

QUESTÕES:

1. Uma criança de 11 anos é trazida pela mãe para um exame de rotina. Tem excelente aspecto e de nada se queixa. No decorrer do exame físico o médico percebe um sopro sistólico no foco mitral, como único achado digno de nota. Quais os riscos para o paciente se este sopro for considerado mero *achado casual*? Quais os *elementos de suspeita* que levarão o médico a insistir na realização de exames complementares? E quais serão os inconvenientes de uma atitude demasiadamente intervencionista?
2. Deveria o médico ter concordado em fazer o exame, dada a inexistência de qualquer queixa? Justifique.
3. Em que casos pode-se dizer que uma adenopatia cervical em criança indica doença?
4. Em condições usuais, quantas micções realizam-se no decorrer das 24 horas? O que serão desvios patológicos na frequência urinária?
5. Comumente se considera a temperatura de 37,3 graus C como limite superior da normalidade (quando medida na boca ou axila), sendo os valores superiores a este considerados "estados febris". Você acredita que é correto traçar limite tão preciso? Haverá, também, limite inferior do normal?
6. Um paciente com tuberculose pulmonar é instruído, na vigência do tratamento, a medir a sua temperatura 4 vezes ao dia, apresentando suas anotações ao médico por ocasião do retorno ao consultório. (Tal prática é importante, pois a normalização da temperatura é um dos critérios de recuperação clínica.) Embora o paciente ainda não sinta melhoria em seu estado, continuando com falta de apetite, e ainda relate sudorese noturna, em nenhuma das ocasiões a sua temperatura ultrapassou 36,9 graus C. Como se interpretará este achado?

9

O EXAME FÍSICO

O que caracteriza o comportamento do leigo diante do doente — e não se pode negar que ainda é ele o responsável pela maioria das condutas terapêuticas — é a completa omissão do exame físico.

Com isto não se pretende afirmar que o médico sempre tenha que examinar seu paciente. Em face de um episódio de diarreia que se iniciou na véspera, o profissional pode concluir que a palpação do abdômen nada de importante vai revelar (e se o fizer, o achado provavelmente nada terá a ver com a queixa primária). Mas jamais deixará de percutir ou auscultar o tórax do indivíduo com dispnéia, pois esta queixa só é auto-limitada em casos raros, e é elevada a especificidade dos sinais físicos obtidos ao exame do pulmão ou do coração.

O *exame clínico* ou *físico* (termo aqui usado para distingui-lo dos *exames complementares*, que apenas em décadas recentes conseguiram transformar-se em instrumento indispensável ao médico) teve que esperar até a segunda metade do século XIX para encontrar quem o sistematizasse, dando-lhe o cunho que hoje tem. Em todos os séculos da Medicina são raros os grandes vultos que incorporaram à sua prática o exame físico do paciente.

Constituiu exceção, como sempre, a escola hipocrática, único corpo de conhecimento que pode ser transportado até os nossos dias sem cair no grotesco. Embora Hipócrates desse maior ênfase à terapêutica do que ao diagnóstico em seus escritos, e se utilizasse quase que exclusivamente da sintomatologia e da inspeção do paciente para chegar a uma conduta, há referências à palpação do abdômen, e aparentemente conseguiu desenvolver a faculdade de reconhecer nuances na temperatura da pele, através do simples toque da mão.

Os chineses tentaram transformar a palpação do pulso numa fina arte. "Nada ultrapassa o exame do pulso, pois através dele não se pode errar." Sua doutrina, porém, não resistiu ao tempo, não aceita uma roupagem moderna. "Na mulher, o pulso direito indica desordem, o pulso esquerdo indicando ordem; no homem, o pulso esquerdo indica desordem, seu pulso direito indicando ordem".

Algumas vezes substituía-se o exame do próprio paciente por aquele de sua urina, interpretando-se tão sutilmente o aspecto macroscópico da mesma, que se pensava poder fazer o diagnóstico diferencial entre numerosas entidades clínicas.



Fig. 45 — Tabela empregada para o exame de urina, de acordo com um texto de fins do século XV. Reproduzido de Castiglioni, 1947.

A prática dos médicos sumerianos já se inclui no terreno da Medicina mágica. O enfermo tinha que soprar dentro das narinas de uma ovelha, visando assim transferir a ela a sua doença. O animal era em seguida sacrificado e o diagnóstico feito a partir do aspecto e lobulação de seu fígado.

Obviamente uma Medicina mágica nem este tipo de sofisticação requer, pois, se circunstâncias alheias ao organismo doente determinavam a natureza e o prognóstico da enfermidade, bastaria consultar os astros, ou procurar nos antecedentes do paciente algum ato que houvesse despertado a ira dos deuses. Foi esta a

prática usual em numerosas civilizações, nas quais médico e sacerdote eram uma só figura.

Embora, já nas últimas fases do apogeu grego, a Medicina se descartasse da religião, durante todos os séculos que se lhe seguiram o médico continuou sendo um intelectual, um pensador teórico, que raramente criava novas doutrinas, preferindo continuar fiel aos dogmas que herdara de Hipócrates, Aristóteles, Galeno. Ora, realizar um exame clínico implica em proximidade física ao doente, envolve tocá-lo com as mãos e, eventualmente, encostar-lhe o ouvido no peito, conduta que deve ter sido considerada indigna por muito médico-intelectual.

A própria cirurgia foi, durante séculos, deixada ao encargo de um profissional de *status* inferior: o *barbeiro-cirurgião*. E, possivelmente, deva-se às constantes guerras que devastaram a Europa o fato de que tanto cirurgia como traumatologia finalmente se tornassem profissões respeitáveis, pois reis e príncipes, que ainda participavam pessoalmente das batalhas, preferiam que um médico lhes cuidasse os ferimentos.



Fig. 46 — Gravura reproduzida de *World Health*, Junho, 1972, e que leva a seguinte legenda: "Esta gravura em madeira do princípio do século XVI representa um "barbeiro cirurgião" de exército. Pode-se vê-lo retirando um flecha do peito de um soldado. Naquela época, os fidalgos faziam-se acompanhar de seus barbeiros particulares, enquanto que os soldados se tratavam uns aos outros."

Aproximar-se da pessoa física do paciente para examiná-lo também envolve considerável risco de contágio por tifo, peste, varíola e outras infecções, devendo este ter sido um fator adicional para a perpetuação de uma Medicina que se limitava a ouvir informações, contemplava e tecia teorias, mas não examinava morfologia ou patologia destes sintomas.



Fig. 47 — Indumentária usada pelos médicos na epidemia de peste, em Marselha, 1720. O bico da máscara era cheio de especiarias, visando a purificação do ar respirado pelo profissional. (Reproduzido de Castiglioni, 1947.)

Não se pode esquecer que o edital de Tours, de 1163, através do qual a Igreja baniu a realização de estudos anatómicos no cadáver, fez com que durante séculos a Anatomia não saísse de uma condição de absoluto primarismo. A patologia, naturalmente, permaneceu inexplorada durante toda a Idade Média. E é provável que foi mais longe ainda a influência das autoridades eclesásticas, fazendo do exame físico no vivo uma arte estagnada.

A falta de instrumental apropriado para a semiologia não deve ser olhada como causa mas como efeito do atraso no desenvolvimento desta arte. Ter sido o estetoscópio inventado apenas no século passado é suficiente demonstração da falta de interesse na exploração do corpo humano: o relógio e a luneta astronômica antecederam-no em pelo menos 300 anos.

Durante o período em que continuavam rudimentares os conhecimentos de Anatomia Patológica e o exame clínico cingia-se aos achados mais grosseiros, era reduzido o número de categorias de doença que a Medicina podia reconhecer, distinguindo uma disenteria de outra apenas pelas graduações na sintomatologia, um "inchaço" de um outro quadro que, superficialmente, lhe era semelhante. Faltava ao médico uma visão mais objetiva do corpo humano.

É compreensível que tal situação permitiu a sobrevivência, quase até aos nossos dias, da *teoria da inespecificidade das enfermidades*.

Alguns quadros clínicos eram suficientemente característicos para saírem do anonimato, e alguns homens de acurado poder de observação puderam antecipar-se à sua época. Snow reconheceu a cólera como doença infecciosa já em 1854, vinte e sete anos antes da descoberta do vibrião, e Budd fez o mesmo com a tuberculose, embora o *Mycobacterium* só fosse ser identificado uma década depois.

Uma abertura para a ciência moderna criou-se subitamente no último quarto do século XIX, quando os trabalhos de Pasteur e Koch, e o simultâneo desenvolvimento da Anatomia Patológica, pela primeira vez permitiram descrever algumas doenças como entidades concretas, bem definidas. Neste clima, a teoria da inespecificidade não mais conseguia sobreviver.

Foi provavelmente devido a isto que a semiologia tomou impulso, pois, se em muitas doenças agora se reconhecia causas bem determinadas e a autópsia descrevia um quadro anatomo-patológico que lhes era característico, era natural antecipar-se que a sua presença no vivo pudesse ser revelada através de sinais físicos absolutamente específicos.

O microscópio ótico foi logo a seguir complementado pelo uso do raio-X e a rápida multiplicação dos recursos da bioquímica. Aumentou extraordinariamente a lista de doenças que se conseguia rotular com maior precisão, — processo que tão cedo não estará terminado, — não mais conseguindo a Medicina desvincular-se do do laboratório. Se a Anatomia Patológica rapidamente progrediu do exame macroscópico para a era do microscópio ótico e daí para o microscópio eletrônico, e a bioquímica agora consegue detectar refinadas alterações enzimáticas, desconhecidas até deste último, mandatório era que o médico inventasse novos rótulos diagnósticos que acompanhassem esta contínua evolução. Como o professor de Medicina freqüentemente entrega-se também à investigação

científica, instrumentos e métodos primariamente destinados à pesquisa básica passaram a incorporar-se à clínica médica, nem sempre com a devida moderação.

A terapêutica não conseguiu acompanhar o mesmo ritmo. Embora já se tenha visualizado o "antígeno Austrália", ao microscópio eletrônico, e existam diversas provas imunológicas para revelar a sua presença no sangue do paciente, a hepatite ainda não ganhou um tratamento específico. A doença "pseudo-gota" (condrocalcinose), da qual Osler ainda nada diz em seu compêndio, passou a ser diferenciada da gota verdadeira graças à luz polarizada, que permitiu o reconhecimento de cristais de pirofosfato de cálcio no líquido sinovial. Mas, em ambas as doenças emprega-se o mesmo esquema de tratamento.

Se o constante aperfeiçoamento dos recursos de pesquisa só pode ser considerado alvissareiro pelos cientistas, menos benéfica é a sua repercussão sobre o ensino de uma Medicina prática, uma vez que as universidades ainda não decidiram se a sua função é a pesquisa básica ou se devem, fundamentalmente, mostrar ao estudante como tratar dos problemas diários da população enferma. A sua atitude peca por ambivalência: no "ciclo básico" ensinam uma Anatomia, uma Histologia, uma Fisiologia tradicional, não muito diferente daquelas em uso há 50 anos, mas terminada esta fase do curso, quando o aluno está pronto e ansioso para entrar em contato com o paciente, subitamente é transportado para um ambiente de extrema sofisticação. As enfermidades com que se defronta no hospital universitário foram selecionadas de acordo com o seu interesse para a ciência, e os recursos diagnósticos que se põem em ação, em número que ultrapassa as reais necessidades, freqüentemente só visam a melhor "documentação".

Este cenário inteiramente artificial da Medicina, que algumas escolas já reconhecem como pernicioso, cria no aluno uma série de hábitos dos quais mais tarde só se libertará com relutância.

Um destes é a excessiva dependência dos exames complementares, sem os quais o raciocínio clínico lhe parece inseguro. É verdade que cede à obrigatoriedade de realizar um "exame físico completo", mas encara esta tarefa apenas como passo

preliminar para a realização de outros exames, estes sim, julgados decisivos para diagnóstico e tratamento.

O exame físico, que se segue à anamnese, usa a *inspeção*, a *palpação*, a *percussão* e a *ausculta*. Dá-se ao estudante um roteiro impresso, dizendo-lhe que em circunstância alguma deve considerar terminada a sua missão sem examinar todos os sistemas.

Em defesa desta prática pode-se argumentar, assim como se fez a respeito do roteiro para a história clínica, que se trata de um lembrete útil para o principiante, que ainda não conhece os dados prioritários para chegar a uma conduta clínica.

Para o médico já experiente, porém, este tipo de roteiro não só é dispensável mas pouco prático. Pode-se afirmar com segurança que é raro aquele que realiza aquilo que se chama "exame completo", preferindo limitar-se àquele órgão ou sistema que lhe parece mais diretamente ligado à queixa do paciente. Só abandona esta prática diante de uma doença aparentemente sistêmica e de diagnóstico diferencial mais difícil.

Um exame físico poderá demorar uma hora, sendo mesmo assim incompleto com respeito a alguns elementos. O toque retal ou a palpação das mamas, por exemplo, raramente é feito no decorrer de um exame de rotina (embora conste do roteiro), salvo por ocasião de uma "revisão de saúde", quando muitas vezes o próprio paciente passa a exigí-lo.

O principiante aprende que é importante manter uma atitude neutra no decorrer do exame físico, sem opinião preconcebida sobre seus achados e procurando esquecer as informações que a anamnese lhe deu. Só se preocupará com as hipóteses diagnósticas ao término de ambas as rotinas. O conselho é sensato mas irrealista: ninguém consegue ficar neutro em face do desafio lançado por um problema clínico. Queira ou não, inconscientemente o clínico de experiência já formula seu diagnóstico aos primeiros minutos de seu contato com o paciente, embora ainda se trate de mera impressão clínica. Terminada a história, estará consolidado um raciocínio que, em 2/3 dos casos, é o correto. Este clínico procurará fazer um *exame físico seletivo*, dirigido ao órgão ou sistema que lhe parece responsável pela sintomatologia.

EXAME FÍSICO GERAL			
Sexo	Altura	Braços	
Estado geral	Facies		Atitude
Mucosas		Pele, unhas e cabelos	
Identição	Diagnóstico		FR
Linfonódulos			
Pulsação		Tímpano	Thorax
PA. Membranas superiores (em pé e deitado)		PA. Membranas inferiores	
Desenvolvimento físico e psíquico		Outros dados	
EXAME FÍSICO ESPECIAL			
CABEÇA			
Olhos	Fonoforia		Orelhas
Pupilas	Sinal de hipertensão		
Fundo de olho			
Oxíte externa	Nariz		Sais paranasais
Lábios: bochechas gengivas, língua			
Dentes	Amígdalas e orofaringe		
Outros dados	PESCOÇO		
Exame jugular e 40°	Carótidas		Tronco
Arter. e subclávias	Outros dados		
TRONCO			
Tórax	Mamas		
Aparelho respiratório			
Inspeção	Palpação		
Percussão	Ausculta		
Outros dados			
Aparelho cardíocirculatório			
Inspeção			
Palpação			
Ausculta - ritmo e frequência cardíaca			
Sinais	Sopros		
Outros dados			
ABDOMEN			
Inspeção			
Percussão: Fígado	Bazo		
Círculo	Glândulas		
Palpação: Parede	Fígado		
Bazo	Arter.		
Círculo	Rim		
Outros			
Ausculta: Ruídos hidro-aéreas	Sopros		
Atividade	Méscas		
Teque: rítmico	Outros dados		
MEMBROS - ANTERIORES			
Pulso: Radial	Femoral		
Reflexos	Tônus posturais		
Edema	Cetose		
Alterações ósseas	Varicosidades e ulceração		
SINAIS GÊNICIS MASCULINOS			
Inspeção			
Palpação			
SINAIS GÊNICIS FEMININOS			
Inspeção	Tônus vaginal		
Especular			
ESQUELETO-ARTICULAÇÕES-MUSCULATURA			
SISTEMA NERVOSO			
Palpação	Meninges e espínho		
Reflexos	Reflexos		
Sinal meníngeo	Sensibilizado		
Distúrbios tróficos			
Mutabilidade voluntária	Força voluntária		
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS		EXAMES SOLICITADOS	
COMBUTA			
Assistente de Residência (Lagim)		Médico Responsável (Lagim)	

Fig. 48 — Roteiro empregado para o exame físico em hospital-escola.

Se uma paciente refere o aparecimento de um nódulo de mama, basta, na grande maioria dos casos, fazer-lhes cuidadoso exame dos seios, procurando distinguir entre nódulos benignos e malignos. No caso de uma criança que apresenta freqüentes episódios de dor de garganta, especialmente se ela pertence ao grupo etário em que a febre reumática é mais freqüente, o exame da cavidade oral e a palpação dos gânglios do pescoço será complementado pela ausculta cardíaca. É o que basta.

Um exaustivo exame cardiológico poderá demorar um quarto de hora, especialmente na presença de algum sinal clínico de interpretação duvidosa. Auscultar-se-ão os focos do coração com a criança em posição ereta, com o corpo inclinado para a frente, deitado de costas ou em decúbito lateral, na inspiração e expiração, no repouso e após exercício físico.

É este o motivo pelo qual, à medida que o profissional ganha experiência, naturalmente passa a preferir fazer uma semiologia dirigida apenas ao sistema que lhe despertou suspeitas. Nenhum exame feito sob orientação de um roteiro poderá jamais incluir *todas* as manobras que se fazem necessárias para um correto diagnóstico de *todas* as enfermidades. O exame neurológico, por exemplo, quando realizado pelo roteiro, jamais deixará de ser perfunctório ao extremo: não só exige uma habilidade que só com o tempo se adquire, mas é tão exaustivo que o estudante se satisfaz em olhar as pupilas de seu paciente, pesquisar-lhe os reflexos patelares, considerando em seguida sua missão como realizada. Melhor seria excluir o exame neurológico da rotina semiológica, reservando-lhe, em casos suspeitos, pelo menos uma hora completa. A insistência dos professores de que se siga o roteiro à risca é contraproducente: o roteiro transforma-se numa rotina, num ritual mecânico, que cega a sensibilidade aos pequenos detalhes.

O instrumental básico para a realização de um competente exame físico são os sentidos, a inspeção, palpação, percussão e ausculta nada mais exigindo que competência no emprego da visão, do tato e do ouvido. Os compêndios de semiologia também citam os diversos cheiros de importância diagnóstica, mas o olfato é um sentido que já deixamos atrofiar. Vez por outra se reconhece, a partir do momento em que o paciente entra na sala, um caso de supuração pulmonar, pois o *cheiro fétido* é por demais intenso; o diagnóstico de uremia (*hálito urêmico*), porém, ou da cetose diabética (*hálito cetônico*) nos dias atuais é feito pelo laboratório. Também se diz que os médicos das gerações passadas

provavam o gosto da urina de seus pacientes e que isto lhes proporcionava valiosas informações, mas esta prática há muito caiu em desuso.

O médico anota a falta de ar do asmático antes do mesmo dar expressão a suas queixas, sendo audíveis à distância os sibilos característicos. A facies do paciente deprimido é característica, o excelente aspecto físico da paciente "poliqueixosa" trai o contexto de sua história clínica, o modo com que o doente puxa a cadeira, para nela sentar-se, já fornece indícios para a interpretação de sua dor lombar. A impressão clínica já é registrada no princípio da consulta, e não se deixa disciplinar por nenhum roteiro impresso.

No campo da semiologia (definida como "ciência dos sinais e a arte de interpretá-los") três questões são fundamentais:

1. O que examinar?
2. Como examinar?
3. Como interpretar?

O que examinar?

Ao principiante se responderá: "Tudo. Mas só durante alguns meses." Ficarão cientes de que terá que libertar-se o mais cedo possível de uma rotina indiscriminada, que, embora roube-lhe tempo considerável, jamais é suficientemente profunda. Esta rotina ainda envolve o risco dos *achados casuais*, desvios do "normal" que muitas vezes não se relacionam à queixa primária do paciente.

Basicamente o exame físico visará a exploração do órgão ou sistema aparentemente responsável pelos sintomas. No caso n.º 5, por exemplo, uma laringoscopia far-se-á necessária se a rouquidão persistir além de 10 dias. Seguir o roteiro, na impressão de que este fornecerá subsídios que dispensarão a paciente deste exame, é esperança vã. Se for palpada uma ponta de baço, ou notada a deformação de uma articulação dos dedos, serão estas importantes contribuições para a elucidação do quadro?

É verdade que existe (embora seja muito rara) a rouquidão da artrite reumatóide, podendo a esplenomegalia e a tumefação das articulações completar o quadro clínico. Mas o *elemento de suspeita* nascerá da laringoscopia, a ausência de mobilidade das cartilagens aritenóides sugerindo que um exame físico mais geral não seria má idéia. A rouquidão é um sintoma tão comum, e comum é a artrite reumatóide, que certamente a regra é encontrá-la como entidades distintas, não associadas em uma doença única. Seria imperdoável deixar de exa-

minar a laringe de um paciente com rouquidão crônica só por causa de um diagnóstico engenhoso: ele pode ter um câncer de cordas vocais.

Às vezes o exame físico é perfeitamente dispensável. Se a sintomatologia do indivíduo for suficientemente característica de enxaqueca, o diagnóstico definitivo será dado pela resposta terapêutica apenas, pois nenhum sinal clínico é suficientemente específico para substituí-la. Frequentemente o otorrinolaringologista examina os seios da face em casos de cefaléia, palpando os pontos correspondentes na face, fazendo a transluminação dos seios frontais e maxilares. Ou então manda-se o paciente ao oftalmologista, que nele poderá surpreender alguma deficiência visual. Ou então ao dentista, que certamente verá motivos suficientes para o tratamento odontológico.

Mas nenhum profissional competente refutará o diagnóstico inicial de enxaqueca, pois, para quem tem paciência de deixar o paciente falar livremente, tanto a sinusite como o cansaço visual ou a maloclusão dentária se revelam através de uma anamnese inteiramente distinta da anterior. São suficientemente frequentes na população os defeitos visuais, os problemas dentários ou a opacificação dos seios da face para não se permitir que estes achados casuais se intrometam no processo diagnóstico. Se a prova terapêutica fracassar, ou o paciente relatar, por ocasião do retorno, uma sintomatologia diferente, sempre haverá tempo para modificar a conduta clínica.

O doente experimenta seus sintomas no decorrer da atividade diária, mas o seu exame tem lugar no consultório, sob condições inteiramente diversas. O exame estático frequentemente não fornece ao médico as informações de que precisa, e sempre será boa idéia reproduzir, na medida em que isto for possível, a situação que provoca os sintomas. Se as queixas forem de palpitações e falta de ar aos esforços, por que não submeter o paciente a uma prova de esforços, mandando-lhe repetir 10 ou 20 vezes um exercício padronizado?

Tentar reproduzir os fenômenos dolorosos é especialmente importante. Depois que o indivíduo apontou para o local em que sente dor, o médico começará a manipular esta região, primeiro palpando apenas com a polpa dos dedos, em seguida comprimindo-a com toda a mão, cada vez mais intensamente. Se a dor torácica que constitui o motivo para a consulta puder ser reproduzida pela compressão bimanual da caixa torácica, ou através da manipulação da articulação do ombro ou da coluna dorsal, facilmente

poder-se-á afastar um processo de angina do peito, e com este ato tranquilizar o paciente, pois o exame físico também valerá como medida terapêutica, indicado menos pelas informações que poderia trazer, do que pela sensação de segurança que dá ao paciente. Embora a pressão arterial em nada contribuirá para esclarecer uma diarreia ou a dor abdominal, muitos pacientes consideram incompleta a consulta sem que se lhes faça passar por este ritual. E, desde que isto seja feito sem mistificação, não custa atender à sua ansiedade. Se a compressão leve de uma articulação condrocostal reproduzir uma dor que a paciente temia fosse atribuída ao coração, sentir-se-á mais reconfortado do que com meras palavras.

Como examinar?

A metodologia usada em alguns dos exames mais básicos será padronizada, sem o que não se esperarão resultados uniformes. Assim como a cor das conjuntivas ou a úlcera de pele só pode ser examinada debaixo de iluminação adequada, preferivelmente a luz natural, tirar a pressão arterial de um paciente sem observação das devidas regras seria erro fundamental. Mas não se deve levar este rigor a extremos, podendo-se permitir que o principiante adquira algumas pequenas idiosincrasias, desde que se comprometa a usar sempre o mesmo método de exame. Há quem percute em tórax com um dedo somente e há aqueles que se acostumaram a usar dois dedos, ou mesmo toda a mão, como martelo de percussão; desde que o profissional esteja familiarizado com sua própria maneira de examinar, os resultados serão superponíveis. A tireóide pode ser examinada pela frente ou com o médico colocado atrás do paciente, procurando abraçar o corpo da glândula com os dedos de ambas as mãos. Mas nada impede o uso de variantes semiológicas.

Além de sua *morfologia*, um órgão tem *função*. Nem sempre ambas se revelam ao mesmo tempo; o sistema nervoso só se manifesta através de função quando se realiza o exame; o fígado, por outro lado, define apenas sua forma, tamanho e consistência. O exame do aparelho respiratório, porém, será incompleto se à percussão em repouso não se seguir um exame realizado durante a inspiração e expiração profundas. Embora a *inspeção estática* possa ser normal, com simetria entre ambos os hemitórax, a inspiração forçada mostra, em certos pacientes, que um lado se expande mais do que o outro. A percussão estática poderá ser perfeitamente normal, mas a percussão dos limites inferiores do

pulmão, ao término da inspiração profunda, poderá indicar ser reduzida a mobilidade do diafragma. Se o fenômeno ocorrer de ambos os lados, é possível que se trate de enfisema; se for observado apenas de um lado — e houver outros sinais clínicos característicos — o médico pensará em derrame pleural, em abscesso subfrênico, ou em algumas outras hipóteses diagnósticas.

Verificar a existência de *simetria*, ou ausência da mesma, é de importância capital para aqueles órgãos que têm simetria bilateral, permitindo descontar as variações da constituição física. É de se esperar que a ausculta pulmonar no paciente obeso, que tem espesso panículo adiposo recobrindo o tórax, revele um murmúrio vesicular mais "distante" que aquele observado em paciente magro. Se apenas um dos lados do tórax for examinado, facilmente se poderá pensar em comprometimento pulmonar; a ausculta de ambos os lados revelará, porém, que as alterações no murmúrio vesicular são generalizadas. Variações individuais na vivacidade dos reflexos osteo-tendinosos são comuns, mas não se pensará numa patologia neurológica se houver perfeita simetria, a não ser na presença de outros elementos de suspeita.

Como interpretar?

Duas perguntas são fundamentais para a interpretação correta de um sinal clínico:

"O que significa este achado?" São corriqueiras dúvidas desta natureza. Uma tumoração encontrada à palpação do hipogástrico em uma paciente de 30 anos, tanto pode indicar gravidez como a existência de um volumoso mioma uterino. No decorrer da ausculta torácica, é bem possível que se hesite entre um atrito pleural, um atrito pericárdico, ou meros e banais roncões de pulmão.

Não é fácil transformar morfologia em doença, especialmente quando se está em presença de um sinal clínico isolado. Um exemplo ilustrativo é o das corriqueiras "amigdalites crônicas", frequentemente fonte de dúvidas por parte do principiante.

Não é rara a crença de que toda amígdala grande automaticamente é uma amígdala doente. Durante alguns anos — até que a própria experiência lhe ensine o contrário — o jovem médico é tentado a exagerar em sua conduta clínica, seja esta cirúrgica ou não, toda vez que se depara com amígdalas grandes e hiperemiadas.

Amígdalas demasiadamente coradas podem ser perfeitamente sadias, bem como amígdalas pálidas focos de infecção persistente. Quanto ao seu tamanho, pode ser que indique apenas uma bem

sucedida resposta a estímulos infecciosos, ou então represente nada mais do que o *reliquat* de uma longa série de amigdalites agudas, que já pertencem ao passado.

A hiperplasia do tecido linfático é fenômeno natural na criança pequena, algumas reagindo mais do que outras às banais infecções de faringe. Há também variações individuais na situação anatômica, podendo amígdalas do mesmo tamanho ser interpretadas diferentemente, conforme estejam situadas mais superficial ou mais profundamente.

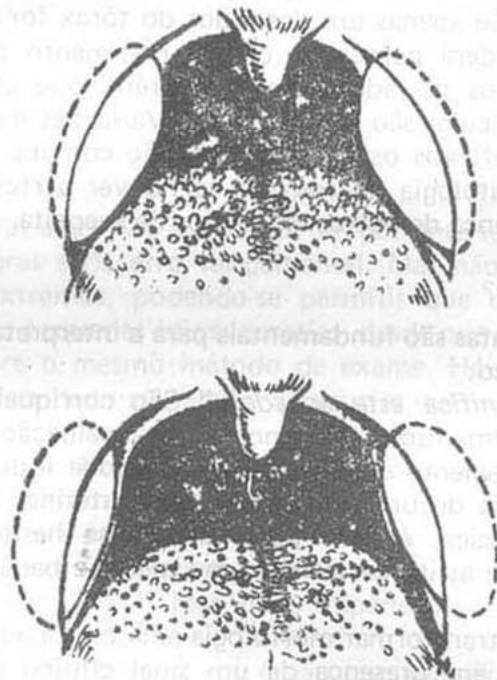


Fig. 49 — Conforme se localizam, profunda ou superficialmente, as amígdalas podem parecer maiores ou menores. (Segundo Fox, 1970.)

Certamente, o reconhecimento de amigdalite aguda deverá depender da presença de outros sinais clínicos, a hiperemia dos *pilares anteriores*, ou a presença de linfonodos dolorosos e pouco consistentes falando a favor deste diagnóstico.

Mesmo assim estes achados só merecerão atenção se o paciente relatar freqüentes episódios de dor de garganta, com febre, anorexia e abatimento do estado geral. Não é a morfologia das amígdalas que dita uma conduta mais ativa por parte do médico, mas a freqüência dos episódios e sua repercussão sobre a saúde, desenvolvimento físico e escolaridade da criança.

“Que relação tem este achado com a doença atual?” É uma pergunta menos freqüente quando o exame físico é seletivo, o que reduz o risco de serem incluídos ao quadro clínico fundamental uma série de achados casuais. Provavelmente a esplenomegalia de um paciente com dor de garganta não é parte de sua doença atual, representando, quiçá, apenas seqüela de malária antiga.

A falta de correspondência entre a história clínica e o exame físico, situação inversa àquela em que a semiologia revela um sinal que não é fonte de queixas para o indivíduo, é observada nas enfermidades de evolução por episódios isolados. O asmático comparecerá ao médico sem a sua dispnéia, sendo a semiologia de pulmão inteiramente normal; o paciente com angina de peito fora das crises poderá ser considerado sadio, mesmo quando se pede um eletrocardiograma.

Um exame físico dará valor tanto ao exagero de função como à sua diminuição. O hiperperistaltismo intestinal da gastroenterite, perceptível até quando se coloca a mão sobre o abdômen do paciente, e facilmente audível ao estetoscópio, é mais dramático mas menos alarmante que a diminuição ou mesmo ausência dos ruídos hidro-aéreos, pois estes podem indicar a peritonite.

A interpretação dos achados do exame físico requer anos de experiência e de constante auto-crítica, processo que o aprendizado formal apenas inicia. A diferença entre o médico experiente e o principiante não se deve ao fato do primeiro ter tido maiores oportunidades para estudo, mas sim conseguido, através dos anos, apurar suas faculdades de reconhecer as fontes de erro do exame, estabelecendo padrões individuais daquilo que é normal ou anormal. Não mais se enganará a respeito de uma massa de fezes imparctada no sigmóide, tomando-a por um tumor maligno — em caso de dúvida mandará o paciente voltar após enema —, nem confundirá com glossite uma das múltiplas anomalias na distribuição das papilas linguais (“língua geográfica”, por exemplo).

O principiante não experimenta dificuldade em reconhecer uma icterícia declarada, mas poderá tomar por “subicterícia” (termo, aliás, impróprio) uma pigmentação mais acentuada das conjuntivas no paciente mulato. Falta-lhe a necessária sensibilidade

da visão; quem a tem não precisa, por exemplo, pedir uma dosagem de hemoglobina, pois reconhecerá, com relativa precisão, as nuances de cor da língua e outras mucosas, bem como do leito ungueal.

Também a linguagem da semiologia deve ser uniforme, não só para que o médico, ao reler as observações da consulta anterior, encontre facilidade em recapturar a impressão clínica, mas para que seja possível o livre intercâmbio de informações com os colegas. Os termos "ronco", "sibilo" e "estertor" terão seu significado preciso no registro clínico, pois cada um destes sinais tem suas características, cada qual uma tradução diferente em patologia. O que o exame físico dirigido, seletivo, perde em extensão, deverá ganhar em profundidade.

Em hospital-escola ou nos ambulatórios dos serviços médicos estatais, a folha da observação não é privativa de um só profissional, sendo importante, pois, assegurar a continuidade da conduta através de um registro que evite ambigüidades. Assim como não deverá escrever "palidez ++" mas "palidez de mucosas ++", para demonstrar que esta avaliação não se baseou, meramente, na cor da pele, um abdômen de palpação difícil, seja por obesidade ou musculatura muito desenvolvida, seja porque o paciente é demasiadamente sensível e tem cócegas, será caracterizado através da anotação "exame prejudicado", para que fique patente o grau de credibilidade das informações. E, naturalmente, se a folha de observação for um roteiro impresso, não se cairá na tentação de preencher o espaço reservado aos sistemas que não foram examinados com zeros, traços ou a sigla "n.d.n." (nada digno de nota), pois o exame não foi realizado, e isto tem que ficar claro a todos.

Quando possível, os dados morfológicos terão cunho quantitativo. Não basta dizer que um paciente com malária tem esplenomegalia, mas informar-se-á que o baço é palpável "a 5 centímetros" (ou "5 dedos transversos") debaixo do rebordo costal esquerdo, ao final de uma inspiração profunda. Quando as dimensões do órgão são muito grandes, pode-se dizer que sua borda inferior atinge a cicatriz umbilical, ou é palpada na fossa ilíaca do mesmo lado. Quanto ao tamanho dos linfonodos, freqüentemente se usa uma notação um tanto romântica, dizendo que equivale a um amendoim, azeitona pequena, média ou grande, ou mesmo a um ovo de poço. Não é muito científico, mas serve ao seu objetivo.

A rigorosa padronização é imprescindível no caso de inquéritos epidemiológicos, especialmente aqueles que se realizam no campo, sem recurso de metodologia mais refinada. Esta padronização tem que ser válida para todos os países, e é geralmente a Organização Mundial de Saúde que se encarrega de traçar estas normas. No caso do tracoma, por exemplo, recomenda a seguinte classificação:

QUADRO XIX

Classificação clínica do tracoma*

Tr O — <i>Sem tracoma</i>	Ausência de qualquer sinal patognômico de tracoma.
Tr D — <i>Tracoma duvidoso</i>	Sinais sugestivos de resposta inicial da conjuntiva ao vírus da tracoma; folículos não-visíveis, ou não-típicos de tracoma; alterações de córnea não-visíveis ou não-típicos de tracoma.
Tr I — <i>Tracoma, estágio I</i>	Folículos imaturos sobre a conjuntiva do tarso superior; alterações precoces de córnea geralmente presentes.
Tr II — <i>Tracoma, estágio II</i>	Presença de folículos maduros, bem desenvolvidos e moles, hiperplasia papilar, pano e infiltrado estendendo-se a partir da porção superior do limbo. Folículos de limbo ou lesões de Herbert geralmente presentes.
Tr III — <i>Tracoma, estágio III</i>	Desenvolvimento de cicatrizes, geralmente a partir da necrose dos folículos. Todos ou alguns dos sinais do estágio II podem estar presentes.
Tr IV — <i>Tracoma, estágio IV</i>	Os folículos e infiltrados do estágio III foram substituídos por tecido cicatricial. Embora o processo de cicatrização possa evoluir, a doença não mais tem caráter infeccioso.

* Segundo O. M. S., 1966

Semelhante classificação não tem como objetivo a *precisão*, mas a *reprodutibilidade*, visando a adoção de uma linguagem comum, que permita aos pesquisadores de diferentes partes do mundo trocar seus resultados epidemiológicos. E classificar uma população segundo a freqüência dos diferentes estágios de tracoma permite avaliar, anos depois, se a transmissão da doença sofreu modificações, sejam estas devidas à melhoria nas condições sanitárias ou à quimioterapia, sejam elas naturais.

Há muitos anos são levadas a efeito, em diferentes países, campanhas de prevenção do bócio endêmico, que têm como instrumento único a suplementação dietética com compostos do iodo. Em nosso meio o uso de sal iodado foi objeto de legislação especial, e é provável que haja quem futuramente deseje comprovar se esta profilaxia foi realmente eficaz. Para que se torne possível um confronto deste tipo é preciso ter à mão uma classificação que seja simples e uniforme. Para este fim a O. M. S. recomenda o seguinte esquema (figura 50)

INSPEÇÃO

A visão, o mais simples instrumento para o exame físico, e que maiores informações traz para aquele que sabe usá-la, é, ao mesmo tempo, a de emprego mais difícil. São tantas as nuances e gradações que revela, que será necessário muita experiência e muita memória visual para interpretá-las corretamente.

O diagnóstico dermatológico, por exemplo, depende basicamente de saber-se interpretar os dados visuais, reconhecendo tanto características como distribuição da lesão elementar, e comparando esta imagem com aquela de quadros semelhantes, vistos no passado.

A *inspeção estática* muitas vezes não é suficiente, especialmente quando se examina o sistema nervoso, que se revela ao médico através de sua *função*. A *inspeção dinâmica* do paciente, por exemplo a sua marcha, é rica em informações para o neurologista, ortopedista, psiquiatra. Os livros descrevem diversos tipos de marcha, cada uma correspondendo a determinada doença neurológica, mas os seus desenhos não substituem a experiência visual adquirida no contato com o paciente.

Não se pode menosprezar este instrumento básico. Através da simples observação de um paciente despindo-se da camisa, pode-se diagnosticar uma periartrite de ombro. Há muita oportunidade para se fazer observações originais que, embora não se encontrem descritos nos manuais, são igualmente válidas. Um pediatra de longos anos de experiência costuma ensinar aos alunos que a mera observação do ato de tosse já dá informações acerca da natureza da doença: se a língua for estirada para fora não será necessário examinar o tórax, pois o reflexo de tosse foi despertado por uma faringite, mas se, ao tossir, a criança mantém a língua encolhida, então a causa será procurada em nível mais inferior.

É extremamente importante observar se existe simetria ou não, como se exemplificou através do caso da costureira, com edema de uma só perna, achado que conduz a hipóteses diagnósti-

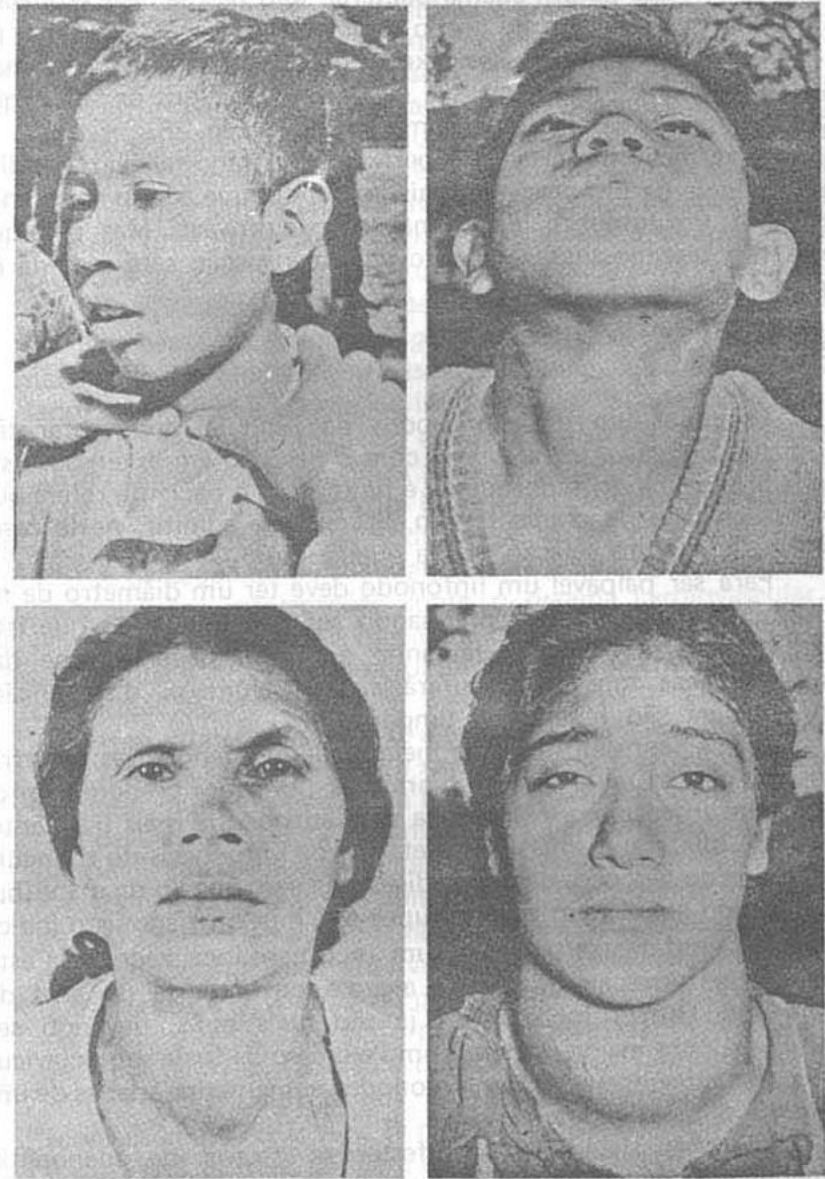


Fig. 50 — Técnica para a palpação do bócio e sua classificação. No grupo 1 o aumento da tiróide só é notado quando a cabeça é colocada em extensão; no grupo 2 percebe-se mesmo com a cabeça em atitude normal; ao grupo 3 pertencem aqueles casos em que a glândula encontra-se grosseiramente aumentada, sendo o bócio visível à distancia. (Segundo *El bócio endêmico*, O. M. S., 1961.)

cas diversas das de um edema bilateral. Mas não se deve esquecer, também, que um lado do corpo raramente é imagem especular do lado oposto. Não é raro, por exemplo, uma assimetria das mamas, seja no volume, na forma ou na posição. Há outros sinais que despertam a suspeita clínica, como aquele da Fig. 26.

A retração dos tecidos superficiais ilustrado na figura, indica a existência de um processo mais profundo, que aderiu aos planos vizinhos; um tumor maligno é mais do que provável. Mas, para que esta hipótese possa ser comprovada, a inspeção será seguida de uma palpação.

PALPAÇÃO

Qualquer um dos linfonodos da Fig. 31 pode estar tão aumentado que se torna visível com o pescoço em extensão. Este achado tem maior importância, é natural, se o paciente refere que o mesmo data de pouco tempo, devendo-se admitir, neste caso, que tenha alguma relação com a queixa atual.

Para ser palpável um linfonodo deve ter um diâmetro de no mínimo um centímetro, precisando ser bem maior do que isto para tornar-se visível. O tamanho é, porém, apenas uma das características que se procurará anotar. Número, distribuição, consistência são igualmente importantes.

No paciente idoso ou de meia idade as adenopatias mais frequentes são as metástases tumorais; já no jovem predominam os processos infecciosos. Na criança uma adenopatia mais frequentemente é bilateral e simétrica, afetando os linfonodos do triângulo posterior do pescoço, da região digástrica e do ângulo da mandíbula. Quando apenas um destes grupos está hipertrofiado, isto indica drenagem linfática a partir de um foco bem localizado, seja este um dente, uma amígdala, ou alguma outra parte do anel de Waldeyer. Outras localizações já são mais raras, devendo ser encaradas com maior cautela, como é o caso da fossa supraclavicular, especialmente se houver linfonodos aumentados apenas de um lado.

Infeções sistêmicas manifestam-se através de adenopatia generalizada, que afeta não só a região do pescoço, mas os grupos ganglionares da axila, os gânglios epitrocleares, ingüinais, etc. O número de linfonodos revelados à palpação não guarda relação com a gravidade da doença.

Quando diversos nodos fundem-se numa só massa, especialmente quando esta se fixa aos tecidos, impedindo seu deslizamen-

to com respeito aos planos vizinhos, é provável não se tratar de um processo banal: pode ser um linfoma ou linfosarcoma, ou então ser infeccioso, como na tuberculose.

Outro elemento a anotar será a consistência dos gânglios linfáticos; serão descritos como "firmes" na maior parte dos casos, e quando duros ("pétreo" é a denominação que se prefere) podem indicar um carcinoma. Nas massas grandes pode-se observar, às vezes, uma flutuação no centro, o que indica necrose — é outro sinal que se pode observar na tuberculose ganglionar.

Nos processos infecciosos benignos, como na mononucleose ou na rubéola, os linfonodos geralmente são dolorosos à palpação; na doença de Hodgkin ou nas metástases ganglionares, por outro lado, a palpação costuma ser indolor.

Não se poderá esquecer que outras massas podem ser palpadas no pescoço (ou em outra parte do corpo qualquer), e que não podem ser confundidos com linfonodos: são os cistos congênitos ou cistos cebáceos, os nódulos de tireóide, os lipomas, etc.

A palpação do pulso, quando feita por alguém de experiência, trará valiosas informações sobre o sistema cardiovascular, mas raros são os profissionais que ainda cultivam esta habilidade, já que os exames complementares passaram a merecer o favoritismo da classe médica.

Naturalmente, anotar-se-á a *freqüência* do pulso, com o paciente em repouso. Também a *regularidade* é fácil de constatar, não exigindo muita prática. Uma das irregularidades mais comuns — e que deve ser considerada benigna — é a *arritmia respiratoria*, cuja periodicidade segue o ritmo dos movimentos respiratórios.

O registro gráfico do pulso normal é semelhante ao da Fig. 51a.

O *caráter* do pulso também se revelará através da palpação, embora isto exija um observador de experiência. Um dos dados que oferece é o *volume* do pulso (que se encontra reduzido, por exemplo, no "pulso filiforme" dos estados de choque), que depende tanto da sístole cardíaca, como das condições da válvula aórtica e elasticidade dos grandes vasos. Alterações nestas 3 variáveis afetam o volume (a distância entre as duas linhas horizontais na figura), mas também a rapidez de elevação e de decréscimo da onda de pulso. A Fig. 51b retrata a onda de pulso na obstrução (estenose) da válvula aórtica; a Fig. 51c, o "pulso em martelo d'água" da insuficiência aórtica, de volume aumentado e que colapsa rapidamente, uma vez atingido seu pico.

Comumente conta-se a freqüência do pulso (em muitas observações erradamente identificado como "freqüência cardíaca",

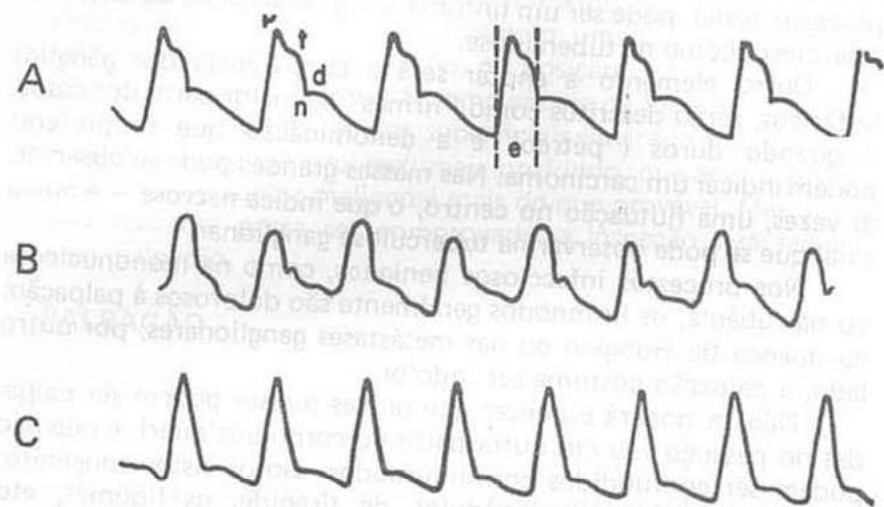


Fig. 51 — Traçado do pulso arterial: a) normal; b) na estenose aórtica; c) o pulso em "martelo d'água" da insuficiência aórtica.

pois em determinadas arritmias esta última é maior) em uma das artérias radiais. Mas, no exame do sistema cárdio-vascular também se fará a palpação — sempre de ambos os lados — das carótidas, das artérias pediosa e tibial posterior, podendo-se incluir as artérias do segmento cefálico e a femural.

Na insuficiência arterial das extremidades, o pulso estará diminuído, processo que a simples inspeção já permite prever, pois existem distúrbios tróficos de pelos, pele e unhas. Também a temperatura da pele é mais baixa nesta enfermidade.

Existem à venda, nas casas especializadas, termômetros para o registro da temperatura da pele, mas também a palpação (com a palma da mão, o dorso ou as polpas digitais — é indiferente) mostra-se de utilidade para detectar diferenças mais grosseiras. Os clínicos antigos jactavam-se de uma sensibilidade tátil tal que através da temperatura da pele conseguiam localizar com precisão um processo pneumônico subjacente. A temperatura dos tecidos superficiais estará diminuída na insuficiência arterial, mas aumenta na presença de algum processo inflamatório. Para reconhecer a tríade *dor, rubor, calor*, tão valiosa para distinguir-se entre artropatias inflamatórias e processos degenerativos, basta fazer-se

uma ou duas perguntas ao paciente, bem como uma breve inspeção e palpação.

Toda vez que um órgão produz ruído, deva-se ele ao próprio movimento do órgão ou ao líquido e gás que contém, este ruído transmite-se às estruturas vizinhas. Percebê-lo pela palpação superficial depende não só de sua intensidade ou da sensibilidade do observador, mas das condições que favorecem ou dificultam a propagação da vibração. Uma costela fraturada crepita quando o paciente tenta uma inspiração profunda, e também podem ser palpados os ruídos hidroaéreos produzidos no abdômen e os roncos e sibilos que nascem no pulmão, causados pela passagem do ar através de secreção ou por brônquios reduzidos de diâmetro.

Prefere-se, porém, empregar outra técnica: manda-se o paciente dizer o clássico "Trinta e Três", em voz grave e pausada, sendo a sua transmissão palpada pela mão espalmada, em diferentes pontos do tórax. Este FTV ("frêmito tóraco-vocal") poderá estar normal, aumentado ou diminuído de intensidade, uniformemente alterado ou de um modo localizado; certamente merecerá mais valor no último caso, pois variações na constituição física do indivíduo podem afetar de um modo global a transmissão no homem sadio.

Quando o orifício de uma das válvulas cardíacas for irregular, ou na presença de outras condições que possam interromper o fluxo laminar de sangue, produz-se um ruído que se denomina *sopro*. Alguns destes ruídos podem ser palpados na superfície do tórax: são os *frêmitos* cardíacos. Mas também os sons cardíacos (*as bulhas*) podem tornar-se palpáveis no indivíduo de constituição frágil, o que será normal. De interesse maior para o exame físico é o *ictus* ou *choque de ponta*, ponto mais baixo e lateral da pulsação cardíaca, e que se deve à contração do ventrículo esquerdo. É visível em boa percentagem dos indivíduos, e palpado em proporção ainda maior.

O ictus localiza-se no 5.^o espaço intercostal, a uns 9 centímetros da linha média (o que corresponde, mais ou menos, à linha hemiclavicular, ou à posição do mamilo, no homem), mas desloca-se, é natural, com a mudança de posição do paciente.

A escoliose de coluna dorsal pode deslocar o choque de ponta, o mesmo sendo observado em processos pleurais ou pulmonares que empurram ou tracionam o mediastino. Ausente este tipo de patologia, e o choque de ponta traduzirá as dimensões do coração, informando, também, sobre a natureza das contrações. As variantes mais fáceis de se reconhecer são o choque de ponta

extenso que indica maior superfície de contato entre coração e parede torácica, e o choque *impulsivo* que traduz uma sístole mais vigorosa. Na hipertrofia do ventrículo esquerdo o ictus está desviado para fora de sua posição habitual e é mais vigoroso. Na miocardite, por outro lado (em nosso meio é a cardiopatia chagásica o exemplo mais comum), o ictus pode ser imperceptível. Mas esta última situação também é observada em indivíduos obesos, ou na presença de enfisema de pulmão, quando existe interposição de tecido pulmonar entre coração e parede torácica.

Esta é a *palpação superficial*. Embora possa ser de utilidade na semiologia do abdômen (como no paciente n.º 7, por exemplo), prefere-se empregar a *palpação profunda*. Qualquer livro de semiologia dá ilustrações das diferentes manobras empregadas para a palpação do fígado, baço, rins, estômago e outras vísceras ocas; mas o maior obstáculo ao diagnóstico não é o desconhecimento destas técnicas por parte do profissional, mas a dificuldade na interpretação dos achados que podem variar de observador a observador. Os órgãos do abdômen são relativamente inacessíveis à palpação, o que reduz consideravelmente o valor do exame. Também a resistência oferecida pela parede do abdômen varia de indivíduo para indivíduo; na grande múltipara, com parede flácida, mesmo a aorta e a coluna vertebral serão facilmente definidas; no trabalhador braçal, por outro lado, mesmo um fígado grandemente aumentado e endurecido pode permanecer despercebido.

Variantes da palpação são os exames feitos através dos orifícios naturais do corpo, como o toque retal ou o exame ginecológico. A radiografia da página anterior foi pedida após exame físico detalhado de tórax. Aqui a ordem é invertida, para melhor ilustração do texto.

Variantes da palpação são os exames feitos através dos orifícios naturais do corpo, como o toque retal ou o exame ginecológico.

A radiografia da página anterior foi pedida após exame físico detalhado de tórax. Aqui a ordem é invertida, para melhor ilustração do texto.

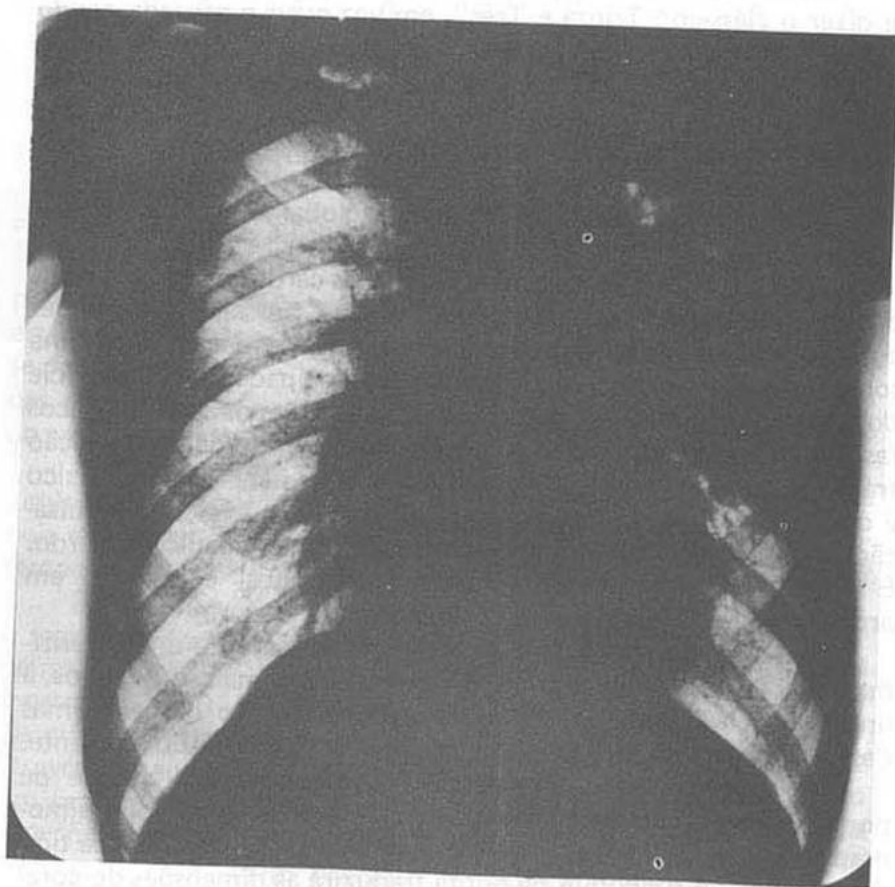


Fig. 52 — Radiografia de tórax do paciente n.º 11.

PACIENTE n.º 11: A. S., 60–70 anos (o paciente não sabe informar, mas esta é a idade que aparenta ter), sexo masculino, trabalhador rural.

Compareceu ao ambulatório do hospital universitário por insistência do filho e da nora, pois estes, dada a recente intensificação da tosse crônica do paciente, temiam que seus filhos se contagiassem.

O paciente não oferece informações espontaneamente e, quando interrogado, é vago. Averigua-se que apresenta “tosse de fumante” há “muitos anos”, e quantidade moderada de expectoração. Até a presente data ainda fuma maço e meio de cigarros diariamente.

A tosse não o preocupa, seu estado de saúde parece-lhe satisfatório: ainda trabalha na roça. Categoricamente nega febre, emagrecimento, perda de apetite ou astenia.

Nos antecedentes pessoais informa três episódios de “pneumonia”, o último há meio ano, todos tratados com “remédio de farmácia”.

À pergunta “Trata-se de um caso urgente?” responder-se-á, é claro, na negativa. Não se pode, ainda, decidir se é caso grave, pois faltam maiores dados (lembre-se de que a radiografia ainda não foi solicitada!).

As informações são pobres: o problema é de uma tosse crônica, ainda compatível com uma atividade normal. A hipótese que se pode fazer — e esta apenas um diagnóstico provisório — é a de bronquite crônica. Não se pensa em cardiopatia, nem em “moléstia bronco-pulmonar obstrutiva”, pois falta a dispnéia. Também não parece tratar-se de processo infeccioso, pois falta uma repercussão maior sobre o estado geral.

Certamente será preciso examinar este paciente, mas é melhor que este exame seja seletivo, envolvendo apenas o tórax, pelo menos numa primeira fase. Tanto a idade do paciente, como o fato de pertencer à classe pobre, faz antecipar o encontro de numerosos achados casuais (hipertensão, hérnia ingüinal, eczema e varizes dos membros inferiores, eventualmente uma catarata, hepatomegalia, etc.), que só poderiam dificultar a interpretação.

O paciente despe a camisa e fica em pé diante do médico. Nota-se que mantém o ombro esquerdo mais baixo, tendo uma escoliose dorsal. Esta escoliose não é meramente funcional: quando se manda o paciente endireitar o corpo a curvatura não se desfaz.

Pede-se ao paciente respirar profundamente: é a inspeção dinâmica, que explora função. Percebe-se que o hemitórax esquerdo não acompanha a expansão do lado oposto. Já é um achado mais comum na presença de patologia pleural ou pulmonar, embora não se possa excluir de todo um processo de coluna, afetando a mobilidade do arcabouço formado pelas costelas, mas só à esquerda.

Depois que A. S. entrou na sala, o médico já presenciou diversos episódios de tosse, e sabe que irá palpar um ou outro ronco nas bases, que desaparecerá após a tosse. Mas a palpação do FTV deverá ser feita de qualquer maneira.

A radiografia demonstra um processo parenquimatoso extenso no hemitórax esquerdo, mais confluyente no ápice. É mais do que provável que nesta região o frêmito tóraco-vocal será diferente do do lado contrário, ou mesmo quando confrontado com a própria base. Mas que tipo de alterações serão produzidas?

Quando um som é emitido pelo indivíduo, não apenas as cordas vocais entram em vibração mas toda a coluna de ar das vias respiratórias, da cavidade nasal até a luz dos brônquios. Esta vibração transmite-se para a superfície, onde o frêmito pode ser palpado. A transmissão é facilitada quando há densificação de parênquima, como na pneumonia, mas para isto é preciso que os brônquios daquele segmento permaneçam abertos. Tanto uma obstrução brônquica diminui a intensidade do frêmito tóraco-vocal em determinada área, como a existência de um derrame pleural serve como "isolante" entre pulmão e pele.

Existem pequenas diferenças na distribuição do FTV que são constitucionais. No ápice direito é normalmente *um pouco* mais intenso que no ápice esquerdo, estando diminuído sobre a face anterior do tórax, próximo à área de contato entre coração e pulmão esquerdo.

O médico continuou examinando A. S., tendo constatado acentuada diminuição do FTV em todo o hemitórax esquerdo, mais acentuado no ápice.

É o primeiro elemento de suspeita; tal achado não é compatível com bronquite crônica. Terá o paciente obstrução brônquica por neoplasia? A idade e o tabagismo fariam a favor, mas não a cronicidade de suas queixas.

Ao palpar a traquéia, na face superior do pescoço, o médico tem a impressão de que esta encontra-se desviada para a esquerda — é o segundo elemento de suspeita, e que já permite corrigir a impressão clínica inicial. O mais plausível é que este paciente tenha um processo infiltrativo no hemitórax esquerdo, mais à altura do ápice, que esteja tracionando a traquéia para o seu lado, ao mesmo tempo impedindo a plena expansão pulmonar. O quadro mais comum, com estas características, é a fibrose pulmonar após tuberculose.

A esta altura, o médico nota um detalhe que não percebera antes: a costura da calça do paciente está dobrada sobre si mesma, como se feita para uma pessoa muito mais gorda, e o cinto leva um furo adicional, distante do resto da carreira de furos. Obviamente A. S. estivera perdendo peso, embora não o confessasse.

Todas estas observações não levam mais que dois minutos. Mas não estão ainda esgotadas as informações do exame físico deste paciente:

PERCUSSÃO

Na percussão é o observador que produz a vibração das estruturas que examina, sendo o som resultante percebido pelo ouvido, mas também interpretado como vibração pelos próprios dedos de quem examina.

Todo corpo vibra conforme uma frequência que lhe é característica e, se contiver ar, esta nota e seu timbre variam de acordo com a quantidade e a tensão do mesmo. Quando se percute o estômago e outras vísceras ocas distendidas com gases, a qualidade do som é chamada *ressonância timpânica*. A ressonância característica do tecido pulmonar normal chama-se *som claro pulmonar*. A interposição de um espessamento pleural reduz a clareza do som e este toma as características de "macicês" ou "submacicês" quando há consolidação de parênquima pulmonar ou na presença de líquido na cavidade pleural.

A percussão do tórax de A. S. revelou submacicês na metade superior do hemitórax esquerdo, confirmando não tratar-se apenas de um processo brônquico.

As dimensões do fígado podem ser determinadas através da percussão, tanto na sua parte superior como inferior. Toma-se como regra, sempre, percutir um órgão do mais sonoro ao menos sonoro, com o que se pode determinar mais precisamente a zona

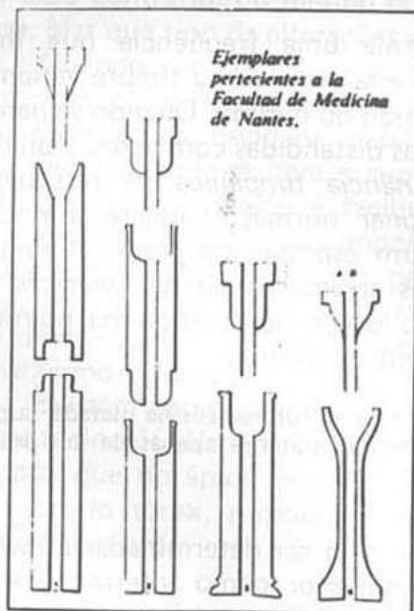
de transição. Assim, a face superior do fígado é localizada pela percussão da fase anterior do hemitórax direito, de cima para baixo, e a borda inferior do fígado, pela percussão do abdômen para o hipocôndrio.

Também discretos aumentos no volume do baço, insuficientes para a palpação, serão revelados pela percussão do flanco esquerdo (mas é aconselhável confirmá-lo num outro dia).

A percussão do coração era uma habilidade muito bem cultivada pelos médicos mais velhos, exigindo percussão leve e muita paciência. O raio-X tornou obsoleto esta manobra semiológica.

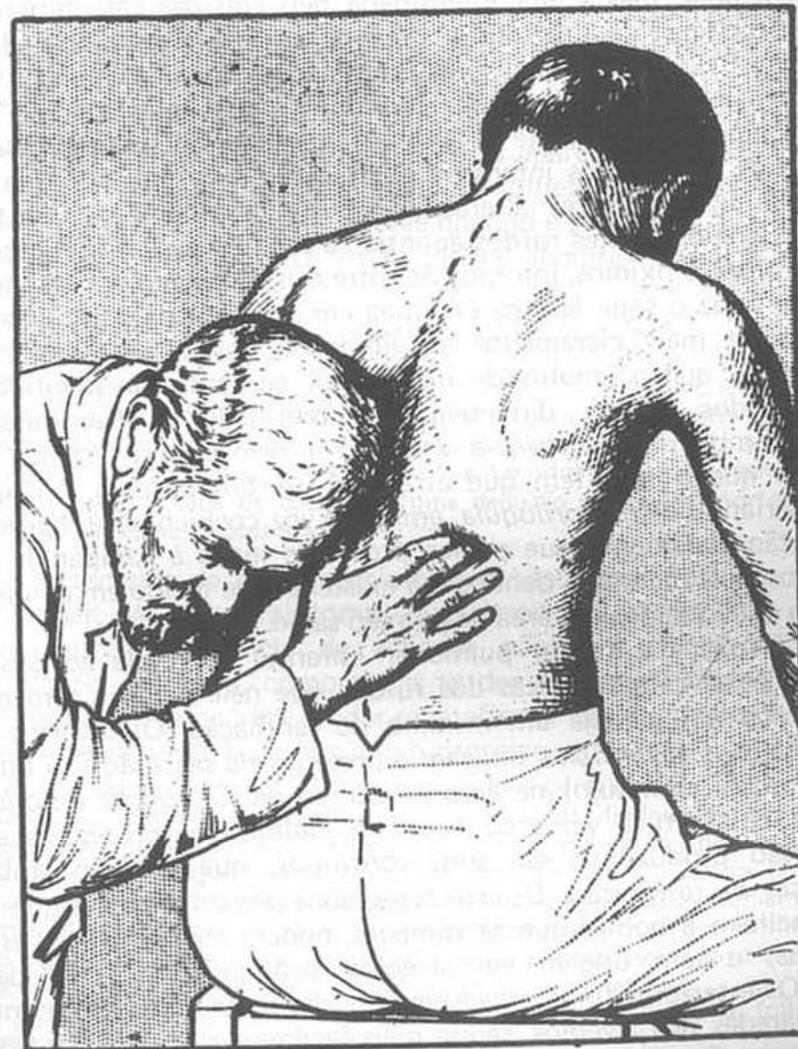
AUSCULTA

O médico completa o exame físico de A. S. com a ausculta do tórax, embora não antecipe dados mais úteis. As características da tosse já lhe indicaram existir secreção nos brônquios, e esta certamente dará sinal de sua presença quando mobilizada pelos movimentos respiratórios. Por outro lado, é provável que a parte do pulmão que mais lhe interessa, isto é, a parte superior do pulmão esquerdo, permanecerá silenciosa, já que, aparentemente, os brônquios não estão permeáveis. Se não houver passagem de ar, não haverá emissão de ruídos.



A invenção do estetoscópio deve-se a Laennec, mas o seu instrumento era mais rudimentar que aqueles hoje empregados. Mas, desde que o observador adquira habilidade em seu uso, qualquer um dos tipos de estetoscópio à venda (ou mesmo um simples tubo de papelão) dará boas informações semiológicas.

Também pode-se fazer uma ausculta com o ouvido diretamente sobre o tórax do paciente, método ainda utilizado por alguns pediatras.



É complexa e muito variável a nomenclatura e classificação dos diferentes sinais que se podem ouvir sobre o tórax, e não se justificaria, nesta introdução ao *raciocínio clínico*, reproduzir aquilo que todo livro de semiologia traz. Apenas alguns dados mais fundamentais serão aqui abordados.

Toda região do pulmão pela qual o ar transita manifesta-se através de ruídos respiratórios; aquele produzido em condições normais chama-se *ruído (ou murmúrio) vesicular*. É ouvido por toda a área, mas a sua intensidade depende das características constitucionais do indivíduo. Ouve-se o murmúrio vesicular melhor na inspiração e no início da expiração (cuja duração é o dobro da fase inspiratória). O *ruído bronquial*, que tem origem nos brônquios, normalmente é audível apenas nas áreas próximas à traquéia, sendo mais intenso à expiração. Desde que o indivíduo ventile normalmente, alterações na intensidade e nas outras características destes ruídos apontam a existência de modificações em tecidos próximos, interpostos entre o estetoscópio e a estrutura que produz o som. Um parênquima em processo de consolidação transmite mais claramente as vibrações dos tecidos vizinhos, enquanto que acúmulos de líquido ou aumento na quantidade de ar dos tecidos diminuem a intensidade da transmissão.

Também a *ressonância vocal* dá informações a respeito do tecido que o som tem que atravessar. A *brancofonia*, ou uma das variantes de *pectoriloquia*, em que a voz cochichada é reproduzida tão claramente que parece provir de junto à campânula do estetoscópio, também denuncia a existência de tecido em condensação em volta de uma área de pulmão sadio.

Também o tecido pulmonar enfermo se revela ao observador pelas características dos ruídos que nele próprio têm origem, desde que haja um mínimo de ventilação. Os diversos tipos de *sons adventícios* indicam a presença da secreção (ou qualquer outro obstáculo) na árvore respiratória. Os *roncos e sibilos*, notas cuja altura varia conforme o calibre dos brônquios em que são produzidos, são *sons contínuos*, que ocupam ambas as fases da respiração. Os *estertores*, *sons descontínuos*, e que se assemelham a bolhas que se rompem, podem ser *finos, médios e grossos*, e têm origem em alvéolos, brônquios ou cavidades.

Os estertores finos provavelmente devem-se ao descolamento das paredes dos alvéolos, sendo mais facilmente audíveis ao final da inspiração. Os estertores grossos podem aparecer em qualquer uma das fases respiratórias, ou em ambas, sendo comuns na bronquite, quando geralmente acompanhados por roncos.

Dá-se menos importância àqueles ruídos adventícios que desaparecem após a tosse, o que indica que uma rolha de secreção, mobilizada pela tosse, foi o único obstáculo. Tem um significado mais sério se persistem após a tosse, ou primeiro se manifestam após a mesma. Tais estertores pós-tosse são comuns nas fases iniciais da tuberculose.

É natural que os ruídos adventícios devem ser interpretados não só através de suas características, mas de sua *distribuição*. Estertores localizados simetricamente em ambas as bases podem aparecer na insuficiência cardíaca, mas será totalmente diverso seu significado quando sua localização é bem circunscrita.

O *atrito pleural* é outro fenômeno que pode acompanhar os movimentos respiratórios; trata-se de um som contínuo, bem característico e bem localizado, que só aparece naquelas fases de comprometimento pleural em que os folhetos visceral e parietal estão em contato, o que acontece quando é pequena a quantidade de líquido entre eles. O atrito pleural lembra o ranger de um sapato novo.

O que se poderá esperar da ausculta no paciente A. S.?

Isto depende essencialmente das condições locais do processo. Não se trata, como indica a radiografia, de uma condensação uniforme, sendo provável que alguns brônquios ainda estejam abertos para ventilar nesta região tão extensa. Mas, embora o aparelho respiratório preste-se muito bem ao raciocínio lógico na interpretação de seus sinais, em muitos de seus processos existe tamanha variabilidade de dados que uma dedução precisa da morfologia e patologia se torna impossível.

A escassês de dados semiológicos não afasta uma patologia pulmonar, se houver sintomas que despertem a suspeita, assim como uma abundância de achados não será encarada como alarmante. (Embora, como todas as demais regras, também esta não pode ser categórica, poder-se-ia afirmar que quanto mais rica a semiologia, tanto mais benigno o processo pulmonar.)

A ausculta de A. S. não trouxe grandes contribuições. Como já se esperava, o murmúrio vesicular tinha intensidade diminuída na metade superior do pulmão esquerdo. Ouviam-se nesta região raros sibilos e alguns estertores grossos que não se alteravam com a tosse. Ouviam-se também roncos e estertores grossos em ambas as bases que desapareciam momentaneamente, depois do ato da tosse. O primeiro conjunto de dados confirmava a existência de um processo de parênquima no pulmão esquerdo; o segundo, sugeria apenas bronquite crônica, tão comum no fumante idoso.

O médico registrou seus achados semiológicos sobre a folha de observação, em forma de uma série de símbolos.

Em seguida pediu a radiografia.

Seriam também permitidas especulações a respeito da etiologia do processo?

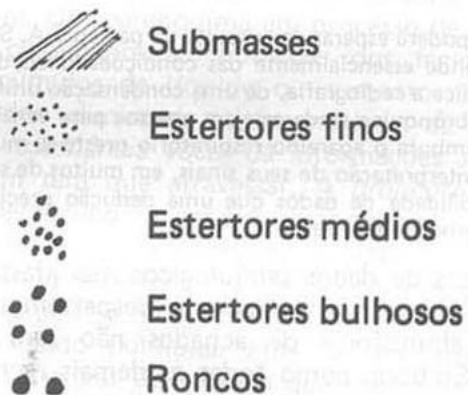
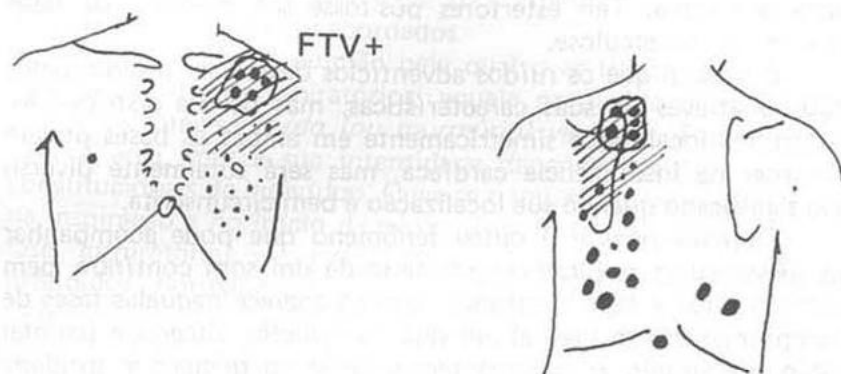


Fig. 55 — Uma das maneiras de registrar achados de semiologia pulmonar. O contorno do tórax é dado por um carimbo.

O fato de ser crônico e de evolução lenta, de haver escavação do parênquima (vide radiografia) e também alguma fibrose reparativa, são todos elementos altamente sugestivos de tuberculose. É verdade que não existe neste caso uma anamnese "típica", mas isto não se pode esperar em todos os casos, numa enfermidade de evolução tão variável como a tuberculose. Além disso, A. S. é mau informante.

O quadro clínico é tal, e tal a freqüência da tuberculose numa população, que a possibilidade de erro diagnóstico é negligível no presente caso. Mas não está, ainda, terminada a análise do problema: tratar-se-á de mera seqüela de um processo antigo, ou existe tuberculose em atividade?

A decisão pertencerá ao laboratório.

Processos tuberculosos menos extensos do que este poderiam passar despercebidos ao exame físico, o que não seria surpreendente. Desde que a região infiltrada não ventilasse, sendo, ainda, rodeada por suficiente quantidade de tecido sadio, nenhuma das manobras semiológicas teria a necessária sensibilidade para detectar a doença.

Exceto a radiografia, é óbvio. Quando existe sintomatologia apontando para o aparelho respiratório, e a semiologia tradicional for inexpressiva, seria imprudência deixar de recorrer a este exame complementar.

Será a paciente abaixo um destes casos clínicos em que a radiografia mostra-se decisiva para o diagnóstico?

PACIENTE n.º 12: L. V. M., 32 anos, sexo feminino, professora.

Esta paciente desconfia ter contraído tuberculose:

Naquela manhã, ao levantar-se da cama e ir ao banheiro, para o chuveiro habitual, notou de repente discreto dolorimento na base do hemitórax esquerdo (como se fora uma "opressão"), logo em seguida sentiu um "borbulhar" na mesma área e, com um acesso de tosse, eliminou regular quantidade de sangue vivo, desacompanhado de catarro brônquico.

Desde então nada mais sentiu.

Jamais tivera experiência idêntica, nem qualquer um de seus familiares tivera doença pulmonar. Sua história anterior era pobre de dados. Refere "corrimento" vaginal há 2 anos, após uma curetagem. Ocasionalmente tem dor à micção, que regride após algumas cápsulas de antibiótico. Frequentemente tem dor lombossaca, especialmente após ficar sentada durante longos períodos.

O médico fez-lhe algumas perguntas suplementares, ao término das quais estava certo de poder afastar sangramento gengival, ou proveniente do aparelho digestivo.

Dedicou vinte minutos a minucioso exame dos pulmões e da área cardíaca, nada encontrando digno de atenção.

Trata-se de caso urgente, ou de um caso grave?

A esta altura será difícil decidir. Por este motivo, o médico pediu uma radiografia de tórax e que seria realizada na mesma tarde.

Algumas horas mais tarde telefonou ao colega radiologista, que lhe informou considerar o exame "dentro dos limites da normalidade".

Havia pouca dúvida de que a hemorragia fora produzida dentro da árvore respiratória. Esgotados os recursos usuais em semelhantes casos, poderia o médico ter suficiente confiança em si para assegurar à paciente de que nada de sério havia com ela, e que muito provavelmente tratava-se apenas de uma pequena bronquiectasia, a causa mais freqüente de hemoptise em sua idade, na ausência de alterações parenquimatosas ao exame radiológico?

Para confirmar o diagnóstico seria necessário, no mínimo, fazer uma broncografia (radiografia feita após enchimento da árvore brônquica com material de contraste), mas os dados, quaisquer fossem, seriam de interesse apenas acadêmico. O bom estado da paciente, e a ausência de problemas bronco-pulmonares anteriores, praticamente afastava a possibilidade de um processo de bronquiectasia mais generalizado. Certamente não se submeteria L. V. M. a uma cirurgia de tórax, a não ser que os episódios se tornassem mais freqüentes, alarmando a paciente e seus familiares, ou comprometessem o seu estado físico.

O médico decidiu refrear a sua curiosidade científica e satisfazer-se com o diagnóstico provisório. Receitou um tranquilizante e deixou a consulta de retorno ao arbítrio da própria paciente.

Agira corretamente, sem risco para sua paciente?

SEMILOGIA DO CORAÇÃO

Os mesmos quatro processos básicos da semiologia são utilizados no exame do coração. A inspeção pode revelar abaulamentos da caixa torácica (somente nas grandes cardiomegalias), ou localizar um ictus, e a percussão, pouco usada atualmente, informar a respeito de um aumento de área cardíaca.

No campo da cardiologia, o método de exame mais popular é a ausculta.

PACIENTE n.º 13: J. P. C., 9 anos, sexo masculino, escolar.

Este menino cada 6 meses vinha ao consultório, trazido por mãe extremamente ansiosa e preocupada por sua saúde. Nada havia que devesse alarmá-la, mas era ávida leitora de revistas leigas que tratavam de assuntos médicos, acreditando firmemente na onipotência da Medicina Preventiva, lesde que as enfermidades fossem detectadas com suficiente antecipação. J. P. C. era filho único.

Embora também desta vez não houvesse queixas, o médico viu-se na obrigação de encenar o ritual do *exame físico completo*. Despiu a criança, controlou seu peso e altura (cumprimentando a genitora pelo excelente desenvolvimento físico havido desde o último comparecimento), olhou a or das mucosas, introduziu um abaixador de língua na cavidade oral, percu o tórax — tudo isto um tanto perfunctoriamente, mais para tranquilizar mãe do que por reconhecer uma necessidade.

Mandou o menino deitar-se sobre a mesa de exame, desenvolveu o ritual e palpar fígado, baço e a consistência das fossas ilíacas, verificou se havia anéis herniários permeáveis e se os testículos alojavam-se nas bolsas scrotais. Como das outras vezes, nenhuma anormalidade encontrou.

Mas, ao encostar o estetoscópio à face anterior do tórax, o médico apreendeu um sopro sistólico em todos os focos: seguramente este não tivera presente meio ano atrás. O sopro era intermediário entre rude e suave, e de pouca intensidade.

Este era o dilema que o pediatra enfrentava toda vez que lhe pediam *exame de revisão de saúde*, motivo pelo qual jamais conseguia entusiasmar-se

por esta prática: muitas vezes resultavam em mais sinais do que havia sintomas na história clínica, impondo ao profissional a obrigação de decidir entre um mero achado casual, sem qualquer importância para a saúde, e um distúrbio orgânico merecedor de atenção. Quando não existia nenhum elemento de suspeita, o pediatra, de hábito, preferia a primeira das opções, pois era-lhe desagradável aumentar o lastro psicológico de uma mãe ansiosa, sem que houvesse motivos bem tangíveis.

Pensou rapidamente, rotulou o achado como *sopro funcional*, decidindo nada dizer à mãe. Cumprimentou-a mais uma vez pelo zelo com que cuidava do menor, receitou-lhe um redundante suplemento vitamínico, para ser usado somente durante um mes, e marcou o retorno para daí a meio ano.

Mas não estava tão tranqüilo como aparentava, e alguns minutos mais tarde concluiu que teria sido mais sensato apressar o retorno, para novo exame em 30 ou 60 dias. (Obviamente esta quebra na rotina a que estavam acostumados teria sido motivo de alarme para a família.)

Embora jamais houvesse referência a episódios de febre reumática, e mesmo a dor de garganta J. P. C. só sentia raramente, o médico sabia que cerca de 1/4 das cardites reumáticas iniciam-se sem sinais ou sintomas premonitórios. Embora o sopro cardíaco ouvido não lhe *parecera* característico daqueles causados por lesão valvular, tinha suficiente poder de crítica para não ser dogmático a respeito.

O que vem a ser um *sopro funcional*?

Ainda se desconhece o mecanismo que os determina. Mas há dados epidemiológicos que lhes dizem respeito: sopros cardíacos "funcionais" (termo um tanto impróprio) podem ser percebidos em 5-10% das crianças, desde que o médico esteja atento ao exame, geralmente desaparecendo com o passar dos anos. Embora estes ruídos cardíacos tenham suas características próprias, existem numerosos casos em que a distinção entre "funcional" e "orgânico" é impossível, a identificação precisa de um sopro benéfico dependendo, em última análise, de seu espontâneo desaparecimento durante um acompanhamento mais demorado.

As dúvidas do médico não seriam removidas através de uma radiografia de tórax, que nestes casos mostra-se de menos utilidade do que nas enfermidades pleuro-pulmonares. A morfologia dos contornos do mediastino só tardiamente vem a espelhar distúrbios de função cardiovascular, fase que pode ser reconhecida, também, pelo aparecimento de uma sintomatologia exuberante.

Através da ausculta pode-se revelar a existência de modificações no *ritmo* cardíaco, na intensidade e *natureza das bulhas*, bem como eventuais *ruídos adventícios*.

O ritmo, que pode ser avaliado também através da palpação, traduz a duração e uniformidade dos intervalos entre sístole e diástole, e entre um ciclo de contração e aquele que se lhe segue. Este fenômeno pode ser esquematizado facilmente:

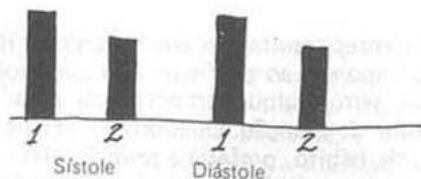
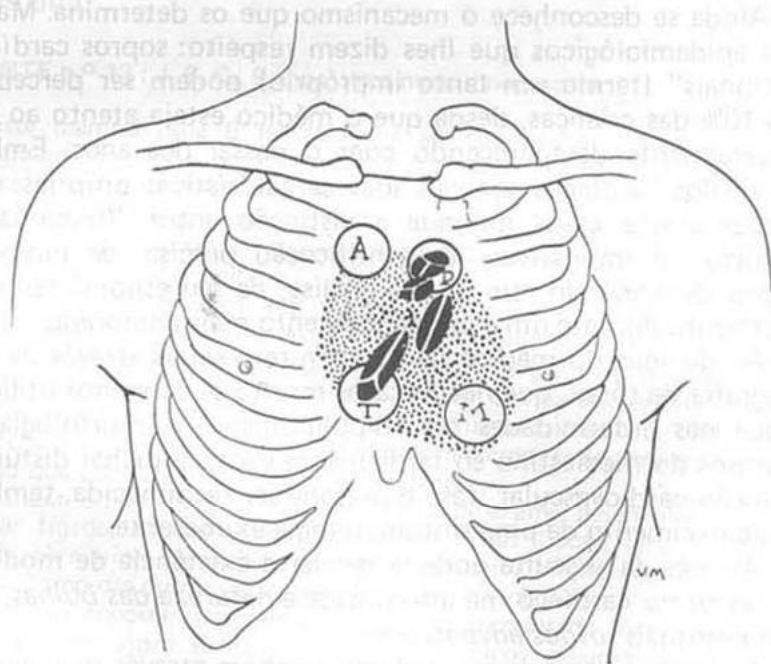


Fig. 56 — Modo de esquematizar a ausculta cardíaca. A altura das barras pode ser usada para traduzir a intensidade das bulhas.

A intensidade das bulhas cardíacas é outro dado que merece atenção, mas que terá que ser interpretado à luz dos demais sinais e sintomas. Os sons podem parecer distantes, ou mesmo serem inaudíveis, na presença de um derrame pericárdico ou nas miocardites; mas também decrescem em intensidade quando é espessa a camada de tecido que se interpõe entre coração e estetoscópio. Na estenose da válvula mitral ou em casos de taquicardia a primeira bulha pode acentuar-se; o mesmo ocorre com o segundo som quando há uma hipertensão da pequena ou grande circulação. Por outro lado, é comum o encontro de bulhas perfeitamente normais em indivíduos com doença cardíaca avançada.



O desenho localiza os assim chamados "focos" cardíacos, que não correspondem exatamente à posição dos orifícios valvulares, mas indicam, de uma maneira geral, onde o som produzido nos mesmos é melhor ouvido. (Mas existem exceções a esta regra.) A ausculta não se limitará aos focos do coração: todo o precórdio, bem como o flanco e o dorso deverão ser examinados, pois a irradiação de um sopro traz importantes informações a seu respeito. Embora possa ser correto falar-se em "foco aórtico", deve evitar-se a notação "A₁" e "A₂", ainda muito usada, e que indicaria a primeira e a segunda bulha no foco aórtico. Aquilo que se ausculta num determinado ponto do precórdio não é exclusivo da válvula cardíaca mais próxima, mas a somatória de todos os fenômenos mecânicos que têm lugar no coração, desde o fechamento ou abertura das quatro válvulas, até a vibração do próprio miocárdio e das cordas tendíneas.

Uma das bulhas pode ser "desdobrada", fenômeno que não é necessariamente anormal, e que é comum em crianças, especialmente o *desdobramento* ou duplicação da segunda bulha, próximo ao foco pulmonar. Deve-se a um pequeno defasamento das válvulas aórtica e pulmonar, esta asincronia acentuando-se durante a inspiração profunda.

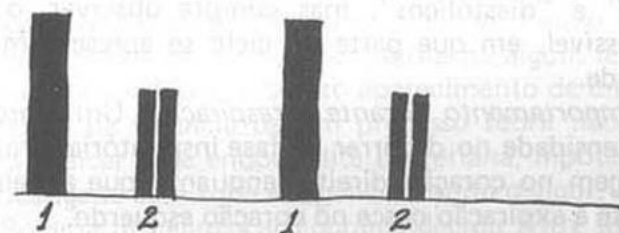


Fig. 58 — Desdobramento da segunda bulha cardíaca.

Sempre existe o risco de confundir um desdobramento com outros ruídos adventícios, especialmente com um terceiro som cardíaco. Embora o fonograma seja mais sensível que a ausculta do coração, também esta última freqüentemente revela um terceiro som (ou um som atrial), característica que forma o *ritmo em três tempos*. Comum no jovem e compatível com a normalidade até os 40 anos, pode também evidenciar a insuficiência cardíaca, qualquer seja sua causa-trata-se do *ritmo em galope*, do qual se reconhecem diversos tipos.

Não obstante o cardiologista poder identificar uma variedade de diferentes ruídos adventícios, dos quais se serve para formular seu julgamento clínico, apenas consideraremos os *sopros*. O nome

vem-lhes de sua característica soprante ou musical; em língua inglesa são denominados "murmúrios".

Os sopros devem-se à turbulência do sangue em sua passagem por um orifício valvular (não se considerará aqui o caso de certas cardiopatias congênicas, em que é diferente o mecanismo); dependem, portanto, da relação entre o fluxo de sangue e a área ou configuração da válvula. Esta pode estar anatomicamente normal mas o volume de sangue que por ela passa durante a contração ser superior àquele ainda compatível com um fluxo laminar, como é o caso na anemia ou na hiperfunção da tireóide. Nasce assim os sopros funcionais (em inglês chamados "murmúrios de fluxo"), mas que podem traduzir também uma angulação ou distorção da aorta ou arteria pulmonar.

É importante assinalar que a intensidade de um sopro nada informa a respeito da severidade de uma lesão. Isto é verdade, particularmente, no caso das malformações congênicas: um pequeno defeito de septo pode dar origem a sopros verdadeiramente dramáticos.

Quando se ausculta um sopro as seguintes observações são importantes:

a) *A fase em que ocorre.* Não satisfaz classificá-los meramente em "sistólicos" e "diastólicos", mas cumpre observar, o mais exatamente possível, em que parte do ciclo se apresentam com maior intensidade.

b) *Seu comportamento durante a respiração.* Um sopro que aumenta de intensidade no decorrer da fase inspiratória, provavelmente tem origem no coração direito, enquanto que aquele que aumenta durante a expiração nasce no coração esquerdo.

c) *Seu ponto de maior intensidade e o tipo de propagação.* Um sopro geralmente é mais nítido próximo à válvula em que tem origem, mas esta regra conta com algumas exceções. Além disto cada sopro tem uma propagação que lhe é característica e que permite identificá-lo melhor; deve-se anotar, portanto, se o sopro se propaga para cima, para o pescoço, para o flanco esquerdo, dorso ou interescapulo.

d) *As características físicas do sopro.* Sopros que traduzem uma obstrução valvular geralmente são "rudes", aqueles que se devem à regurgitação do sangue, na insuficiência ou incompetência valvular, são soprantes e menos ásperos.

A maior parte dos sopros funcionais são suaves, pouco intensos, e mais facilmente audíveis no meio da sístole. No adulto, os sopros funcionais são geralmente aórticos, e jamais se acompa-

nam de um *fremito* palpável. (Mas em paciente algum pode-se afastar com absoluta segurança e existência de uma discreta estenose da válvula aórtica.)

Não é raro que o principiante nem sequer perceba que, para melhor poder identificar um ruído cardíaco, deverá pedir ao paciente que pare de respirar durante alguns segundos. O aprendizado da ausculta deve ser cultivado assiduamente, e uma boa regra é esquematizar aquilo que se ouve (ou que se pensa ouvir), para confirmar os achados em consultas posteriores. Um fenômeno acústico pode ser representado através de alguns rápidos traços, o que permite um raciocínio clínico mais direto (Fig. 59).

Rotular de "funcional" o sopro do menor J. P. C. conta a seu favor a probabilidade estatística, pois se sabe como são freqüentes na criança. A impressão parece corroborada pelas características do sopro, mas seria imprudência esquecer a necessidade de *vigilância* do pequeno paciente.

A ausência de outros sinais e sintomas é evidência clínica importante mas não decisiva, pelo menos quando se pensa na possibilidade de febre reumática, que pode lesar valvular e miocárdio sem que haja outras manifestações anteriores ou atuais. Por outro lado, não se pode esquecer que o sopro sistólico não foi percebido em ocasiões anteriores: um *sopro novo* tem conotações mais graves do que outro, já existente há algum tempo, e que não evoluiu. Por exemplo, o súbito aparecimento de um sopro, mesmo que débil, na vigência de um processo febril não bem definido, poderá indicar uma endocardite bacteriana, hipótese que terá que ser investigada com toda a urgência e todo o vigor.

Poderia um eletrocardiograma decidir entre sopros funcionais e orgânicos?

Positivamente não, salvo naqueles raros casos de febre reumática em que alterações mais significativas, como o alongamento do espaço P-R, são percebidas sem que haja qualquer sintoma clínico por parte do paciente.

O fim expresso do presente capítulo não é de oferecer mais do que noções básicas do exame físico — por conseguinte não substitui a leitura dos compêndios de semiologia — mas servir de ilustração da utilidade dos quatro métodos tradicionais, que nem mesmo tornam-se redundantes quando há facilidade para a realização dos exames complementares. Não se pode pretender ensinar a moderação no uso destes últimos, sem antes demonstrar o grande alcance dos primeiros — quando se sabe empregá-los.

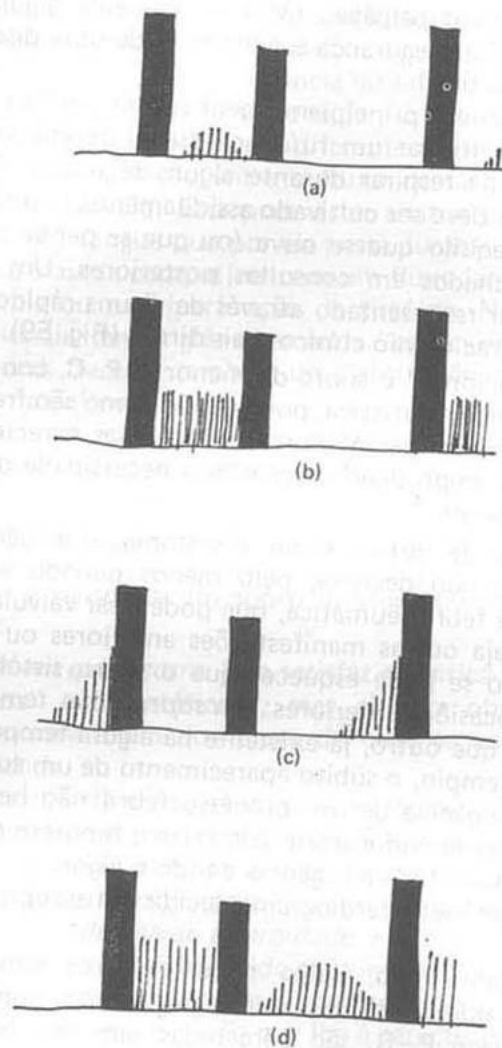


Fig. 59 — Sopros mitrais: a) sistólico (funcional); b) sistólico (incompetência valvular); c) pré-sistólico (estenose valvular); d) dupla lesão.

Paralelamente, ficará patente que a mera coleta de informações a respeito de morfologia e função de pouco adiantará, se esta não for constantemente subsidiada pelo raciocínio clínico, que discrimina entre os achados relevantes e aqueles de interesse periférico ou secundário.

Este raciocínio clínico é mais direto e objetivo em semiologia cardiovascular ou respiratória. Muito menos imediata é a

relação que une os sintomas e sinais gastrintestinais à patologia deste sistema, mas pelo menos é possível reconhecer, em quase todas as situações, que determinada queixa teve origem no abdômen. (Existem algumas importantes exceções, como a tabes abdominal e os vômitos que acompanham a hipertensão endocraniana.)

No que diz respeito ao sistema nervoso, até o diagnóstico de sistema, o diagnóstico de localização, pode ser difícil; a *morfologia* dos elementos que o compõem não se revela ao exame físico, a não ser excepcionalmente, devendo a semiologia contentar-se com a exploração da *função*. Como esta é exercida à distância da estrutura por ela responsável, a evidência colhida será sempre indireta. Uma eficiente interpretação do exame neurológico pressupõe profundos conhecimentos de Neuro-anatomia.

EXAME NEUROLÓGICO

Um exame neurológico *completo* é tão extenso que não pode ser previsto por roteiro algum. As *funções motoras*, por exemplo, no roteiro impresso são representadas apenas pela "motricidade voluntária", mas na realidade compõem-se de 5 itens distintos:

- Volume dos músculos
- Condições do tono muscular
- Força muscular
- Coordenação dos movimentos
- Presença de movimentos involuntários

E o exame das *funções sensitivas* envolve a exploração dos seguintes pontos:

- Sensibilidade tátil
- Sensibilidade à dor
- Sensibilidade térmica
- Sentido de posição e interpretação de movimentos passivos
- Reconhecimento de tamanho, forma e peso dos objetos
- Reconhecimentos de vibração

Um exame neurológico completo, desafio à perseverança e meticulosidade do observador, freqüentemente é fatigante para o enfermo, e terá que ser realizado por etapas. Como se trata, na maior parte das vezes, de doenças crônicas, de problemas cuja definição não é urgente, semelhante tática é perfeitamente viável.

Algumas das enfermidades neurológicas são acompanhadas por distúrbios mentais; como, para o sucesso do exame neurológi-

co, é essencial conseguir a cooperação do paciente, e como esta exige que responda corretamente a uma série de perguntas ("Estou ou não estou encostando o alfinete neste instante?", "E agora, é quente ou frio?", etc.), torna-se claro que as dificuldades são freqüentes. No paciente mentalmente perturbado, ou quando o quadro clínico parece urgente, o exame apenas se deterá nos pontos de maior importância.

O sistema nervoso não se manifesta ao observador por sua morfologia (exceto em raros casos, como o espessamento do nervo cubital na moléstia de Hansen), e o exame complementar mais simples que se pode praticar é o exame do fundo de olho, que emprega o oftalmoscópio. Os demais métodos subsidiários estão ao alcance apenas dos centros adiantados (embora a punção lombar, para a obtenção do L. C. R., não seja sofisticada, exige a presença de um laboratório de análise), oferecendo alguns, ainda, um risco de acidentes que não é negligível. Compreende-se que nada substitui o exame *clínico* do sistema nervoso, através do emprego dos métodos semiológicos básicos.

Se uma artropatia de joelho muitas vezes se manifesta através do aumento de volume da articulação, e a sintomatologia dolorosa for igualmente específica da localização da enfermidade, nas doenças neurológicas não há distúrbios da morfologia nem da função que estejam em conexão direta com o órgão doente, devendo o raciocínio diagnóstico ser dedutivo. O processo diagnóstico nestes casos envolve deduzir a doença através de suas manifestações, exercidas à distância.

A esclerose lateral amiotrófica, uma enfermidade de etiologia indefinida e que lesa seletivamente os neurônios motores do córtex, bulbo e medula espinhal, freqüentemente afeta primeiro as mãos, em forma de fraqueza muscular, rigidez ou falta de coordenação motora, em outros casos a atenção do paciente é despertada pela existência de fasciculações ou atrofia dos músculos. Também um tumor cerebral tem manifestações distantes do encéfalo: epilepsia focal, monoplegia, hemiplegia, afasia, deficiência de equilíbrio e marcha, etc.

O distúrbio de função constatado ao exame levará a raciocinar em termos de *localização*, e a primeira pergunta a fazer-se é: "A lesão é central ou periférica?" Este tipo de dedução lógica mobiliza os conhecimentos de anatomia e fisiologia do sistema nervoso, numa tentativa de correlacionar os achados referentes à motricidade, sensibilidade e aos reflexos profundos e superficiais.



Fig. 60 — Parálise facial de Bell numa menina de 13 anos. (O quadro regrediu completamente num intervalo de 4 semanas.)

O nervo facial (7.^o par craneano) só contém fibras motoras que enervam os músculos responsáveis pela mímica. Lesões deste nervo manifestam-se de maneiras diversas, conforme a sua localização periférica ou central. Um dos pontos importantes do exame clínico é pesquisar se os músculos da parte superior da face são afetados de modo semelhante àqueles do grupo inferior, verificando-se, também, se apenas a motricidade voluntária ou também a expressão das emoções (que é automática) está afetada. A doença da Fig. 60 (paciente portador de parálise de Bell, ou parálise *a frigore*) atingiu simultaneamente os músculos superiores e inferiores, porquanto a lesão é do tronco comum do nervo facial, periféricamente. Nas lesões supranucleares (ou de neurônio superior) a expressão das emoções geralmente encontra-se poupada, e os músculos superiores da face não são tão severamente acometidos. A Neuro-anatomia o explica: os músculos superiores da face são enervados por ambos os hemisférios cerebrais, e os neurônios envolvidos na mímica automática têm um trajeto endocraniano diferente daquele tomado pelas fibras piramidais. Não é muito provável, portanto, que uma mesma lesão de encéfalo venha a afetar simultaneamente estas funções.

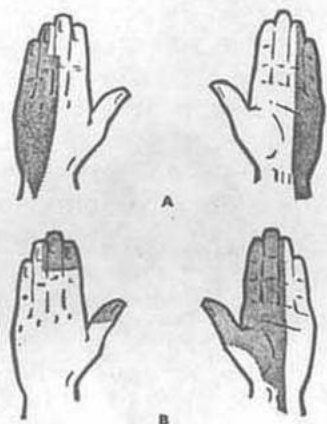


Fig. 61 — a) Distúrbio sensitivo por compressão do nervo mediano; b) por lesão do nervo cubital.

As zonas em que há *deficit* sensitivo, em decorrência de lesões periféricas, geralmente encontram-se bem delimitadas. Da distribuição da hipoestesia (ou mesmo anestesia) ilustrada pela Fig. 61a, deduz-se uma lesão do nervo mediano, como pode acontecer na compressão do nervo em sua passagem pelo "túnel do carpo". E a distribuição ilustrada na Fig. 61b permite reconhecer uma lesão do nervo cubital, por moléstia de Hansen, por exemplo.

Estes exemplos, que tão bem ilustram o método de raciocínio a empregar em Neurologia, não são típicos dos problemas encontrados na prática diária. São freqüentes as situações em que nem mesmo se pode ter a certeza de que o distúrbio fundamental pertence ao sistema nervoso.

PACIENTE n.º 14: Q. A., 61 anos, sexo masculino, indigente (há 3 semanas mora em albergue do S. O. S.).

As informações prestadas por este paciente são inseguras (de fato, existe discrepância entre a história registrada pelo médico interno e os dados mais tarde colhidos pelo especialista que foi chamado para opinar).

Sua enfermidade iniciou-se "há muito tempo" (provavelmente uns 3 anos), começando insidiosamente e evoluindo constantemente. Todas as queixas referem-se aos membros inferiores: tem "fraqueza" nas pernas, bem como "formigamento e agulhadas", sente os pés "dormentes". Tais sintomas tanto aparecem no repouso (freqüentemente acorda à noite com câimbras nas pantorilhas), como também limitam a atividade física, sendo o paciente obrigado, quando caminha distâncias maiores, a parar com freqüência, a fim de permitir que suas pernas recuperem a "força". Até há dois anos, mais ou menos, ainda trabalhava (vendia pipoca diante de uma escola), mas teve que interrompê-lo por não mais conseguir empurrar seu carrinho morro acima.

Os antecedentes pessoais fazem referência à bronquite na infância, e a um atropelamento, há uns 15 anos, que lhe valeu fratura de clavícula e de duas costelas. Não fuma mas é etilista "desde que me conheço por gente" (um copo grande de cachaça às refeições).

Trata-se de um caso urgente?

Certamente que não — é doença crônica.

É caso grave?

Não, pelo menos do ponto de vista da sobrevida imediata.

O problema merece exploração clínica mais minuciosa ou pode ser tratado sintomaticamente?

Não se esperará em casos deste tipo que uma remissão espontânea venha a ocorrer, por conseguinte não se pode utilizar o tempo como instrumento terapêutico. E, como as mais diversas enfermidades podem levar a queixas deste tipo, será preciso pelo menos um exame físico limitado aos membros inferiores.

Tanto o médico interno como o especialista examinaram o aparelho locomotor. Apenas os achados positivos estão abaixo assinalados:

"Força muscular diminuída em ambas as pernas. Dor à compressão das pantorilhas.

Ausência de reflexo aquíteo à esquerda, e reflexo patelar diminuído do mesmo lado.

Em ambos os pés, diminuição de sensibilidade para dor, tato, temperatura e vibração."

Não se perceberam atrofia muscular, mas havia nítidos fenômenos tróficos de pele e unhas dos pés. Uma pequena úlcera, de bordos bem definidos, existia na face anterior da tíbia esquerda. (Ao perguntar ao paciente se esta úlcera era dolorosa, o médico interno veio a saber que era exatamente esta a queixa que o trouxera ao ambulatório.)

Temperatura cutânea diminuída nos pés e metade inferior das pernas. Pulso pedioso e tibial posterior diminuído de ambos os lados. Artérias tortuosas, de paredes endurecidas.

Decidindo, a esta altura, que estava em face de uma enfermidade generalizada, sistêmica, o médico interno ampliou o exame físico com os seguintes achados adicionais:

Pressão arterial de 185 por 115. Hipofonese de bulhas cardíacas. Choque de ponta impalpável. Roncos, inconstantes, em ambas as bases pulmonares.

Leucoma de córnea direita, localizado fora do eixo da visão. Ausência das últimas falanges de três dedos da mão esquerda (acidente de trabalho com máquina agrícola, há "muitos anos"). Fígado mole a 4 dedos da linha hemiclavicular, e palpação prejudicada no epigástrico. Artérias superficiais do crânio tortuosas e endurecidas. Artérias radiais de parede espessa e nodular, do tipo "traquéia de pássaro".

Qual é o *diagnóstico* deste paciente?

Qual é o *problema* deste paciente?

Embora muitas vezes baste a anamnese para estabelecer uma hipótese diagnóstica razoavelmente precisa, os sintomas comumente são demasiadamente inespecíficos para permitir uma diferenciação entre as diversas hipóteses. Outra dificuldade é a imprecisão e falta de objetividade de alguns paciente.

Na maior parte dos casos o exame físico é mandatório.

Embora se instrua o principiante no sentido de seguir um roteiro pré-estabelecido que terá que completar, este só lhe servirá de guia durante algum tempo; habitualmente o médico pratica um *exame físico seletivo*, de um ou outro sistema apenas, orientado pelas informações do paciente.

Aquilo que se chama *exame físico completo* não passa de um ficção: não só é inviável, dado o tempo que consome, mas a rotina envolvida torna o observador desatento aos detalhes que eventualmente poderão ser de importância.

Os quatro processos básicos *inspeção, palpação, percussão e ausculta* são insubstituíveis, mesmo por métodos julgados mais "científicos". Mas a habilidade de usar dos sentidos de um modo correto só é adquirida após anos de experiência e constante auto-crítica, no decorrer dos quais o profissional não só aprende a discriminar entre achados casuais e aqueles que são relevantes ao problema clínico, mas estabelece os próprios padrões de normalidade, contra os quais compara os achados da clínica. Não se deve insistir que o principiante use a semiologia de um modo idêntico ao de seus mestres, pois pode chegar a resultados corretos através de uma metodologia que lhe é pessoal.

Quando o paciente não consegue colaborar, quando o tempo é escasso, ou quando se suspeita que a enfermidade ainda está em evolução, um exame físico poderá ser realizado em etapas, e é de boa praxe reexaminar um ou outro sistema por ocasião do retorno.

As verdadeiras urgências são raras. Ninguém é obrigado a estabelecer um diagnóstico "definitivo" logo ao primeiro contato com o paciente, nem instituir uma conduta terapêutica que não poderá mais tarde ser modificada.

Entre a *coleta* de informação e a conceituação final do problema, interpõe-se uma fase de *interpretação* dos achados. Esta exige que o médico se mantenha cautelosamente distante de dois extremos igualmente perniciosos: preocupar-se exclusivamente com um ou outro achado isolado, descartando-se dos demais, ou indiscriminadamente incluir num só quadro clínico todos os subsídios trazidos por um exame físico mais completo, sem procurar distinguir entre os que realmente têm importância e aqueles que constituem apenas achados casuais.

Cada paciente oferece um problema distinto.

QUESTÕES

1. O que deverá ser feito primeiro, a anamnese ou o exame físico? Por quê?
2. Quais são as diferenças entre os diferentes tipos de estetoscópios à venda, e qual o campo específico de cada um?
3. Forneça 5 exemplos de problemas clínicos que tornem desnecessário o exame físico do paciente.
4. Uma criança é trazida ao consultório por pais aflitos. Os mesmos informam que há uma semana, todas as manhãs encontram o travesseiro do filho manchado de sangue. Não existem quaisquer sintomas.
Que perguntas complementares serão feitas?
Qual o risco de atribuir-se a queixa à gengivite, ou a banais epistaxis, tranquilizando-se os pais, sem realmente preocupar-se com um exame físico?
Por outro lado, qual o risco de um exame físico detalhado?
5. Uma paciente conta ao médico que há meses tem hálito com "cheiro de carniça podre". O marido, porém, quando indagado pelo médico, nega perceber semelhante fenômeno em sua esposa. O exame físico foi inteiramente normal.
Que exames complementares serão pedidos?
6. Uma outra paciente queixa-se de astenia progressiva, de poliúria e de emagrecimento (5 quilos, mais ou menos)

nos últimos três meses. O exame físico foi inteiramente normal.

E neste caso, que exames serão pedidos?

7. Qual a diferença básica entre estas duas histórias, nenhuma das quais acompanhada por anormalidade ao exame físico, mas que, eventualmente, poderá ditar condutas diversas para os dois casos?

10. SINTOMAS SEM SINAIS

Médico algum iniciaria uma conduta terapêutica no caso do paciente cujas informações se limitassem a "Doutor, eu não sou mais aquele de antigamente." ou "Doutor, eu me sinto infeliz." Com toda a razão procuraria maiores detalhes. Estimula-o a contar-lhe mais e mais, interroga-o em seguida, para que ele, profissional consciente, possa formular melhor imagem daquilo que parece ser o problema.

Se isto se justifica no caso de queixas "puramente" orgânicas, apenas uma minoria dos problemas da prática cabem nesta categoria; nos demais, o excesso de zelo na confecção de uma anamnese resulta numa faca de dois gumes. Procurar definir o indefinível, esmiuçar a falta de ânimo para a vida diária, o enfado, a melancolia ou a solidão, procurar formular em linguagem "científica" a simples sensação de que "algo não vai bem", tem como resultado, em pelo menos um terço dos pacientes, a construção de uma história clínica que não faz sentido algum.

Um exemplo típico é aquele reproduzido na pág.58: a esta paciente "poliqueixosa" receitou-se um ansiolítico, após o que ela foi mandada para casa, sem retorno marcado. Todo o seu relato teria sido mais direto, se o médico houvesse concordado em aceitar a paciente em outros termos, aqueles de uma mulher que simplesmente sentia-se nervosa sem saber explicá-lo melhor, alguém com múltiplos problemas de vivência, que ansiava em poder discutir com alguém. Mas depois que se verificou não existir correspondência entre suas queixas e os dados do exame físico, concluiu-se que não valia a pena perder muito tempo com a mulher, porquanto suas queixas eram "inteiramente funcionais".

A ênfase que se dá nas escolas médicas ao processo de tudo definir segundo um glossário estritamente orgânico (e portanto considerado objetivo) é responsável pela frustração experimentada