depois que tiver o filho e ele fizer 1 ano. Ele já sabe o que pode e não pode matar.”

“Quando comecei a fazer isso, eu acompanhava as mais velhas e fui aprendendo, tem muito tempo que levo essa vida. Hoje ninguém mais quer aprender [entrevistada se emociona]. Depois vai tudo acabar!”

### **Jaidê Marizê Lopes, enfermeira atuante no DSEI Maranhão e indígena da etnia Guajajara**

“O tratamento tradicional ainda é bastante vivo nas comunidades. [...] A gente procura respeitar o desejo do indígena em relação a isso, associando o tratamento ocidental. Se tem algum tratamento

em que ele acredita, como no caso da pajelança que ainda é muito forte em algumas famílias indígenas, a gente tem uma conversa com aquele paciente, procurando manter um diálogo amigável para que ele possa aceitar também o nosso tratamento que é o ocidental. A gente não atropela, a gente informa que o tratamento ocidental também pode ajudar, e assim a gente vai tentando levar sempre em parceria, respeitando sempre a vontade e o desejo que eles têm, se caso eles optarem pelo tratamento tradicional.”

“[...] Falando sobre o processo saúde-doença, temos várias crenças relacionadas com a questão do bem-estar. A gente acredita que uma delas se dá através da pintura, algo que já vem dos nossos antepassados. Recentemente, na pandemia, muitos indígenas pintaram seus filhos, porque o jenipapo para nós representa um tipo de proteção, aquilo que pode afastar as enfermidades do organismo. Funciona realmente como mais uma proteção, então eu fiz isso também no meu filho.”

“[...] Eu não vou ferir aquilo que ele acredita, mas eu apresento também a medicina ocidental, os tratamentos, mostrando que eles são eficazes e podem contribuir na recuperação daquele paciente. [...] Sempre existe a questão da conversa, do ouvir, observar. Por mais que ele não aceite o tratamento, temos que estar presentes fisicamente para aconselhar e ouvir aquele paciente, pois muitas vezes não se trata só de uma questão medicamentosa. Às vezes, é só ouvir, estar presente aquele momento difícil.”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros DC, Silva DO, Gugelmin SA. Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Delfino PD, Laganá MTC. Perfil de Morbi-Mortalidade dos Povos Indígenas Brasileiros: Caracterização Epidemiológica de 1994 a 2004. Saude Colet. 2005;2(7):72-8.

Freitas DA, Sousa AAD, Gonçalves Lima CA, Jones KM, Caldeira AP. Sobrepeso e Obesidade entre Crianças Indígenas e Não Indígenas. Rev Enferm UFPE. 2014;8(6):1687-91.

Fundação Nacional de Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Garnelo L, Pontes AL. Saúde Indígena: Uma Introdução ao Tema. In: Saúde Indígena: Uma Introdução ao Tema. 22a ed. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2012.

Garnelo L, Sampaio SS, Pontes AL. Atenção Diferenciada: A Formação Técnica de Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.

Iamarino APM, Silva JB, Zollner ACR, Santos ACG, Constantino CF. Considerações Bioéticas sobre a Relação Médico-Paciente Indígena Ana Carolina Giolo dos Santos. Rev Bioet. 2017;25(3):603-10.

Luciano GS. O Índio Brasileiro: O Que Você Precisa Saber sobre os Povos Indígenas no Brasil de Hoje. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2006.

Rodrigues D, Albertoni L, Mendonça SBM. Antes Sós do Que Mal Acompanhados: Contato e Contágio com Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil E Desafios para Sua Proteção e Assistência à Saúde. Saude Soc. 2020;29(3):e200348.

Souza TJ. Processo Saúde-Doença em Indígenas: Reflexões sobre a Ocorrência de Tuberculose no Brasil. Connection Line. 2017;(17):153-62.

## 21. TÓPICOS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE NA POPULAÇÃO NEGRA E QUILOMBOLA

Reny Wane Vieira dos Santos

Tiago Braga Duarte

Yanakã Lopes Rocha

### 21.1. VIDAS NEGRAS IMPORTAM: UMA BREVE INTRODUÇÃO AO TEMA

O acesso à saúde, segundo o artigo 196 da **Constituição Federal de 1988**, é um direito de todos e um dever do Estado. Logo, é de se esperar que a totalidade das pessoas no país sejam acolhidas e contempladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, vemos que tais princípios não se efetivaram na prática para determinadas populações, as quais sofrem com influências de acessibilidade, barreiras étnico-raciais e econômicas, baseando-se no contexto histórico em que cada indivíduo está inserido. As dificuldades encontradas durante o acesso aos serviços de saúde reforçam o cunho histórico de estigmatização racial, o que influencia e compromete a vida dos indivíduos no que tange às condições de sobrevivência e saúde.

Um período longo da história brasileira é marcado pela objetificação de milhões de pessoas negras, escravizadas, oriundas do continente africano, que adentraram o Brasil nos porões dos navios negreiros. Hoje, essa população representa a população majoritária do país, porém, ainda apresenta os piores indicadores sociais e de saúde, com uma grande vulnerabilidade epidemiológica, o que implica no acesso a serviços de saúde de qualidade.

Portanto, a situação social dessa população, assim como condições de moradia, o racismo enraizado e as condições socioeconômicas, impactam diretamente o acesso e a procura aos serviços de saúde, ferindo os princípios basilares estabelecidos pelo SUS.

## 21.2. NEGRO, PARDO, PRETO E QUILOMBOLA

Antes de adentrar os aspectos semiológicos e médicos propriamente ditos, é de grande importância entender o que define exatamente tais grupos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pesquisa a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração. A autodeclaração diz respeito à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, levando em consideração fatores que vão além dos traços físicos, partindo do pressuposto da não estereotipação, com enfoque na origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito.

- **Preto:** termo designado a pessoas cujas origens vêm de nativos da África, tendo seu fenótipo manifestado pela pele de cor escura.
- **Pardo:** o IBGE define como pardas as pessoas com ascendência de mais de um grupo étnico (miscigenada), incluindo pessoas com origens europeia, africana, indígena e de outros grupos.
- **Negro:** conforme o Estatuto da Igualdade Racial, negro é quem se autodeclara preto ou pardo, conforme o quesito de cor/raça usado pelo IBGE.
- **Quilombola:** populações quilombolas (quilombos contemporâneos) são descendentes de negros escravizados. No Brasil, há quase 6 mil localidades quilombolas distribuídas em 24 estados, sendo 3.171 comunidades no Nordeste, 1.359 no Sudeste, 873 no Norte, 319 no Sul e 250 no

Centro-este. Os estados que não registram comunidades quilombolas são o Distrito Federal, Acre e Roraima.

Portanto, as comunidades quilombolas constituem um grupo minoritário dentro da população negra, com peculiaridades variadas, principalmente quando avaliada a localização geográfica. Há quilombos que se localizam na zona rural, e os urbanos. As comunidades da zona rural vivenciam um isolamento geográfico e social em nível mais elevado, com menor acesso à saúde e educação.

### **21.3. ASPECTOS GERAIS DA SAÚDE NA POPULAÇÃO NEGRA**

A desigualdade racial e de renda ainda é característica marcante da sociedade brasileira e, nos últimos anos, esse índice apresentou franca ascensão. Tal processo social é tão significativa que as relações entre pobreza e saúde são percebidas no cotidiano da sociedade brasileira, constituindo faces das desigualdades de um contexto social perverso.

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente a saúde de pessoas e populações. Existe forte associação entre os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população negra e quilombola, têm tido participação desproporcional na carga de doenças crônicas.

### **21.4. ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

Além das questões de desigualdade, segregação racial e determinantes sociais, há de se salientar que a própria pessoa negra possui particularidades fisiológicas relacionadas à melanina. Dessa forma, o examinador deve estar atento a esse paciente, pois sinais clínicos

importantes podem passar despercebidos, enquanto outros podem ser supervalorizados.

### 21.4.1 Aspectos dermatológicos e relacionados à melanina

Há variações encontradas normalmente na pele negra que podem ser confundidas com condições de anormalidade, as quais devem ser reconhecidas para evitar tratamentos desnecessários. Algumas dermatoses são mais frequentes ou praticamente exclusivas dos negros. Outras se apresentam de maneira atípica, devido às características inerentes à intensa pigmentação e à tendência da apresentação de padrões peculiares de reação.

Dentre as alterações fisiológicas da pele negra, destacamos:

- **Hiperpigmentação perioral:** pigmentação na pele adjacente aos ângulos da boca, de etiologia desconhecida, que acomete preferencialmente mulheres.
- **Melanose da área malar:** manchas pigmentadas, simétricas, nas regiões malares, em indivíduos com mais de 50 anos, sem predileção por sexo.
- **Hiperpigmentação palmoplantar:** máculas acastanhadas, bem delimitadas, em número e tamanho variável, em qualquer local das superfícies palmar e plantar.
- **Hipopigmentação da linha média:** faixa linear hipocrômica, na região esternal, podendo alcançar até a linha alba e/ou a região infraclavicular, frequentemente observada em homens.
- **Mancha mongólica:** manchas na cor azul-acinzentada, na região lombossacra. Está presente em 40% a 90% dos neonatos, geralmente desaparece aos 7 anos de idade e raramente persiste na adolescência.
- **Melanoníquia ungueal longitudinal:** faixas melanóticas longitudinais que acometem as unhas do primeiro e segundo

pododáctilos bilateralmente, podendo ocorrer pigmentação difusa. A frequência e a intensidade da pigmentação estão diretamente relacionadas ao avançar da idade.

- **Leucoedema oral:** placas branco acinzentadas, não desca-mativas, de aspecto edematoso, localizadas na mucosa jugal. É observado em 90% dos negros, sem predileção por sexo.
- **Esclera oftálmica:** em negros, pode aparentar coloração le-vemente amarelada. Porém, esse achado falsamente sugestivo de icterícia é relacionado apenas à quantidade de melanina esclerótica.

Há também propensões a particularidades patológicas na pele. A exemplo disso, há evidências de que os fibroblastos são diferenciados em pessoas negras (maiores, em número maior, bi ou multi-nucleados e hiperativos). Essa hiperatividade, associada à atividade diminuída da colagenase, pode explicar a predisposição à formação de quelóide na pele negra.

## 21.4.2 Saúde mental

O alienismo, que surge na virada do século XVIII para o século XIX, representa a resposta da ciência médica à alienação mental, em que a loucura passa a ser entendida como produto de causas físicas e morais. O marco institucional fundador do alienismo brasileiro é a inauguração do Hospício de Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. É justamente quando, no cenário intelectual europeu, as teorias raciais evolucionistas de inferioridade constitucional de negros e indígenas e, principalmente, a inviabilidade e a inexorável tendência à degeneração de populações constituídas por raças miscigenadas ganham maior expressividade. A partir de então, os psiquiatras bra-sileiros passam a construir relações entre doença mental e raças que eram consideradas inferiores, prevalecendo a ideia de que negros e mestiços estavam destinados à loucura, pois eram povos degenerados por definição.

O racismo estrutural se estende através das instituições de poder, da economia e da cultura. Temas como opressão, agressão e violência são práticas que claramente afetam a saúde mental da pessoa alvo, e o Ministério da Saúde reconhece que a situação de vulnerabilidade social afeta a saúde da população negra. Um dos marcadores de vulnerabilidade que podemos associar é o alto índice de violência letal que afeta de forma desigual essa população.

Assim, o aprimoramento da abordagem médica, a fim de não reproduzir o racismo institucional, a exclusão e a negligência, objetivando desnaturalizar o preconceito e gerar identificação negra positiva, pode se transformar em ações de prevenção e promoção de saúde. Entretanto, ainda não há um modelo específico de cuidado em saúde mental para a população negra. É necessário que os profissionais de saúde reflitam quanto às suas práticas e ações, se são antirracistas ou se corroboram a manutenção do racismo institucional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alchorne MM, Abreu MA. Dermatology in Black Skin. *An Bras Dermatol*. 2008;83(1):7-20.

Batista EC, Rocha KB. Saúde Mental em Comunidades Quilombolas do Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Interacoes (Campo Grande)*. 2020;21(1):35-50.

Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Estatuto da Igualdade Racial. Brasília (DF): Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2021.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Uma Política do SUS. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

Santos GC, Ricci EC. Saúde Mental da População Negra: Relato de uma Relação Terapêutica entre Sujeitos Marcados pelo Racismo. *Rev Psicol UNESP*. 2020;19(spe):220-41.

Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Access of the Black Population to Health Services: Integrative Review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180834.

Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade Quilombola: Análise do Problema Persistente do Acesso à Saúde, sob o Enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde Debate*. 2013;37(99):610-8.

## **22. AVALIAÇÃO DOS PILARES DA MEDICINA DO ESTILO DE VIDA**

Edienny Viana Santos-Lobato

Robson José de Souza Domingues

Fernanda de Souza Parente

Sabinaluz Natal Malheiros da Silva

### **22.1. INTRODUÇÃO**

A medicina do estilo de vida (MEV) é definida como o uso de terapêuticas de estilo de vida, baseadas em evidências, com o objetivo de prevenir, tratar e muitas vezes reverter doenças crônicas. A prática é baseada em seis pilares que consistem em: alimentação saudável; exercício físico regular; sono restaurativo; cessação de vícios ou tóxicos; manejo do estresse; e conexões sociais positivas. O atendimento padrão em MEV inclui a avaliação dos sinais vitais de estilo de vida e uso de abordagens que auxiliam na mudança de comportamento dos pacientes, destacando-se a entrevista motivacional e abordagem cognitivo-comportamental.

### **22.2. ALIMENTAÇÃO**

A nutrição desempenha um papel fundamental na qualidade de vida, principalmente porque afeta o desenvolvimento e a progressão de doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade, além de ser capaz de atuar na prevenção e no tratamento dessas doenças. Diante disso, uma mudança dos hábitos alimentares da população

– por meio do aumento do consumo de alimentos *in natura*, evitando o consumo de ultraprocessados – deve ser incentivada, utilizando informações científicas confiáveis e seguras sobre alimentação saudável.

Para isso, diversas sociedades dispõem de diretrizes e atualizações sobre a alimentação adequada para cada doença crônica. As dietas ricas em alimentos integrais e à base de vegetais são tradicionalmente utilizadas e estão associadas à melhora do perfil lipídico e glicêmico. Em geral, recomenda-se aumento do consumo de frutas e vegetais, bem como grãos, cereais e leguminosas. Além disso, é importante hidratar-se com água e evitar ou abolir o consumo de bebidas adoçadas.

### 22.3. EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício físico é fundamental para a saúde corporal e mental, além de ser essencial na prevenção e tratamento de doenças crônicas. Os benefícios podem ocorrer a curto prazo, imediatamente após a prática do exercício, mas também a longo prazo, principalmente se for conduzida com regularidade, resultando em redução dos episódios de ansiedade e depressão, do ganho de peso excessivo e melhora da qualidade do sono.

Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou as Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário para direcionar a prescrição de atividade física e reduzir o comportamento sedentário em crianças e adolescentes, adultos e idosos com e sem doenças crônicas e mulheres grávidas e no puerpério. Entre as recomendações gerais, encontramos que:

- alguma atividade física é melhor que nenhuma;
- inicialmente, pode-se realizar pequenas quantidades de atividade física e posteriormente aumentar a frequência, intensidade e duração.

### 22.3.1. Crianças e adolescentes

Recomenda-se que crianças e adolescentes façam uma média de 60 minutos por dia de atividade física de moderada a vigorosa intensidade, sendo a maior parte dessa atividade física aeróbica.

### 22.3.2. Adultos e idosos

Recomenda-se que adultos façam de 150 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade por semana, ou 75 minutos semanais de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade. Além disso, em pelo menos dois dias da semana, devem realizar atividades de fortalecimento muscular. Em idosos, exercícios multicomponentes com enfoque no equilíbrio e na força devem ser executados em, pelo menos, três dias da semana. No caso de pessoas com doenças crônicas associadas, recomenda-se que tenham como objetivo a prática de exercícios com frequência, intensidade e duração superiores ao recomendado, a fim de reduzir os efeitos deletérios do sedentarismo.

### 22.3.3. Mulheres grávidas e no puerpério

Recomenda-se que mulheres grávidas e no puerpério sem contra-indicação façam uma média de 150 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade ao longo da semana. Além disso, podem ser incorporados exercícios de fortalecimento muscular e alongamento leve.

Para avaliar a intensidade da atividade física, pode-se utilizar o “*test talk*”:

- a intensidade é leve quando o paciente consegue cantar e falar;
- a intensidade é moderada quando não consegue cantar, mas é capaz de falar;
- a intensidade é vigorosa quando não consegue falar mais do que poucas palavras enquanto executa a atividade.

## 22.4. SONO

A qualidade do sono é um fator importante para uma vida produtiva e saudável, pois está diretamente relacionada a uma melhora na atenção, concentração e humor, além de auxiliar no controle do peso. Dessa forma, uma história detalhada deve ser colhida para a avaliação quantitativa e qualitativa do sono. Costuma-se avaliar a duração total do sono noturno durante a semana e aos finais de semana, avaliando-se latência, despertares ao longo da noite e o uso de despertadores. Na avaliação qualitativa, questiona-se sobre a presença de roncos, engasgos ou inquietação das pernas, assim como sobre a percepção individual da qualidade do sono. Existem diferentes questionários que podem ser utilizados para essa avaliação, tais como a Escala de Sonolência de Epworth e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

## 22.5. VÍCIOS E USO DE SUBSTÂNCIAS

O uso de substâncias está associado a condições de saúde que levam a um maior risco de desenvolvimento de morbidades, aumentando também a mortalidade entre os usuários. Durante uma consulta estruturada a partir da MEV, busca-se avaliar o uso de substâncias como derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e demais drogas de abuso. Na avaliação de pacientes tabagistas, é fundamental a quantificação da carga tabágica, o horário do primeiro cigarro da manhã e identificação dos principais gatilhos. Para a abordagem sobre o consumo de álcool, utiliza-se a ferramenta AUDIT-C, a qual consiste em três perguntas:

- com que frequência você faz uso de bebidas com álcool?
- qual a quantidade que você consome em um dia típico quando está bebendo?
- com que frequência você consome seis ou mais doses de álcool em uma única ocasião?

A identificação dessas informações é fundamental para avaliar possível abuso.

## 22.6. ESTRESSE

Estresse pode afetar a saúde tanto diretamente, a partir das alterações fisiológicas decorrentes da ativação do sistema nervoso simpático, quanto indiretamente, ao interferir nas escolhas alimentares, inatividade física, distúrbios do sono e uso de substâncias. Além disso, tais hábitos alimentares também interferem no nível de estresse, gerando um ciclo não saudável.

O estresse pode ser gerenciado de duas formas: reduzindo a exposição ao agente estressor ou praticando técnicas que aliviam o estresse. Ratifica-se a importância de uma rotina saudável, incluindo qualidade alimentar, prática regular de exercício físico, sono reparador, boas conexões sociais e não uso de substâncias como álcool, drogas e tabaco.

Para realizar as orientações necessárias a cada paciente, é importante conduzir a anamnese a fim de identificar se há níveis elevados de estresse e, se possível, suas possíveis causas. Para isso, utiliza-se a Perceived Stress Scale (PSS), instrumento que avalia as situações consideradas como estressantes. Os itens e alternativas são de natureza geral e de fácil compreensão, facilitando a aplicação para qualquer grupo da população. As perguntas são sobre sentimentos e pensamentos e sua frequência durante o último mês. Dentre as possíveis recomendações para redução dos sintomas relacionados ao estresse, destacam-se práticas de mente e corpo como *mindfulness*, yoga, tai chi ou orações.

## 22.7. CONEXÃO SOCIAL

O isolamento social é um importante preditor de piores desfechos em saúde, portanto a avaliação do convívio social e relaciona-

mentos do paciente é fundamental em uma consulta padrão da MEV. Adicionalmente, a conexão social pode influenciar significativamente outros fatores de estilo de vida (por exemplo, nutrição, atividade física, sono) implicados no desenvolvimento e progressão de doenças crônicas, por meio de encorajamento e controle social que direcionam o comportamento. Assim, o incentivo de conexões e apoios sociais positivos tem o potencial de ajudar os pacientes também a alcançar os outros objetivos relacionados ao tratamento.

## **22.8. TÉCNICAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**

Um dos principais motivos para o sucesso da MEV está na utilização de técnicas adequadas que auxiliam na mudança de comportamento. Dessa forma, inicialmente avalia-se o estágio da mudança em que o paciente está para que o profissional escolha a abordagem mais adequada ao longo do atendimento. Utilizando o modelo transteórico da mudança, é possível classificar o paciente em cinco possíveis estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

A entrevista motivacional é uma das principais técnicas utilizadas em pacientes nos estágios iniciais (pré-contemplação e contemplação), enquanto a abordagem cognitivo-comportamental busca promover e manter a mudança para pacientes nos estágios finais (preparação, ação e manutenção). São utilizadas estratégias como estabelecimento de metas, conscientização, superação de barreiras, prevenção de recaídas e manejo adequado do tratamento, promovendo aderência terapêutica.

O sucesso das estratégias também depende de competências dominadas pelos profissionais de saúde, tais como liderança para praticar e promover a MEV, avaliação da motivação do paciente para realizar a mudança e atuação como parte de uma equipe multidisciplinar para atender o paciente em todos os níveis de atenção necessários.

## 22.9. O EXAME FÍSICO

O exame físico da MEV segue a mesma sequência citada no exame físico geral. No entanto, enfatiza-se a importância da avaliação da pressão arterial em ambos os membros, verificação da glicemia capilar, circunferência abdominal e de quadril, além da identificação de peso e altura para cálculo do IMC. Essas avaliações são fundamentais para a identificação das principais doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida.

A avaliação dos sinais vitais de estilo de vida deve ser feita não somente no atendimento de pacientes com doenças crônicas, mas em todas as consultas de rotina para a identificação de fatores de risco, tornando-as mais eficientes na prevenção primária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Lifestyle Medicine. Definition of Lifestyle Medicine [Internet]. Chesterfield: ACLM; [citado em 28 fev 2022]. Disponível em: <https://lifestylemedicine.org/overview/>.

Garg H. Sleep History Taking and Examination. *Int J Head Neck Surg.* 2019;10(spe):9-17.

Lianov L. Physician Competencies for Prescribing Lifestyle Medicine. *JAMA.* 2010;304(2):202-3.

Locke A, Schneiderhan J, Zick SM. Diets for Health: Goals and Guidelines. *Am Fam Physician.* 2018;97:721-8.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change.* 2a ed. New York: Guilford Press; 2002.

Schellenberg JB, Maislin G, Schwab RJ. Physical Findings and the Risk for Obstructive Sleep Apnea. The Importance of Oropharyngeal Structures. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;162(2 Pt 1):740-8.

Smirmaul BPC, Chamon RF, Moraes FM, Rozin G, Moreira ASB, Almeida R, et al. Lifestyle Medicine During (and After) the COVID-19 Pandemic. *Am J Lifestyle Med.* 2021;15(1):60-7.

Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health Benefits of Physical Activity: The Evidence. *CMAJ.* 2006;174(6):801-9.



**CFM**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

---

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas