

A HISTÓRIA CLÍNICA

Prof. Ivan da Costa Barros

“ Não sou nada, nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
A parte disso, tenho em mim todos os sonhos do Mundo ”
“ Álvaro de Campos (F. Pessoa) ”

- INTRODUÇÃO:

* A ANAMNESE

ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS

O interrogatório de pacientes (anamnese) é um método adotado desde a Grécia Clássica; tal prática já visava naquela ocasião, aliviar o sofrimento das pessoas enfermas.

Mas, foi apenas no último século, que a anamnese e o exame físico, nos moldes que conhecemos, foram recomendados com interesse diagnóstico. Embora os termos “ sinal / sintoma ” também sejam conhecidos dos médicos desde a Antigüidade, foi somente no século XIX, que tornou-se claro o seu caráter respectivamente, objetivo e subjetivo.

Até esta ocasião os diagnósticos eram completamente empíricos e baseados nas crenças gregas de que toda doença era um simples desequilíbrio entre os quatro humores (bile amarela, bile negra, sangue e fleuma).

No tempo de Hipócrates (460-375 a. C) a inspeção e a palpação dos pacientes, entretanto, já faziam parte do exame dos doentes. Com estas técnicas de exame os gregos antigos descreveram pacientes com icterícia, relacionaram-na com o aumento do fígado que em geral, se apresentava duro e irregular. Foi Hipócrates quem estudou as febres reconhecendo-a como sinal de doença.

Vários fatos marcantes contribuíram para o avanço da medicina; destacamos entre eles: Herophilus da Alexandria (335-280 a. C) no Século IV propõe um método de medir a frequência do pulso. Sanctorius (1561-1636) passa a contá-lo, utilizando um relógio. Entretanto foi Galeno de Pergamum (130-200 d. C) quem, na época, estabeleceu a importância desta medida anormal, como um importante sinal de doença. No Século XVIII, passou-se a valorizar sua variação, que era atribuída, erroneamente, a algum tipo de “desarmonia “ corporal.

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

Embora se acredite que o imperador Huang Ti tenha descoberto a circulação em 2600 a.C, foi Willian Harvey (1578-1657), quase 4278 anos depois (1628), quem efetivamente publicou trabalhos sobre esta circulação.

Entre 1776 e 1786 foram descritas as anormalidades cardíacas relacionadas ao diabetes e a tireotoxicose.

Em 1625 Sanctorius monitora a temperatura e fornece subsídios para a descoberta do termômetro por Gabriel Fahrenheit (1686-1736) e Hermann Boerhaave (1668-1738), que o adotam como instrumento de pesquisa e o produzem comercialmente no século XVIII.

No século I3 Johannes Actuarius (?-1283) propõe o exame de urina em recipientes de vidro graduado. Harvey não só inspeciona a urina, como ocasionalmente a provava dado considerado de grande importância diagnóstica na época. Harvey assinala que tanto o diabetes mellitus como os grandes edemas poderia ser diagnosticado com este método. A detecção de proteinúria descrita em 1673 por Frederik Dekkers (1644-1720), foi praticamente ignorada até que Richard Bright (1789-1858) relacionou-a à doença renal.

Apesar de descritas e utilizadas por Celsus desde 25 D.C, o peso diário, a medida da diurese e da ingesta hídrica diária só foi adotada rotineiramente no século XX.

Em 1761 uma renovação conceitual é motivada pela afirmação de Battista Morgagni (1682-1771) publicada em 1761 de que doença não era um processo corporal generalizado e sim um acometimento individual de órgãos isolados.

Ainda em 1761, Leopold Auenbrugger aplica a percussão do tórax como meio de detectar doenças cardiorespiratórias. Na verdade seu mestre Van Swieten, já percutia o abdome para diagnosticar ascite; esta técnica ficou esquecida até que Jean Corvisart (1755-1821) traduziu seus trabalhos originais, escritos em 1808.

Grandes novidades voltaram a ocorrer em 1816 quando Rene Laennec (1781-1826), um aluno de Corvisart inventou o estetoscópio propiciando grandes progressos no diagnóstico das doenças cardíacas e pulmonares, com a ausculta desses órgãos. William Stokes (1804-1878) em 1825 publicou em inglês o primeiro livro acerca do seu uso na prática diária. Estas descobertas modificaram profundamente a maneira de se exercer a medicina.

Acredita-se que o ensino prático à beira do leito foi introduzido em Pádua, em 1543 por Montanus (1498-1552).

No século XVII os médicos raramente examinavam seus pacientes diretamente, fundamentando suas hipóteses numa história colhida, em geral, por um assistente.

Embora Thomas Sydenham (1624-1689) tenha sido um dos pioneiros na prática da medicina clínica moderna baseando seus tratamentos na experiência prática a beira do leito e não em teoria, uma aplicação científica sistemática na realização de diagnósticos só foi amplamente adotada no final do século.

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-

Estas mudanças começaram a ser adotadas em hospitais de Paris depois da revolução francesa com o reconhecimento dos trabalhos Morgagni, Corvisart, Laennec e outros.

Influenciados por esta filosofia moderna de trabalho que abordava racionalmente cada problema clínico, a Escola Médica de Paris passou a correlacionar exame físico com autopsias, baseando nelas a sua medicina clínica.

Logo, Robert Graves (1796-1853) e William Stokes passaram a aplicar esses mesmos métodos em Dublin, onde trabalhavam.

Em 1869 Samuel Wilks (1824-1911) assinala alterações ungueais das doenças sistêmicas, descrevendo sinais que permanecem importantes até hoje.

Avanços espetaculares nas ciências básicas (fisiologia, patologia, farmacologia e microbiologia) observadas no final do século XIX promoveram o desenvolvimento de novas estratégias clínico - laboratoriais que, associados aos novos métodos de imagem, impulsionaram a medicina que hoje conhecemos e praticamos.

Lembramos finalmente que este método atual de abordagem diagnóstica, que procuraremos apresentar aqui, continua fundamentado, acima de tudo, numa coleta sistemática de dados através da anamnese, associada a um exame físico cuidadoso, que engloba todos os recursos disponíveis a beira do leito (inspeção, palpação, percussão e ausculta).

Para isto o médico deve ter qualidades que o permitam inspirar confiança ao paciente e que a nosso ver não se afastam muito de conceitos antigos como os de Confúcio (202a .C) que destaca em "Analectos" a BENEVOLÊNCIA, a MODERAÇÃO , a HARMONIA COM A NATUREZA, a PIEDADE e o AJUSTAMENTO DE NOMES como alguns princípios da qualidade humana.

(Atualmente consideramos um bom médico o indivíduo que, a nosso ver deve apresentar as seguintes qualidades: HUMANO, SIMPÁTICO, SISTEMÁTICO, OBSERVADOR e COMPREENSIVO DOS SEGUINTE PRINCÍPIOS: a) uso da razão lógica; b) conhecimento de suas limitações; c) respeito às informações com interesse; d) procurar manter uma abordagem clínica sempre: gentil, competente, segura e confidente.

PRINCÍPIOS BÁSICOS DO PROCESSO CLÍNICO:

Desenvolvimento do seu banco de dados

História – Exame físico – Exames complementares

1. Elabore uma lista de problemas
2. Selecione os dados significativos
3. Formule suas hipóteses diagnósticas
4. Teste a validade de suas hipóteses
5. Evolua o paciente pelo método SOAP

(onde destacamos dados: subjetivos – objetivos – análise dos principais problemas e traçamos planos: (Diagnóstico, terapêutico e educacional)

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES:

- **Devemos considerar o perfil do paciente:**
- TODO PACIENTE A SER CONSULTADO FICA ESTRESSADO!
- TER PACIÊNCIA COM RESPOSTAS POUCO CLARAS
 - É um paciente CASUAL, AGUDO ou CRÔNICO?
 - TEM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COM DOENÇAS ?
(própria ou com outras pessoas próximas)
 - TEM MEDO DE DOENÇA ?
- Adaptar o nível da entrevista de acordo com o perfil CULTURAL, EDUCACIONAL e ECONÔMICO.

CONSIDERAR: - deficiência auditiva ou de fonação , características regionais de linguagem

###

- **ESTRUTURA FORMAL DA HISTÓRIA MÉDICA**

- **Condição da entrevista:**

- - **Início da entrevista:**

1. Apresente-se nominalmente
2. De um aperto de mão, explique o que vai fazer.
3. Assegure privacidade e sossego.
4. Encorajamento narrativo
5. Organização cronológica dos fatos
6. Síntese
7. Fechamento da entrevista com esclarecimentos apropriados
8. Explique sempre o que vai fazer - o passo seguinte
9. Roupas adequadas (uniforme)
10. Linguagem corporal adequada
11. Contatos oculares e físicos (naturais)
12. Encorajamento narrativo - Mostre iniciativa!
13. Senso de humor e interesse
14. Uso do silêncio em questões polêmicas

Em caso de pacientes com limitação para a coleta da anamnese (deficiências físicas e mentais, depressão do estado de consciência, estados psiquiátricos, dor, dispnéia ou mesmo inibição) a história poderá ser colhida de um acompanhante ou responsável – devendo esse fato constar por escrito no final do texto. Informações prestadas por familiares ou pessoas que acompanham nossos pacientes incapacitados de prestar informações no momento do exame podem ser de grande valia.

Sempre que possível a anamnese deve ser colhida diretamente com o próprio paciente.

A ESTRUTURA FORMAL DA ANAMNESE

Alguns aspectos da entrevista médica

“ A doctor who cannot take a good history and a patient who cannot give one are in danger of giving and receiving bad treatment. “

PAUL DUDLEY WHITE (1886-1973)

Nós sabemos que o comportamento do médico, assim como o estilo da entrevista, têm efeitos diretos sobre a relação médico-paciente. É preciso obter todos os detalhes precisos e necessários para o diagnóstico, o que exige habilidades que devem ser exercitadas continuamente.

Na prática diária que exercemos em hospitais públicos, comumente nos deparamos com pacientes que custam a se expressar ou compreender o significado de algumas perguntas formuladas. Há, ainda, confusão maior quando formulamos perguntas de maneira complexa, onde a inclusão de termos técnicos propicia a erros de interpretação.

Não se esqueça que a maioria dos diagnósticos só é obtida quando conseguimos uma descrição precisa das queixas referidas pelo paciente.

Toda informação obtida numa anamnese tem dois componentes: um cognitivo e o outro afetivo ou emocional. Lembre-se que todos os pacientes estão ansiosos durante o contato inicial com o seu médico. É importante considerar ambos e ter a capacidade de corresponder a qualquer um deles. Por exemplo, quando as pessoas estão zangadas, as suas definições podem transmitir muito pouco da mensagem pretendida. Reagir apenas às palavras, pode significar a perda completa da mensagem subentendida.

O acompanhamento (não verbal) do contexto, da qualidade e da ênfase da voz, da expressão facial, da postura corporal, do cenário, das roupas, da idade e no contexto cultural do paciente, ajuda o entrevistador a preencher o que não foi expressamente revelado. Entretanto, a única forma de nos certificarmos de uma compreensão precisa é conferindo nossos dados com o próprio paciente. O uso de resumos e confirmações periódicos é uma técnica eficaz para assegurar ao paciente de que ele está sendo adequadamente compreendido. Este tipo de intervenção, assegura, ainda, ao paciente que estamos concentrados nele.

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-

Estar aberto para o que quer que aconteça não é tarefa fácil, especialmente ao longo do curso de semiologia, quando começamos a ver e ouvir o que não nos é familiar.

O objetivo primordial dessa entrevista é o de reunir dados sobre o paciente, que nos levarão a compreender seu processo patológico subjacente. Nela avaliamos suas atitudes, crenças e tendências em relação a enfermidade que o acomete assim como identificamos os medicamentos necessários para um tratamento bem sucedido.

Igualmente importante é estabelecermos um relacionamento aberto com o paciente. Este relacionamento é elemento essencial para um relacionamento bem sucedido.

O objetivo final da entrevista é atender as necessidades tanto do paciente como as do médico. Na maioria das consultas, as expectativas são harmoniosas e sincronizadas e as necessidades individuais nunca afloram ao consciente; apenas quando as expectativas não são harmoniosas, quando há atrito, desconforto e desobediência é que as expectativas ficam turvas e tornam-se um problema que requer discussão, trabalho e resolução.

Muitos pacientes se zangam porque se sentem impotentes para influir em seu próprio tratamento. Eles se sentem hesitantes ou envergonhados para fazer perguntas. Essa incapacitação então se torna uma barreira crítica na relação médico / paciente.

Enquanto os pacientes dizem que seus médicos não os ouvem ou não se explicam claramente por pura prepotência ou impaciência, os médicos dizem, por outro lado que desejam, em geral, que seus pacientes assumam um papel mais ativo durante o seu tratamento. Só quando nos conscientizamos dessas diferenças é que poderemos esclarecer e corrigir nossos propósitos. É imperioso ajudar os pacientes a superar essas barreiras de participação ativa e tentar atender suas necessidades. Uma forma de incentivar maior envolvimento do paciente é deixá-lo suficientemente seguro para fazer perguntas e participar ativamente do seu tratamento. Um paciente torna-se mais capaz ao compartilhar a relevância de certos aspectos de sua história clínica. Isto se torna possível permitindo que ele faça reflexões e receba respostas com atenção crítica e não deixando-o apenas como um participante passivo deste processo.

Se a narrativa da entrevista esta relacionada com a doença e não com o ser humano, a consulta transforma-se apenas em algumas perguntas que objetivam descobrir doenças e não o doente em questão. Uma anamnese tipo "receita de bolo" negligencia as características peculiares de cada paciente; a entrevista deve sempre ser mais arte do que ciência.

Tentaremos apresentar resumidamente algumas técnicas e abordagens para a realização de uma anamnese correta.

Uma boa entrevista deve resultar numa coleta de dados abrangente e precisa, que passaremos a denominar: história clínica. Uma frase comum que passaremos a ouvir é: "colher uma história clínica". Mas, as histórias clínicas, como todas as outras histórias escritas

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-

são feitas a partir dos relatos de pacientes ou familiares das enfermidades atuais e passadas, bem como de registros hospitalares prévios, relatórios e assim por diante.

Ao ver o médico, o paciente expressa um desejo de falar-lhe sobre uma enfermidade, ou desconforto. Em contrapartida, o médico expressa, junto ao paciente, a boa vontade de estudar e lidar com os seus problemas. Outros, realizam esta entrevista, com o intuito de preencher uma exigência educacional das faculdades de medicina. Nesses casos, sem uma dose de simpatia adicional, esta relação inicial do aluno de medicina / paciente pode ser muito frustrante para ambos.

Nos primeiros 20 segundos de contato pessoal, as informações visuais dominam a consciência dos dois participantes. Para o paciente, o calor ou frieza do médico, o nível de iluminação e de privacidade são impressões importantes. A seguir, são observadas a postura, as roupas, a atitude, a distância física, o sexo, a idade e a constituição corporal do médico. Seu tom de voz e a expressão são julgados pelo paciente e enquadrados em conceitos formados por experiências prévias. O que o médico realmente representa para esse paciente, passa a ser julgado neste contexto.

Da mesma forma, o médico julga a constituição corporal, a postura, a idade, as roupas e os gestos do paciente. Rapidamente, imagina que o paciente está doente, é um simples queixoso hipocondríaco, um alcoólatra, imagina os seus recursos econômicos e o tipo de trabalho que o paciente faz. Com base nas suas experiências passadas, o médico também tende a estereotipar o paciente antes que seja dita uma palavra.

A abertura da entrevista varia com o estilo de cada médico. Geralmente, obtemos no início da entrevista dados de identificação completa (que em apresentações públicas deve ser apresentada apenas com as iniciais do paciente); a seguir perguntamos o que levou o paciente a marcar uma consulta. Para encontrar o motivo real, e útil perguntamos a queixa principal, utilizando perguntas como: Como tem passado? - "Qual é o motivo que o traz aqui hoje?"

Certos pacientes se apresentam sob a tensão na presença do médico e cabe somente a nós compreender este sentimento e facilitar as coisas. O tipo de relacionamento geralmente é estabelecido pelo estilo e pela personalidade do médico, que pode modificar a abordagem que melhor atenda as necessidades de cada paciente.

Só quem ficou ou conviveu com um ente querido gravemente doente é capaz de compreender o modo de agir de um paciente grave. Lembre-se sempre que cada um de nós tem uma única vida! Respostas incompletas para questões fundamentais podem significar a fuga de uma séria preocupação diagnóstica do paciente - nem sempre deve ser atribuída a falsidade ou a simples desinformação. Por vezes, é somente minutos após, quando o assunto já mudou, que o paciente responde a uma destas questões inconscientemente bloqueadas.

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-

Uma vez compreendida e esclarecida a queixa principal, dados referentes a enfermidade atual continuam a ser obtidos do paciente. Geralmente seguimos a orientação geral de obter detalhes específicos dos sintomas atuais, medicamentos, ambientes profissional e doméstico, tensões sociais e financeiras, reações emocionais aos sintomas, e o que o paciente faz para alivia-los.

Após os pacientes terem falado livremente sobre seus sintomas, selecionamos os dados clínicos relevantes; por fim facilitamos ainda mais o diálogo com perguntas de esclarecimento e afirmações resumidas. Fecha-se cada tópico com um comentário e passa-se para o próximo, sendo este processo repetido muitas vezes durante toda a entrevista medica.

It is of the highest importance in the art of detection to recognize out of a number of facts, which are incidental and which are vital.

“ Sherlock Holmes “ (1859-1930)

Uma vez definida a doença atual, passamos a discutir detalhadamente os sintomas: como foram precipitados, como evoluíram, e quaisquer outros dados relacionados a cada sintoma até o momento atual.

O erro mais comum da anamnese é o medico lidar com o inicio da enfermidade antes de saber o suficiente sobre o estado atual do paciente para ter uma boa hipótese sobre o órgão envolvido. Sem este conhecimento básico não saberemos como explorar e obter os detalhes da doença atual. Caso não se saiba se uma dor torácica é cardíaca, esofágica, ou osteomuscular não poderemos formular uma hipótese coerente nem um plano diagnóstico adequado para a obtenção do diagnóstico final e do seu prognóstico.

Doenças prévias ou associadas assim como dados sociais, profissionais e familiares são obtidos utilizando-se as mesmas técnicas, que mencionamos : auxiliando a narrativa, fechando cada tópico com um pequeno retrospecto e fazendo a ligação com o tópico seguinte.

Uma vez obtidos os dados, estes devem ser analisados para definição das hipóteses diagnóstico.

Embora dependa da entrevista, o processo diagnóstico esta também fundamentado num treinamento contínuo e da capacidade de síntese do grande número de dados obtidos. Após a definição do processo considera-se alternativas de diagnóstico diferencial e suas formas de tratamento. No processo ideal, o paciente tem compreensão suficiente para sugerir e optar por algumas das alternativas de diagnóstico ou tratamento a ele oferecidas. O médico oferece as opções possíveis com seus resultados esperados, custos e

riscos, para que a decisão final seja tomada em conjunto por ele , pelo próprio paciente e/ou seus familiares. A alternativa escolhida é então instituída e os resultados reavaliados por ambos. Se o tratamento resolve o problema, esse ciclo é concluído com perguntas e recomendações de como evita-lo no futuro. Se o tratamento é mal sucedido, o médico e o paciente rediscutem, a luz dos novos dados, outras opções.

CONDIÇÕES ESSENCIAIS PARA UM BOM EXAME CLÍNICO

Performance eficiente:

- POSTURA DE MÉDICO (trajes e comportamento)
- ESPAÇO ADEQUADO e SUFICIENTE
- TEMPO e CONCENTRAÇÃO
- SUPORTE OPERACIONAL ADEQUADO
- ARRUMAÇÃO DO EQUIPAMENTO
- POSICIONAMENTO CONFORTÁVEL DO PACIENTE E DO EXAMINADOR
- ATENÇÃO (utilize ao máximo seus olhos, ouvidos, nariz e mãos)
- EFICIÊNCIA do examinador com CONFORTO do paciente

OBJETIVOS DE UMA ANAMNESE E OUTRAS RECOMENDAÇÕES :

A eficácia de uma boa entrevista depende parcialmente da capacidade de evitarmos algumas armadilhas comuns. Estas armadilhas podem, algumas vezes, causar um dano inconsciente, tanto para um principiante. Com a prática, em geral, podemos evitá-las. A tentação de recorrer a perguntas diretas é provavelmente a principal armadilha para o entrevistador inexperiente ou desinteressado. Devido ao tempo geralmente escasso há uma tendência de abreviarmos excessivamente a entrevista.

Fazer perguntas do tipo "por que" constituem o segundo problema: Por que você tomou tal medicamento ?" "Por que deixou o tratamento ?" "Por que se divorciou ?" O problema com estas perguntas é que elas exigem explicações defensivas que implicam em justificar fatos nem sempre justificáveis; isto pode tornar nossos pacientes irritados ou perturbados. Além disso, tais perguntas traduzindo uma atitude queixosa por parte do entrevistador levam, muitas vezes, o paciente a uma posição de desamparo, defesa ou

frustração. Poderíamos então reformulá-las para algo como: "Conte-me sobre o uso daquele medicamento." "Gostaria de me contar sobre o divórcio?"

Uma terceira armadilha são as perguntas que contêm a resposta. Esta é denominada pergunta sugestiva. Que escolha o paciente tem em responder a este tipo de pergunta? Obviamente, poderíamos obter respostas erradas já que o paciente sentindo-se rebaixado ou inferiorizado, sente necessidade de ser obediente. Com outros pacientes há entretanto o risco de erro se usamos perguntas que exigem respostas do tipo sim e não. A resposta do paciente passa a depender mais do momento do que dos fatos reais. Quando uma pergunta é respondida com um "Sim", não está claro o significado do "Sim". Este é dito para agradar o entrevistador ou para evitar discutir um tema indesejado. Da mesma forma, quando a pergunta pode ser respondida com um "Não," o paciente pode desejar discordar, evitar discutir o tópico, e não dar uma resposta real.

Mesmo com um entrevistador experiente muitas informações erradas podem ser obtidas com este tipo de pergunta.

Quando é o momento de mudar um tópico, devemos sinalizar para o paciente com uma frase de ligação, do tipo: "Vamos falar agora sobre tal aspecto".

Outra armadilha muitas vezes esquecida é a ausência de contato ocular de um médico concentrado em suas anotações, o que possivelmente prejudicará a história obtida desse paciente. Além de dar a impressão de que o papel é mais importante, o entrevistador perde todos os gestos, expressões e mudanças de postura do paciente que, quando bem observados, acrescentam muito significado ao que foi dito. Algumas vezes, podemos flagrar um riso discreto, ou o choro contido. Não demonstrar interesse ao paciente é uma armadilha da entrevista que interfere na relação médico-paciente.

Se um paciente chora durante a entrevista, é um erro tentar interrompê-lo pois isto o deixará envergonhado e desconfortável. Espere, pacientemente, a crise passar, especialmente nas pessoas com características estóicas em que o rótulo de "emocional" não seria bem recebido.

Uma paciente certa vez disse ao seu médico, "Eu me sentia recriminada quando as suas sobrancelhas eram levantadas." Entretanto, o médico, surpreso, não se apercebera de qualquer movimento do seu supercílio durante a entrevista.

A eficácia de uma entrevista depende, em grande parte, do número e da variedade de técnicas que o médico pode utilizar para atender as várias situações com que pode se deparar. Técnicas especiais deverão ser adaptadas para um paciente loquaz, reticente, triste, zangado ou até mesmo amedrontado. A literatura enfoca alguns tipos de pacientes problemáticos, o que levou a uma abordagem personalizada de certas atitudes e sentimentos por parte de alguns médicos.

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-

Pacientes defensivos geralmente esperam um resultado negativo, sobre conversas englobando determinado tópico. Por exemplo, o paciente pode esperar algum tipo de rejeição ao se confessar homossexual, alcoólatra, epiléptico ou até mesmo usuário de drogas ilícitas .

Os manipuladores conseguem obter algo desejado das pessoas através de várias manobras ardilosas, como um ataque de cólera ou mesmo uma tentativa de suicídio, que tem como objetivo influenciar e tirar proveito da culpa dos outros. A questão da manipulação torna-se potencialmente perigosa quando o paciente torna-se desonesto ou engana o médico como uma forma de obter mais drogas, internações hospitalares desnecessárias, atestados, cirurgias desnecessárias ou algum outro tipo de tratamento especial. Neste nível de manipulação, pode ser necessária a consulta a um psiquiatra que saiba como lidar com estes pacientes. A maioria dos pacientes manipuladores pode, entretanto ser tratada pelo clínico.

Quanto ao médico, devemos tecer também algumas considerações: Por exemplo, se um médico se zanga com um paciente e deseja mudar este sentimento, deve pensar porque ficou zangado ao analisar o comportamento desse paciente, ou seja "Que significado eu atribuí ao comportamento do paciente ? ". Há outra forma de interpretar este comportamento ou "Eu ainda ficaria zangado se interpretasse o comportamento de outra forma e desse a ele um significado diferente ?"

A etapa final desse processo, se bem aproveitada, resultará, numa mudança de atitude quando, no futuro, nos depararmos com esses mesmos tipos de comportamento.

* Queixa principal:

Deve ser única e se possível grafada com as palavras do próprio paciente. Nunca deve ser um "diagnóstico de outro médico" como " problema nos rins " e sim o motivo pelo qual o paciente procurou a ajuda médica e para o qual espera alívio.

Não devemos assinalar queixas principais como "Diabete descompensado e sim "fraqueza, falta de ar, perna inchada, urina solta etc.

A razão de utilizarmos as palavras do próprio paciente objetiva esclarecer de forma clara e objetiva o seu sintoma mais intenso, o que infelizmente, nem sempre ocorre.

* História da doença atual

Devemos destacar aqui, sempre utilizando terminologia médica: o Início dos sintomas, sua seqüência temporal, qualidade, intensidade, fatores agravantes e de alívio, os sintomas associados, assim como os problemas médicos concomitantes.

Nesta fase, nosso objetivo é obter dados sobre a presente queixa, permitindo que o paciente conte livremente sua história, enfatizando os dados mais relevantes para ele, sem interferências.

Infelizmente alguns pacientes mais prolixos (talvez mais carentes) nos obrigam a interrompê-los com vistas a obtenção de dados mais objetivos. Devemos estar atentos, entretanto, para não interromper a seqüência lógica de pensamento do paciente, o que acarretaria grandes perdas ao diagnóstico. Nunca é demais lembrar que nunca devemos sugerir a nossos pacientes com perguntas objetivas.

Mencionaremos a seguir a forma de abordagem de um dos sintomas mais comuns na prática clínica.

A dor (e outras formas de desconforto) são uma das principais razões que motivam uma consulta médica. Deve ser caracterizada pela sua **localização, qualidade**, (pontada, queimação, cólica, ou aperto), **duração, intensidade, forma de início, evolução, seqüência temporal** em relação à hora do dia e a outros **sintomas associados, fatores agravantes e de alívio** (postural, aos esforços, com alimentos, com tensão ou sono), assim como os **problemas médicos concomitantes**. Devem ser ainda registradas a presença de doenças crônicas, mesmo compensadas, assim com o uso de medicamentos e de drogas ilícitas. Existe prostração, mudanças de apetite ou peso, ansiedade, problemas digestivos, urinários ou sexuais associados?

Para concluir devemos obter uma história pessoal onde enfatizamos o perfil psicológico do doente: seus hábitos pessoais (horas de sono, tipo de alimentação, relações afetivas e de trabalho, suas atividades físicas regulares etc.) Muitas vezes problemas de ordem emocional se exteriorizam por sintomas, chamados funcionais como dor, vertigens, falta de ar etc.

* História Patológica pregressa e História familiar

Doenças comuns da infância , Vacinas, Procedimentos cirúrgicos e Internações prévias . Uso de medicamentos, alergias, traumatismos. Problemas familiares dignos de nota como: câncer, diabetes, hipertensão arterial, problemas psiquiátricos, entre outros.

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-

* Perfil do paciente (social e fisiológico)

Nível educacional	História ocupacional
Estrutura e suporte familiar	Hábitos particulares:
Dieta e exercícios	Fumo, álcool e uso de drogas
"Hobbies"	Interesses pessoais
Atividade sexual e correlatos	ROTINA DIÁRIA DE VIDA !!

* Revisão de sistemas

- Objetiva uma revisão ampla dos principais sintomas clínicos que se associados à queixa do paciente, e eventualmente esquecidos podem dificultar o diagnóstico final.

" AUSÊNCIA DE EVIDÊNCIA nem sempre implica em EVIDÊNCIA DE AUSÊNCIA"

- Exemplo de revisão de sistemas:

1. Geral: peso, fadiga, febre, nível de energia
2. Endócrino: D. tireoidiana; hiperglicemia; sede; fome, poliúria
3. Hematológico: Anemia, sangramentos, dor óssea, transfusões
4. Psiquiátrico: nervosismo, insônia, depressão, tendências suicidas
5. Pele e fâneros: textura, queda de cabelo, feridas, fotosensibilidade
6. Olhos: diplopia, perda da acuidade, dor ocular, "o olho vermelho"
7. Ouvidos: hipoacusia; corrimentos, zumbidos, tonteiras vertigens
8. Vestíbulo oro-gengival: língua, dentes sangramentos rouquidão
9. Pescoço: rigidez, traumatismos
10. Cardiorespiratório Hipertensão, asma/bronquite, sopros, edemas dispnéia, restrição funcional ?, Anormalidade eletrocardiográfica ou radiológica
11. Vasos sanguíneos: claudicação intermitente, varizes / flebites, isquemias agudas X crônicas
12. Gastrointestinal: MUDANÇAS DE HÁBITO INTESTINAL, disfagias, náusea/vômito, hematêmese /melena / hematoquezia, Icterícia , ascite
13. Gênito-urinária: polaciúria, o jato de urina, incontinência, infecções urinárias, litíase, dor e/ou aumento de volume testicular

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-

14. História menstrual, sangramentos vaginais, dor ao coito, prurido, doenças venéreas, Preferências sexuais, satisfação, uso de anticoncepcionais
15. HÉRNIAS em idosos devem ser relacionadas a tosse (DPOC ou câncer pulmonar, neoplasias INTESTINAIS ou de PRÓSTATA (pelo aumento do esforço físico que acarretam)
16. Músculo-esquelético: fraqueza, dor, rigidez, artrites, gota,
17. Neurológico: cefaléia, convulsão, :Amaurose fugax" perdas de memória, dificuldade de concentração.

* MATERIAL NECESSÁRIO:

- ESFIGMOMANÔMETRO	- TERMÔMETRO
- ESTETOSCÓPIO	- ESPÁTULAS DE MADEIRA
- LANTERNA	- OFTALMOSCÓPIO
- MARTELO DE PERCUSSÃO	- FITA MÉTRICA
- DIAPASÃO 128 HZ	- OTOSCÓPIO
- LUVAS / ÓCULOS PROTETORES	- LÁPIS (MARCA PELE)

ROTINA DE EXAME FÍSICO

Apresentaremos aqui uma seqüência resumida que servirá como referência de cabeceira para o estudante de medicina

- Lembre-se que é a repetição sistemática que nos torna um perito -

Ninguém possui essa habilidade inata!

● NA HISTÓRIA:

1. Não se esqueça de assinalar a data da consulta
2. Identifique o paciente da forma mais completa possível
3. Assinale a fonte e limitações de sua história (colaboração, familiares)
4. Destaque a queixa principal (apenas uma com as palavras do paciente)

5. História da doença atual - (início, relações cronológica , descrição clara, sistemática e sintética de cada problema clínico , elimine dados supérfluos , doenças associadas , evite abreviaturas e textos longos , reavalie após estudar o caso no livro)
6. História patológica progressiva - (completa desde a infância - associada a revisão dos sistemas orgânicos - evitar incluir aqui doenças como diabetes, hipertensão arterial etc que acompanham, ainda que compensadas o paciente por toda a sua vida)
7. História familiar (doenças acometendo pais e irmãos, filhos, esposa etc)
8. História fisiológica (nascimento e desenvolvimento, vida sexual , outros hábitos)
9. História Social (moradia, tabagismo, alcoolismo , condições de higiene)
10. Pesquisa dos hábitos de vida do paciente (horas de sono ,ritmo intestinal, de alimentação , exercícios, nível de tensão entre outros)
11. Formule uma hipótese clínica e parta para o exame físico

- **Após a anamnese completa, iniciamos o exame físico**

- * **Checando inicialmente:**

<ul style="list-style-type: none">* Peso - Altura* Colocação do termômetro (axilar, oral ou retal)* Pulso* Respiração* Pressão Arterial* Medida a Temperatura
--

- * POSTERIORMENTE CONTINUAMOS O NOSSO EXAME COM:

- 1- **Paciente sentado e com o examinador na frente do paciente**

6. Estado geral, consciência, nervos cranianos (a fala)
7. A fácies (típica de alguma doença ?)
8. LEMBRE-SE QUE A FACE É O ESPELHO DA ALMA !
9. Exame das mãos e do pulso do membros superiores

10. Exame da pele, fâneros , mucosas , escleróticas e freio da língua
11. vestibulo oro-gengival (língua, dentes e mucosa oral)
12. Olhos (acuidade, reflexos e movimentos oculares)
13. Ouvidos, nariz e garganta (a deglutição)
14. Audição - Pavilhão auricular e a otoscopia
15. Mobilidade cervical (Há rigidez de nuca??)
16. Linfonodos (cabeça e pescoço)
17. Tireóide e glândulas salivares
18. Carótidas (palpação e ausculta)
19. Testes cerebelares e de coordenação

Paciente sentado com o examinador atrás do paciente

1. Exame do tórax e da coluna dorsal (compressão e percussão)
2. Exame dos pulmões (palpação da expansibilidade e do FTV
3. Percussão do tórax e subsequente ausculta dos sons respiratórios)
4. Percussão dos ângulos costovertebrais

Paciente sentado com o examinador na frente do paciente

1. Exame dos pulmões (completar a parte anterior) e ausculta dos vasos da base (especialmente os casos com insuficiência aórtica)
2. Exame dos gânglios supraclaviculares , axilares e epitrocleares
3. Exame das mamas

Paciente deitado com o examinador a direita do paciente

1. Atitude
2. Revisão do exame das mamas (palpação)

3. Movimentos involuntários
4. Palpação, Ausculta do precórdio e das carótidas
5. Inspeção das veias do pescoço (inclinado a 45 graus)
6. Exame do abdome - delimitações do fígado e do espaço de traube
7. Palpação do baço, vísceras e gânglios inguinais
(pulsações, abaulamentos)
8. Ausculta do abdome (peristaltismo , sopros e atritos - hepáticos ou esplênicos)
9. Palpação e ausculta dos pulsos femorais
10. Exame dos membros inferiores e especialmente dos pés (pulsos a pele e os reflexos neurológicos)
11. O sinal de Laségue

Paciente de pé com o examinador na frente do paciente

1. Pesquise hipotensão e taquicardia posturais
2. Observe a marcha e suas particularidades
3. Teste a mobilidade lombar
4. Manobras de coordenação estática
5. Exame da genitália masculina e pesquisa de hérnias !

Exame protológico e exame pélvico – nas posições especiais

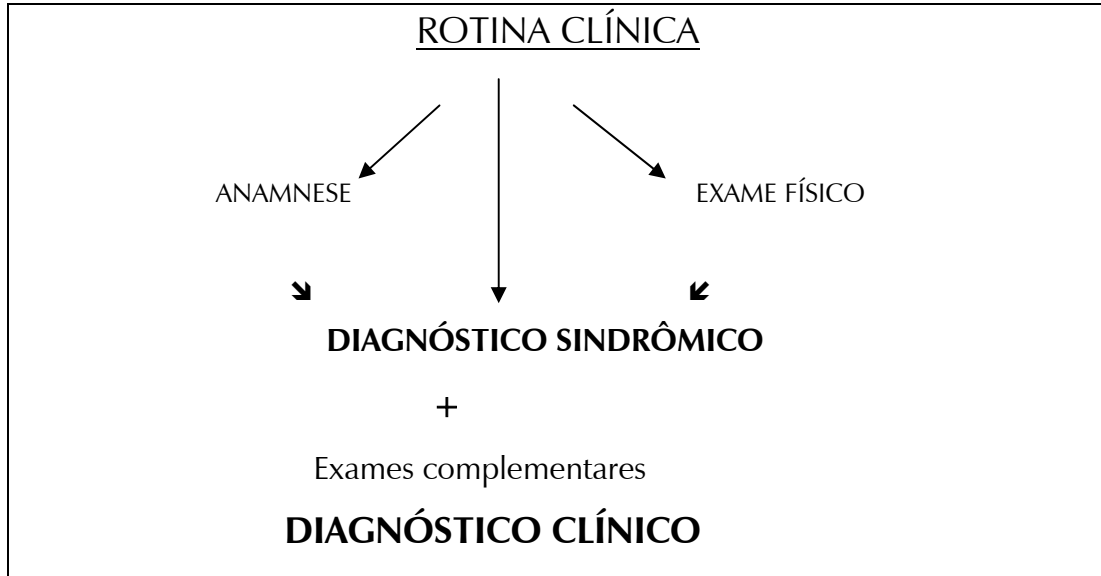
(genupeitoral , posição ginecológica ou em decúbito lateral)

Examinando pacientes - A ANAMNESE

Ivan da Costa Barros

-2004-

-



*“Não se aprende Senhor na fantasia, Sonhando, imaginando ou estudando,
Senão vendo, tratando e pelejando.”*

Camões em “Os Lusíadas”