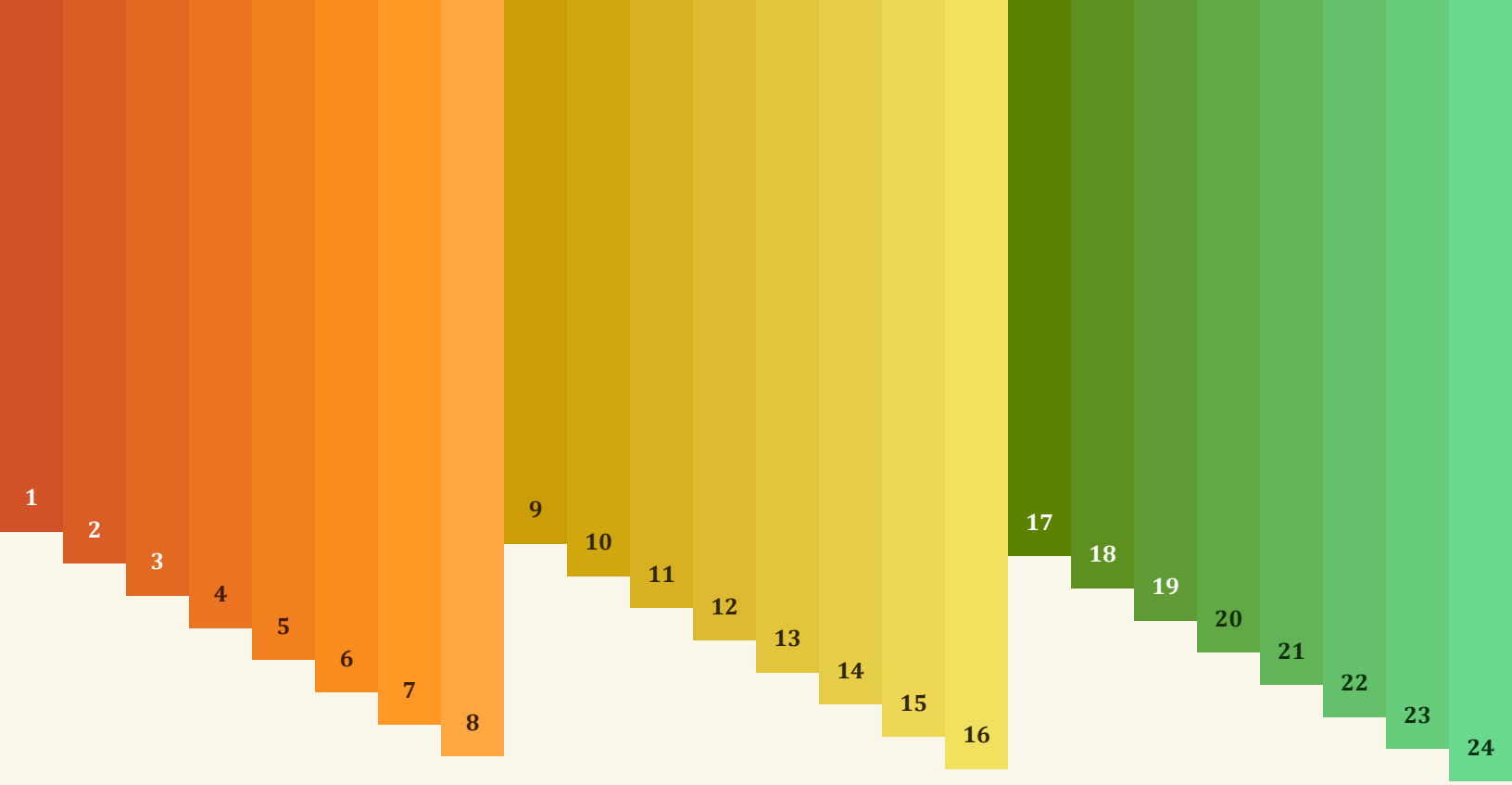


ENTREVISTA CLÍNICA · 24 CAPÍTULOS

Anamnese

o roteiro e o raciocínio

Como conduzir a entrevista clínica por sistema e por população — as perguntas, o porquê de cada uma e o que não pode passar

Fabrício Zorzin Borges

1ª edição · 2026

Sumário

Capítulo 1 A anamnese é um raciocínio, não um formulário **1**
Capítulo 2 A HDA por dentro: os sete atributos de qualquer sintoma **11**
Capítulo 3 Pensar enquanto pergunta: hipóteses, probabilidade e vieses **24**
Capítulo 4 Escrever e apresentar: do que foi dito ao prontuário e à visita **35**
Capítulo 5 Anamnese cardiovascular **47**
Capítulo 6 Anamnese respiratória **60**
Capítulo 7 Anamnese gastrointestinal **72**
Capítulo 8 Anamnese neurológica (e o que o futuro neurocirurgião precisa perguntar) **86**
Capítulo 9 Anamnese geniturinária e nefrológica **104**
Capítulo 10 Anamnese ginecológica e obstétrica **117**
Capítulo 11 Anamnese musculoesquelética e reumatológica **131**
Capítulo 12 Anamnese endócrina e metabólica **144**
Capítulo 13 Anamnese dermatológica, oftalmológica e otorrinolaringológica **157**
Capítulo 14 Anamnese hematológica e oncológica **172**
Capítulo 15 Anamnese psiquiátrica e o exame do estado mental **184**
Capítulo 16 Anamnese infectológica: febre, viagem e exposição **197**
Capítulo 17 Anamnese pediátrica **209**
Capítulo 18 Anamnese do adolescente **222**
Capítulo 19 Anamnese do idoso **234**
Capítulo 20 Anamnese na emergência e no paciente grave **249**
Capítulo 21 Anamnese pré-operatória **263**
Capítulo 22 Entrevistas difíceis e pacientes com comunicação limitada **280**
Capítulo 23 Oito consultas comentadas, do primeiro “bom dia” à hipótese **300**
Capítulo 24 Roteiros de bolso e como treinar **326**

1

01

CAPÍTULO 1

A anamnese é um raciocínio, não um formulário

Este capítulo resolve o problema mais comum do estudante do segundo ano: entrar no consultório com um roteiro na cabeça e sair com um formulário preenchido e nenhuma hipótese. Aqui você vai entender para que serve cada bloco da anamnese clássica, como conduzir a entrevista em forma de funil, e por que a maior parte dos erros não está no que você pergunta, mas em quando e como você pergunta. No fim, um treino deliberado para quem trava.

O que a história realmente entrega

Existe um dado antigo e teimoso na literatura: quando se acompanha uma consulta e se registra, em cada etapa, qual era a hipótese principal do médico, a história sozinha já contém o diagnóstico final na maioria dos casos. O estudo clássico de Hampton, em 1975, com pacientes de ambulatório de clínica médica, encontrou que a história definiu o diagnóstico em cerca de **82%** dos casos; o exame físico acrescentou algo em torno de 9% e os exames complementares outros 9%. Peterson, em 1992, repetiu o desenho e achou **76%** para a história. Por isso a faixa que se costuma citar é de **70 a 80%**.

Vale a honestidade: esses estudos são de ambulatório de adultos, com prevalência alta de doenças crônicas e queixas que já vinham sendo elaboradas pelo paciente. Em emergência, em pediatria de lactente, em paciente afásico ou sedado, o peso da história cai e o do exame e da imagem sobe. Mas mesmo lá o número não vai a zero: o que muda é quem conta a história, não se a história importa.

O ponto prático não é decorar a porcentagem para citar em prova. É entender a consequência: **se a história é o exame diagnóstico de maior rendimento que você tem nas mãos, ela merece ser conduzida com o mesmo cuidado com que se conduz um procedimento.**

1

Ninguém puncionaria uma veia de olhos fechados e depois reclamaria do hemograma. E, no entanto, é exatamente isso que o estudante faz quando lê perguntas de uma lista sem olhar para o paciente: ele coleta um material contaminado e depois se queixa de que "o paciente não sabe contar a história".

Há uma segunda consequência, menos óbvia. Se a história decide a maior parte dos casos, então **a qualidade da sua hipótese é limitada pela qualidade da sua entrevista, e não pelo seu conhecimento de doenças.** Você pode saber tudo sobre tromboembolismo pulmonar e não fazer o diagnóstico porque não perguntou sobre a viagem de ônibus de dezoito horas. O estudante que "sabe muita medicina e não faz diagnóstico" quase sempre tem um problema de coleta, não de biblioteca.

A estrutura clássica e para que serve cada bloco de verdade

A anamnese clássica tem sete blocos. Eles não são gavetas burocráticas: cada um responde a uma pergunta diferente do raciocínio. Se você souber qual pergunta cada bloco responde, para de recitar e começa a usar.

Identificação. Nome, idade, sexo, cor autodeclarada, estado civil, profissão, naturalidade, procedência, religião quando pertinente. Parece cartório, e é onde o estudante mais corre. Erro grave: a identificação é o primeiro cálculo de **probabilidade pré-teste** da consulta. Dor torácica em homem de 68 anos, tabagista, motorista de caminhão, procedente de zona rural de Minas, é uma pergunta clínica diferente de dor torácica em mulher de 24 anos, estudante, sem comorbidades — e a diferença já existe antes da primeira pergunta sobre a dor. Procedência não é folclore: é doença de Chagas, malária, esquistossomose, febre maculosa, leishmaniose. Profissão não é curiosidade: é silicose, asma ocupacional, LER, exposição a agrotóxico, risco de acidente com material biológico.

Queixa principal. Uma a duas frases, **nas palavras do paciente**, com duração. "Falta de ar há três dias", e não "dispneia a esclarecer". Serve para duas coisas: ancorar a consulta no que incomoda o paciente (e não no que interessa ao médico) e registrar o tempo, que é o primeiro filtro de diagnóstico diferencial. Uma dor de cabeça de duas horas e uma dor de cabeça de dois anos não pertencem à mesma lista.

História da doença atual (HDA). O coração da anamnese e o assunto inteiro do Capítulo 2. É a narrativa cronológica do adoecimento: quando começou, como evoluiu, o que mudou, o que já foi feito. A HDA é onde a hipótese nasce.

Interrogatório sintomatológico (revisão de sistemas). Uma varredura por aparelhos: cabeça e pescoço, olhos, respiratório, cardiovascular, digestório, urinário, genital, locomotor, nervoso, pele, endócrino, hematológico, psíquico. Para que serve de verdade: **pescar o que o paciente não contou porque não achou que tivesse relação.** O paciente com dor abdominal que não menciona que emagreceu 8 kg, porque "isso é de outro assunto". Serve também para checar sintomas que confirmam ou afastam a sua hipótese e que não couberam na HDA. O que o

interrogatório **não** é: um bloco para preencher no fim, às pressas, com "nega demais sintomas". Isso é ficção, e ficção assinada é problema.

Antecedentes pessoais. Doenças prévias, cirurgias, internações, transfusões, alergias com o tipo de reação, medicações em uso com dose, vacinação, gestações e partos. Servem para três coisas distintas, que o estudante mistura: (1) mudar a probabilidade da hipótese atual — cirrose muda tudo em quem chega com dor abdominal; (2) mudar a conduta mesmo sem mudar o diagnóstico — insuficiência renal muda a dose; (3) revelar que a "doença nova" é a antiga mal controlada.

Antecedentes familiares. Não é genealogia: é risco. Pergunta-se sobre parentes de primeiro grau, com idade do evento. "Seu pai teve infarto com que idade?" — infarto do pai aos 48 pesa; aos 82, quase nada. Vale para doença coronariana precoce, morte súbita, câncer de mama, ovário, cólon e próstata, diabetes, doença renal, doenças autoimunes, transtornos psiquiátricos, tuberculose no domicílio.

Hábitos de vida e história social. Álcool, tabaco, outras drogas, atividade física, sono, alimentação, sexualidade, trabalho, moradia, saneamento, animais, viagens, com quem mora, quem cuida, renda, acesso a medicação. Este é o bloco mais desprezado pelo estudante e o mais rendoso por consulta. É aqui que aparece a causa (o álcool, a exposição), a barreira (não toma o remédio porque não tem dinheiro) e o desfecho (mora sozinho, vai voltar ao pronto-socorro).

Uma boa forma de lembrar a lógica dos blocos: **a HDA responde "o que está acontecendo agora"; os antecedentes respondem "em que terreno isso está acontecendo"; a história social responde "o que vai acontecer depois que ele sair daqui".**

O método do funil

Pense na entrevista como uma pescaria. Você começa com **rede de arrasto**, para ver o que existe no mar; depois usa o **anzol**, para pegar o peixe específico que você viu passar. Quem começa com anzol pesca exatamente um peixe: aquele em que já estava pensando. E era o peixe errado.

O funil tem três estágios.

Pergunta aberta. "O que trouxe o senhor aqui hoje?" "Me conta como isso começou." "Fala mais sobre isso." Não tem resposta prevista; devolve narrativa. A função é dupla: gera dados que você não teria pedido e, principalmente, deixa o paciente escolher a ordem — e a ordem que ele escolhe é informação clínica. Quem começa pela dor no peito e quem começa pelo medo de ter o que o irmão teve estão contando duas coisas diferentes.

Pergunta semiestruturada (dirigida, mas de resposta livre). "Como é essa dor?" "Em que momento do dia ela costuma vir?" "O que o senhor estava fazendo quando começou?" Tem um foco, mas não tem cardápio. Serve para explorar um atributo sem sugerir a resposta.

Pergunta fechada. "A dor irradia para o braço esquerdo?" "O senhor teve febre medida?" "Vomitou quantas vezes?" Resposta sim/não ou número. Serve para **confirmar, quantificar e afastar** no fim do funil — e para o paciente que não consegue narrar (muito dispneico, muito ansioso, com déficit cognitivo, criança).

Por que começar fechado destrói a entrevista, mecanicamente: a pergunta fechada **transfere a agenda para você**. A partir da primeira pergunta fechada, o paciente entende que o combinado é responder sim ou não, e ele passa a esperar a próxima pergunta em vez de contar. O fluxo de informação cai de narrativa para bit. Some a isso que o paciente quer colaborar — e um paciente que quer colaborar **concorda**. Perguntas fechadas feitas cedo produzem falsos positivos por complacência: "Aperta?" "Ahn… aperta, sim, doutor." Você não descobriu que a dor é em aperto; você a fabricou, e depois vai tratá-la como se fosse dado.

Há ainda um custo escondido de tempo. Parece que começar fechado economiza, porque cada resposta é curta. Na prática você gasta mais: sem a narrativa, precisa de dezenas de perguntas para reconstruir o que o paciente contaria em noventa segundos, e ainda assim fica sem o que você não pensou em perguntar.

Ferramentas de condução que não são perguntas

Entre uma pergunta e outra existem manobras que rendem mais do que perguntas novas.

Silêncio. Dois a três segundos depois que o paciente parece ter terminado. É desconfortável e é o melhor investimento da consulta: boa parte do dado mais relevante vem no que o paciente acrescenta depois da pausa.

Facilitação. "Hum-hum." "Entendi." "Continue." Um aceno. Custa nada e mantém o fluxo.

Eco. Repetir a última palavra ou expressão do paciente, em tom de pergunta. "Ficou fraco?" Isso abre o termo sem sugerir conteúdo.

Recapitulação. "Deixa eu ver se entendi: começou há três semanas com um cansaço aos esforços, piorou na última semana, e agora o senhor acorda à noite com falta de ar. É isso?" Faz três coisas ao mesmo tempo: corrige erros seus, mostra ao paciente que você escutou, e organiza a linha do tempo em voz alta — o que já é raciocínio.

Clarificação. "Quando o senhor diz tontura, é o mundo rodando ou é a sensação de que vai desmaiar?" Sem isso, metade da anamnese é feita de palavras que os dois acham que significam a mesma coisa.

Quatro anamneses, quatro contratos diferentes

A mesma estrutura muda de forma conforme o cenário. O erro do estudante é usar a anamnese de ambulatório na emergência (e demorar), ou a de emergência no ambulatório (e não descobrir nada).

	Objetivo dominante	Tempo	Onde se investe	O que se sacrifica
Ambulatório	Diagnóstico e plano longitudinal; entender a pessoa	15-30 min	HDA completa, hábitos, social, ideias e expectativas	Detalhamento de sistemas sem relação com a queixa
Enfermaria	Reconstruir a história completa e acompanhar a evolução diária	30-60 min na admissão	Antecedentes, medicações exatas, funcionalidade prévia, rede de apoio	Nada é sacrificado na admissão; na evolução diária, foca-se em mudanças
Emergência	Excluir o que mata nas próximas horas; decidir conduta	3-10 min	Cronologia fina do evento, sinais de alarme, alergias, medicações, último alimento	História social detalhada, antecedentes remotos, interrogatório completo
Prova prática / OSCE	Demonstrar método e raciocínio para um avaliador	5-10 min cronometrados	Abertura, funil visível, sinais de alarme ditos em voz alta, fechamento	Profundidade; troca-se por cobertura e por sinalização explícita do raciocínio

Na emergência existe uma inversão importante: você **não** começa pelo funil largo. Começa pela estabilidade (o paciente está falando frases inteiras? está pálido e suado?) e por um bloco curtíssimo e fechado, o **AMPLA** — Alergias, Medicações, Passado médico, Líquidos e alimentos (última ingesta), Ambiente e eventos que precederam. Depois, se houver tempo e estabilidade, abre-se o funil. Isso não contradiz o que foi dito antes: em emergência, o custo de esperar noventa segundos por uma narrativa pode ser alto demais, e o contrato da entrevista é outro.

A preparação: o que acontece antes da primeira pergunta

Boa parte do resultado da anamnese é decidida antes de você abrir a boca.

O ambiente. Porta fechada, cortina fechada, ruído mínimo. Se houver outras pessoas na sala, decida conscientemente quem fica — voltaremos a isso no Capítulo 4, mas guarde: há perguntas (violência, sexualidade, uso de drogas, sintomas depressivos) que só têm resposta verdadeira a sós.

A posição da cadeira. Sente-se. Um médico sentado é percebido como tendo passado mais tempo com o paciente do que um médico em pé, mesmo quando o tempo é idêntico. Fique em **ângulo**, não de frente rígida nem de lado: mais ou menos a 45 graus, à mesma altura dos olhos, sem a mesa inteira entre vocês. Se o paciente está no leito, sente-se ou agache — falar de pé, olhando para baixo, encurta a entrevista.

A tela do computador. É o terceiro participante da consulta e o mais mal-educado. Posicione o monitor de modo que você possa olhar para ele e para o paciente sem virar as costas. Digite em blocos, não continuamente: escute, olhe, depois digite dizendo "vou registrar isso, um instante". Não digite durante o momento emocionalmente carregado — quando o paciente diz que tem medo de ser câncer, tire as mãos do teclado.

O tempo. Diga quanto tempo vocês têm. "A gente tem uns vinte minutos hoje." Isso não apressa o paciente; organiza-o.

A apresentação. Nome, função e o que você vai fazer. "Bom dia, eu sou o Fabrício, estudante de medicina do internato, e vou conversar com o senhor antes de o Dr. Paulo entrar. Pode ser?" Três coisas aí: identidade honesta (nunca se apresente como "doutor" se não for), enquadramento do que vai acontecer, e pedido de permissão.

O tratamento pelo nome. Pergunte como a pessoa prefere ser chamada e use isso. "Senhor José" ou "José", conforme ele disser — não "vovô", não "querida", não "mãezinha". Diminutivo carinhoso é infantilizante e, com idoso, custa informação: quem é tratado como criança responde como criança.

E um detalhe que parece pequeno: **lave as mãos na frente do paciente** antes de tocá-lo. Além da razão óbvia, é um sinal de cuidado que muda o tom do que vem depois.

O erro de deixar o paciente falar pouco

Aqui está o achado mais constrangedor da literatura de comunicação clínica, e vale saber de cor.

Beckman e Frankel, em 1984, gravaram consultas e cronometraram quanto tempo o paciente falava antes da primeira interrupção do médico: mediana de **18 segundos**. Marvel, em 1999, repetiu: **23 segundos**. Singh Ospina, em 2019, em consultas de atenção primária e especialidades nos Estados Unidos, encontrou mediana de **11 segundos** até a interrupção, e observou que em apenas cerca de **36%** das consultas o paciente chegou a enunciar sua agenda.

A objeção imediata é: "mas se eu deixar falar, ele fala meia hora". A resposta veio de Langewitz, em 2002, que mediu o **tempo espontâneo de fala** quando o médico não interrompia: média de cerca de **92 segundos**, e **78%** dos pacientes terminaram em menos de dois minutos. Ou seja, o medo é caro e infundado. Você está comprando dois minutos de silêncio e recebendo a espinha dorsal da história.

Guarde a regra operacional: **primeiro minuto e meio é do paciente.** Não interrompa, não digite, não pergunte. Depois disso o comando é seu.

Há uma exceção legítima: o paciente circunstancial, que narra a semana inteira sem chegar ao sintoma. Aí você redireciona com educação e com âncora temporal, não com pergunta fechada: "Seu José, isso tudo ajuda a entender. Deixa eu voltar num ponto: o senhor falou que na quinta-feira a dor mudou. Como foi naquele dia?"

Quando o paciente traz cinco queixas

A queixa que o paciente diz primeiro não é a mais importante, e a mais importante costuma ser a última — o chamado "a propósito, doutor…" com a mão na maçaneta. Isso não é má-fé: a pessoa testa o terreno com o problema fácil antes de arriscar o que assusta.

A contramedida é **negociar a agenda no começo**, antes de mergulhar na primeira queixa. Depois da narrativa livre inicial, pergunte:

> "Além dessa dor no estômago, tem mais alguma coisa que o senhor queria tratar hoje?"

E, depois da resposta, repita a pergunta até esgotar:

> "Mais alguma coisa?"

Isso se chama, na literatura de comunicação, coletar a agenda completa ("what else?"), e é a intervenção mais custo-efetiva da consulta: reduz as surpresas de última hora e permite priorizar.

Feita a lista, você a devolve e negocia explicitamente:

> "Então temos três coisas: a dor no estômago, a pressão que está alta e o exame que o senhor quer repetir. A gente tem vinte minutos. Eu proponho começar pela dor, que é o que mais incomoda, resolver a pressão, e o exame eu já deixo pedido — o que o senhor acha? Alguma dessas é mais urgente para o senhor?"

Três elementos aí: **enumerar**, **propor uma ordem com justificativa** e **devolver a decisão**. Se sobrar coisa, marque retorno e diga isso na hora, não no fim: "essa terceira eu prefiro ver com calma no retorno em duas semanas".

Uma advertência: a agenda coletada não substitui a triagem de gravidade. Se no meio da lista aparece "e às vezes minha vista escurece e eu quase caio", essa queixa sobe para o topo independentemente da ordem do paciente — e você diz por quê.

Por que o estudante trava (e como treinar isso de propósito)

Travar na anamnese é quase universal no segundo ano, e tem causas identificáveis. Vale nomeá-las, porque cada uma tem um treino diferente.

Causa 1: carga cognitiva dupla. Você está tentando, ao mesmo tempo, (a) conduzir a conversa, (b) lembrar o roteiro, (c) gerar hipóteses e (d) redigir mentalmente o prontuário. São quatro tarefas e a memória de trabalho segura três coisas, com sorte. O que trava não é o conhecimento: é a fila. **Treino:** descarregue a tarefa (b) e a (d) para fora da cabeça. Tenha um cartão com os sete blocos e os sete atributos, e **olhe para ele sem vergonha** — dizer "deixa eu conferir minha lista para não esquecer nada" é percebido como cuidado, não como insegurança. Anote palavras-chave, não frases.

1

Causa 2: medo do silêncio. O estudante interrompe porque o vazio o assusta, não porque tem a próxima pergunta pronta. **Treino:** conte mentalmente até três depois que o paciente parar. Só isso. Cronometre-se em consultas gravadas ou simuladas até que três segundos deixem de doer.

Causa 3: roteiro sem hipótese. Quem não tem hipótese não sabe qual é a próxima pergunta, então volta ao formulário. **Treino:** obrigue-se a escrever **três hipóteses** em um papel após os primeiros noventa segundos, antes da primeira pergunta dirigida. Elas podem estar erradas; o objetivo é que exista um alvo. O Capítulo 3 é inteiro sobre isso.

Causa 4: medo de perguntar o constrangedor. Sexualidade, álcool, violência, dinheiro, morte. **Treino:** decore uma frase de transição (uma "normalização") para cada tema e use sempre a mesma, até sair sem hesitação. Por exemplo: "Eu pergunto isso para todos os meus pacientes, porque faz diferença no tratamento: quantas doses de bebida alcoólica o senhor costuma tomar numa semana comum?" A hesitação do médico é que constrange; a pergunta em si, feita com naturalidade, quase nunca.

Causa 5: falta de repetições. Anamnese é habilidade motora, como sutura. Ninguém sutura bem depois de ler sobre sutura.

O treino deliberado que funciona tem quatro ingredientes: **repetição em pedaços pequenos, restrição artificial, gravação e feedback específico.**

- **Pedaços pequenos.** Não treine "a anamnese". Treine só a abertura, dez vezes seguidas, com dez colegas. Depois treine só a caracterização da dor. Depois só a negociação de agenda.
- **Restrição artificial.** Faça uma entrevista de cinco minutos usando **no máximo três perguntas fechadas**. É desconfortável e é exatamente aí que se aprende a fazer perguntas abertas úteis. Outra restrição boa: conduza uma HDA inteira sem usar nenhuma palavra técnica.
- **Gravação.** Grave o áudio (com consentimento) de uma entrevista simulada e ouça. Cronometre o tempo até a sua primeira interrupção. Conte quantas perguntas você fez e quantas foram indutivas. Esse número, medido, cai sozinho na semana seguinte.
- **Feedback específico.** "Foi bom" não ensina nada. Peça ao colega que conte duas coisas: quantos segundos você deixou o paciente falar e quais perguntas induziram a resposta.

Uma última ideia, e talvez a mais libertadora: **você tem permissão de pensar em voz alta e de voltar atrás.** Dizer "deixa eu voltar num ponto que ficou solto: aquela febre, ela mediu quanto?" não é falha de método, é método. A entrevista não precisa ser uma performance linear; precisa terminar com uma história coerente.

Armadilhas

Recitar o roteiro em ordem fixa. A estrutura dos sete blocos é a ordem em que você **escreve**, não necessariamente a ordem em que você **pergunta**. O paciente conta em espiral; você organiza depois.

Começar fechado "para ganhar tempo". Custa mais tempo e contamina o dado, pelo viés de complacência.

Perguntar duas coisas de uma vez. "O senhor tem febre e tosse?" — a resposta "sim" não diz a qual das duas se refere. Uma pergunta, um atributo.

Aceitar o rótulo do paciente. "Eu tenho labirintite" e "eu tenho gastrite" são diagnósticos herdados de outra consulta, às vezes de um vizinho. Peça o sintoma por trás do rótulo: "e o que o senhor sente quando dá essa labirintite?"

Preencher o interrogatório sem perguntar. Escrever "nega demais sintomas" sem ter perguntado é registro falso em documento — e, no dia em que o paciente tiver o sintoma que você negou, é indefensável.

Digitar durante a fala difícil. O paciente lê as suas mãos.

Deixar a pergunta constrangedora para o fim. No fim não sobra tempo, e a pergunta não é feita. Coloque-a no meio, entre duas neutras.

Interromper o "a propósito, doutor" com pressa. É estatisticamente onde está a queixa importante.

Para levar

- A história sozinha carrega o diagnóstico em cerca de 70 a 80% dos casos de ambulatório: a entrevista é o exame de maior rendimento que você tem.
- Cada bloco responde a uma pergunta diferente: a HDA diz o que está acontecendo, os antecedentes dizem em que terreno, a história social diz o que vai acontecer depois da alta.
- Identificação não é cartório: idade, sexo, profissão e procedência já mudam a probabilidade antes da primeira pergunta.
- Funil: aberta, semiestruturada, fechada — nessa ordem. Rede de arrasto primeiro, anzol depois.
- Pergunta fechada precoce fabrica achado, porque o paciente colabora concordando.
- O médico interrompe em cerca de 11 a 23 segundos; deixado em paz, o paciente fala cerca de 90 segundos e 78% terminam em dois minutos. O primeiro minuto e meio é dele.
- Silêncio de três segundos, eco e recapitulação rendem mais que perguntas novas.
- Colete a agenda inteira no começo com "mais alguma coisa?" até esgotar, depois negocie a ordem em voz alta — e promova qualquer sinal de alarme ao topo.
- Emergência não é ambulatório rápido: é outro contrato, começando por estabilidade e AMPLA.
- Travar é problema de fila cognitiva, não de burrice: descarregue o roteiro para um cartão, formule três hipóteses no minuto dois e treine em pedaços pequenos, com restrição e gravação.

Referências

Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. 1984;101(5):692-6.

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Cole SA, Bird J. The Medical Interview: The Three-Function Approach. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J. 1975;2(5969):486-9.

Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 1999;281(3):283-7.

Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. West J Med. 1992;156(2):163-5.

Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, et al. "Tell me about yourself": the patient-centered interview. Ann Intern Med. 2001;134(11):1079-85.

Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.

Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. Ann Intern Med. 1991;115(6):470-7.

2

02

CAPÍTULO 2

A HDA por dentro: os sete atributos de qualquer sintoma

Este capítulo resolve a pergunta "o que eu pergunto depois que o paciente termina de falar?". A resposta é sempre a mesma, para dor, tosse, tontura, sangramento ou coceira: os sete atributos. Aqui estão as perguntas literais de cada atributo, o que cada resposta significa mecanicamente, e as perguntas que envenenam a resposta antes de ela existir.

Um sintoma é um objeto com sete faces

Pense em um sintoma como uma peça de motor que chegou ao balcão dentro de uma caixa. Você não sabe o que é, mas sabe que toda peça tem as mesmas dimensões a medir: comprimento, largura, peso, material, encaixe. A HDA é isso — você não decora uma lista de perguntas por doença, você **mede sempre as mesmas sete dimensões** e deixa que a combinação das medidas aponte a peça.

Os sete atributos são: **início e cronologia; localização e irradiação; qualidade; intensidade; fatores de melhora e piora; sintomas associados; contexto e evolução**. Funcionam para qualquer sintoma, inclusive os que não doem. Uma tosse tem localização (laríngea, retroesternal), tem qualidade (seca, produtiva, ladrante, em acessos), tem fatores de piora (decúbito, frio, exercício). Uma diarreia tem irradiação no sentido de que vem com dor que migra. Um formigamento tem distribuição, que é localização.

A regra prática: **caracterize completamente um sintoma antes de passar ao seguinte.** O estudante salta de sintoma em sintoma por ansiedade e termina com cinco sintomas pela metade, que não permitem hipótese nenhuma. Um sintoma bem caracterizado vale mais que cinco mal caracterizados.

Atributo 1 — Início e cronologia

Perguntas literais:

> "Quando foi a última vez que o senhor se sentiu completamente bem?"
>
> "O que o senhor estava fazendo no momento exato em que começou?"
>
> "Começou de repente ou foi aparecendo aos poucos?"
>
> "Se começou de repente: em quanto tempo chegou no pior? Em segundos, em minutos, em horas?"
>
> "Desde então, é o tempo todo ou vai e volta?"
>
> "Cada crise dura quanto? E quanto tempo fica bom entre uma e outra?"
>
> "Já teve isso antes na vida?"

A primeira pergunta é a mais subestimada da medicina. "Quando o senhor esteve bem pela última vez?" recupera o verdadeiro início, que costuma ser semanas antes do que o paciente chama de "começou" — porque o paciente data o sintoma a partir do dia em que ele ficou insuportável, não do dia em que apareceu.

O que cada padrão significa, mecanicamente. Esta é a diferença entre decorar e entender:

Padrão	Tempo até o pico	Mecanismo típico	Exemplos
Súbito (thunderclap, "em estalo")	Segundos a 1 minuto	**Ruptura, oclusão ou torção** — algo se rompeu, entupiu ou torceu; a lesão já está completa quando a dor chega	Hemorragia subaracnóidea, dissecção de aorta, embolia, pneumotórax, perfuração de víscera, torção testicular, cólica renal por impactação
Agudo	Minutos a horas	**Inflamação, distensão ou isquemia progressiva** — há um processo se instalando, e a dor cresce junto com o edema ou com a pressão	Apendicite, colecistite, pielonefrite, pancreatite, celulite, crise de asma
Insidioso	Dias, semanas, meses	**Crescimento, infiltração ou degeneração** — o tecido se adapta enquanto a lesão avança, e por isso o sintoma sobe devagar	Neoplasia, tuberculose, anemia crônica, artrose, insuficiência cardíaca em progressão, hipotireoidismo

A analogia que ajuda: **é a diferença entre um cano que estoura, um cano que entope e uma raiz de árvore que cresce dentro do cano.** O estouro é súbito, alaga tudo de uma vez, e o momento é inesquecível — por isso o paciente com hemorragia subaracnóidea sabe dizer o segundo exato. O entupimento leva horas e a pressão sobe progressivamente. A raiz leva meses e ninguém percebe até o fluxo estar quase parado.

Daí vem uma regra clínica de alto valor: **dor que atinge o máximo em menos de um minuto é evento vascular ou mecânico até prova em contrário.** E a pergunta que a captura não é "começou de repente?" (todo paciente diz sim), e sim "**em quanto tempo saiu do zero até o pior?**".

Ainda na cronologia, três distinções que mudam a lista:

- **Contínuo x intermitente.** Dor contínua que nunca alivia sugere processo estrutural em curso; dor em crises com intervalo completamente livre sugere fenômeno funcional, obstrutivo intermitente ou paroxístico (enxaqueca, cólica, arritmia, feocromocitoma).
- **Progressivo x estável x em melhora.** Uma dor que está diminuindo há três dias raramente é o abdome agudo que você está temendo — mas cuidado com a exceção clássica: a dor da apendicite pode "melhorar" no momento da perfuração, antes de piorar muito.
- **Periodicidade.** Relação com refeição, com sono, com ciclo menstrual, com dia da semana (o que melhora no fim de semana é ocupacional), com estação.

Atributo 2 — Localização e irradiação

Perguntas literais:

> "Mostra com o dedo onde dói."
>
> "É bem nesse pontinho ou é uma região mais espalhada?"
>
> "Essa dor corre para algum lugar? Vai para o braço, para as costas, para o pescoço, para a virilha?"
>
> "Começou nesse lugar mesmo ou começou em outro e mudou?"

Pedir para **apontar com o dedo** rende mais que qualquer descrição. O sinal de Levine (punho fechado sobre o esterno) e o dedo que percorre uma faixa larga sugerem dor visceral; o dedo que aponta um ponto de um centímetro sugere dor somática de parede — e, honestamente, essa distinção tem valor moderado, não absoluto: já se descreveu infarto apontado com um dedo.

O mecanismo da localização. Vale entender de uma vez, porque explica metade das irradiações que você vai decorar:

- **Dor somática** (pele, músculo, parede, peritônio parietal) viaja por fibras que entram na medula em um segmento bem definido, com representação cortical precisa. Resultado: **bem localizada, o paciente aponta, piora com movimento e palpação**.
- **Dor visceral** (órgãos ocos e cápsulas) viaja por aferentes autonômicos, poucos e com campos receptivos enormes, que convergem para segmentos medulares compartilhados com a pele. Resultado: **mal localizada, na linha média, difusa, acompanhada de náusea e sudorese** — porque os mesmos neurônios também disparam reflexos autonômicos.
- **Dor referida** é o subproduto dessa convergência: o cérebro recebe o sinal no segmento medular e o atribui à pele daquele dermátomo, que é o território que ele sabe mapear.

É por isso que **a dor do infarto irradia para a mandíbula e para o braço esquerdo**: as fibras aferentes do coração entram na medula por T1 a T4-T5, e os mesmos segmentos recebem a inervação sensitiva do braço medial e da parede torácica superior; a convergência com fibras

cervicais altas explica mandíbula e pescoço. Não há nervo indo do coração à mandíbula — há uma central telefônica com linhas cruzadas. Pela mesma lógica: **vesícula irradia para a escápula direita** (C3-C5, via nervo frênico irritando o diafragma), **pâncreas irradia em faixa para o dorso** (retroperitônio, plexo celíaco), **cálculo ureteral irradia da loja renal para a virilha e testículo** (T11-L2, acompanhando o trajeto do ureter), **quadril irradia para o joelho** (nervo obturatório).

E a migração é dado de ouro: a dor que **começa periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita** conta exatamente a história da apendicite — primeiro a distensão visceral do apêndice (dor referida em T10, periumbilical), depois a inflamação atingindo o peritônio parietal adjacente (dor somática, localizada, com descompressão dolorosa).

Atributo 3 — Qualidade

Perguntas literais:

> "Como é essa dor? Descreve para mim com as suas palavras."
>
> "Se o senhor tivesse que comparar com alguma coisa, com o que se parece?"

E só. Esta é a pergunta que **nunca** deve vir com cardápio. "É em aperto, em queimação ou em pontada?" entrega três respostas plausíveis a alguém que quer agradar. Se o paciente realmente não conseguir descrever depois de duas tentativas, aí sim você oferece opções — e registra que foram oferecidas.

Traduções do vocabulário real, com o que costumam significar:

O paciente diz	Costuma significar	Cuidado
"Um peso", "um aperto", "como se sentasse em cima"	Dor visceral, isquêmica	Não é específico; ansiedade também aperta
"Uma pontada", "uma fisgada"	Dor somática, pleurítica ou osteomuscular	Muita gente usa "pontada" para qualquer dor
"Queimação", "azia", "fogo"	Esofágica ou neuropática	Azia não exclui coração: até 30% das "azias" refratárias em idoso são outra coisa
"Rasgando", "como se estivesse abrindo"	Dissecção de aorta	Raro, mas o termo pede atenção imediata
"Choque", "agulhada", "formigamento que dói"	Dor neuropática	Pede exame de sensibilidade
"Cólica", "vai e vem, aperta e solta"	Víscera oca em contração contra obstáculo	Muito útil: cólica é quase sempre obstrutiva
"Tontura"	Pode ser vertigem, pré-síncope, desequilíbrio ou atordoamento	Sempre desmembrar; ver adiante

O paciente diz	Costuma significar	Cuidado
"Fôlego curto", "canseira", "cansaço"	Dispneia, mas também fadiga sem dispneia	Separar: cansa o peito ou cansa o corpo?
"Fraqueza"	Pode ser perda de força real ou adinamia	Testar com tarefa: "consegue levantar da cadeira sem usar os braços?"

Atributo 4 — Intensidade

Perguntas literais:

> "De zero a dez, sendo zero nenhuma dor e dez a pior dor que o senhor já sentiu na vida, quanto é essa dor agora?"
>
> "E no pior momento, quanto foi?"
>
> "Essa dor te fez parar o que estava fazendo?"
>
> "Ela te acorda à noite? Já acordou o senhor do sono?"
>
> "É a pior dor de cabeça da sua vida?"

A escala numérica de zero a dez é útil para **acompanhar o mesmo paciente ao longo do tempo** e péssima para comparar pacientes entre si. Um "oito" de um paciente estoico com infarto e um "oito" de um paciente ansioso com dor lombar não medem a mesma coisa. Ela é subjetiva por construção, sofre influência de cultura, escolaridade, humor, expectativa de analgesia e de quem pergunta. Em criança usa-se escala de faces; em paciente com demência avançada ou intubado, escalas observacionais de comportamento (careta, gemido, rigidez, agitação).

Por isso, **ancore a intensidade em função, não em número**. As três perguntas funcionais acima valem mais que o "de zero a dez": parar a atividade, acordar do sono e procurar serviço de emergência são marcadores objetivos de intensidade. Dor que **acorda o paciente** é um sinal de alarme razoavelmente bom em cefaleia, dor lombar e dor óssea — porque exclui boa parte das dores posturais e funcionais, que costumam poupar o sono.

E "a pior dor da vida", com início súbito, em cefaleia, é a frase que dispara investigação de hemorragia subaracnóidea. Vale perguntar exatamente assim.

Atributo 5 — Fatores de melhora e piora

Perguntas literais:

> "O que faz melhorar?"
>
> "O que faz piorar?"
>
> "Piora quando o senhor respira fundo? Quando tosse?"

> "Muda de posição ajuda? Quando o senhor se inclina para frente, melhora ou piora?"
>
> "Tem relação com esforço? O senhor consegue subir um lance de escada? E há seis meses, conseguia?"
>
> "Tem relação com comida? Melhora ou piora depois de comer? E com jejum?"
>
> "O senhor tomou alguma coisa? O que tomou, qual dose, e melhorou quanto tempo depois?"

Este é o atributo que o estudante mais pula e talvez o de maior rendimento diagnóstico, porque cada modificador aponta um mecanismo físico:

- **Piora com inspiração profunda e tosse** = movimento de superfícies pleurais ou pericárdicas, ou parede torácica. Aponta pleura, pericárdio, costela, músculo.
- **Melhora inclinando para frente** = alívio de tensão pericárdica ou retroperitoneal. Clássico de pericardite e de pancreatite.
- **Piora deitado, melhora sentado** = redistribuição de volume ou refluxo. Ortopneia, refluxo gastroesofágico, pericardite.
- **Desencadeia ao esforço, alivia em 2 a 10 minutos de repouso** = demanda de oxigênio maior que a oferta. Angina, claudicação. Note a assimetria: dor que alivia em **segundos** ao parar, ou que só aparece **depois** do esforço, tem muito menos chance de ser isquêmica.
- **Piora à palpação e com o movimento do tronco** = parede. Reprodutibilidade à palpação reduz bastante a probabilidade de origem visceral, embora não a zere.
- **Melhora com alimentação e piora em jejum** = úlcera duodenal. **Piora com alimentação** = úlcera gástrica, isquemia mesentérica, colelitíase.
- **Melhora com antiácido** tem valor diagnóstico fraco — nitratos e antiácidos aliviam dores de várias origens, inclusive coronarianas e esofágicas. Não use resposta a medicamento como teste diagnóstico.

Atributo 6 — Sintomas associados

Perguntas literais:

> "Junto com essa dor, o senhor sentiu mais alguma coisa? Enjoo, suor, falta de ar, palpitação?"
>
> "Teve febre? Mediu? Quanto deu?"
>
> "Perdeu peso? Quantos quilos, em quanto tempo? Estava tentando emagrecer?"
>
> "E nesse mesmo período, alguma mudança no intestino, na urina, no sono, no humor?"

Aqui os associados servem para duas coisas. Primeiro, **completar a síndrome**: dor torácica com sudorese fria, náusea e sensação de morte iminente é um pacote autonômico que sobe a probabilidade de isquemia, porque o mesmo influxo visceral que dói ativa o reflexo vagal. Segundo, e mais importante para o raciocínio, **os associados carregam os negativos pertinentes** — a ausência de febre em quem você suspeita de infecção é um dado, não um vazio (Capítulo 4).

Aproveite este atributo para encaixar os **sintomas constitucionais**: febre, sudorese noturna que molha a roupa, perda de peso involuntária quantificada, astenia. Esses quatro são o radar de neoplasia, infecção crônica (tuberculose, endocardite, HIV) e doença inflamatória sistêmica, e valem a pena em quase toda HDA.

Atributo 7 — Contexto e evolução

Perguntas literais:

> "O que estava acontecendo na sua vida quando isso começou?"
>
> "Mudou alguma coisa nesse período: remédio novo, viagem, trabalho novo, alguém doente em casa?"
>
> "O senhor já procurou atendimento por isso? O que falaram? Fez algum exame? Trouxe?"
>
> "Tomou algum remédio por conta própria? Chá, remédio de farmácia, algo que alguém indicou?"
>
> "E de lá para cá, está melhor, igual ou pior?"

Contexto é onde mora o diagnóstico que não está no livro do sintoma: o antibiótico novo, o anti-inflamatório que o vizinho deu, a viagem para área endêmica, o parente com tosse crônica, o novo emprego na marcenaria, o luto. **Pergunte sempre por medicação nova nos últimos três meses** — um número enorme de quadros "misteriosos" é reação adversa.

E pergunte pelo que já foi feito. Chegar ao fim da entrevista e descobrir que o paciente tem no bolso o resultado da tomografia é desperdício puro.

Construir a linha do tempo em voz alta

Depois de percorrer os atributos, **devolva a história em ordem cronológica**, em voz alta, e peça correção:

> "Deixa eu ver se entendi a sequência. Há três semanas o senhor começou a se cansar para subir a escada de casa, coisa que antes fazia sem parar. Há uma semana passou a dormir com dois travesseiros porque deitado faltava o ar. Anteontem acordou de madrugada sufocado e precisou sentar na beira da cama. E hoje as pernas amanheceram inchadas até o joelho. Está certo isso? Faltou alguma coisa?"

Isso faz quatro coisas ao mesmo tempo. **Corrige erros seus** antes que eles virem prontuário. **Recupera o que faltou**, porque a narrativa ordenada expõe buracos que a conversa escondia. **Mostra ao paciente que você escutou**, o que aumenta a chance de ele contar o que ainda não contou. E, sobretudo, **transforma sintomas soltos em uma curva**: a linha do tempo é o que revela se o processo é agudo sobre crônico, se há progressão em degraus (sugerindo eventos vasculares repetidos) ou em rampa (sugerindo crescimento ou insuficiência progressiva).

Escreva a linha do tempo mesmo — em papel, com uma seta e marcas. Para casos complexos, com meses de história e várias internações, uma linha do tempo desenhada vale mais que duas páginas de texto.

SOCRATES e OLDCARTS: o que ajudam e onde engessam

Dois mnemônicos circulam. **SOCRATES**: Site (local), Onset (início), Character (qualidade), Radiation (irradiação), Associations (associados), Time course (curso no tempo), Exacerbating/relieving factors (fatores), Severity (intensidade). **OLDCARTS**: Onset, Location, Duration, Character, Aggravating factors, Relieving factors, Timing, Severity.

Onde ajudam: como rede de segurança. Sob estresse — prova prática, primeira semana de enfermaria, plantão — a memória de trabalho colapsa e o mnemônico devolve a cobertura. São ótimos para **conferir no fim** se algo ficou para trás, e ótimos para dor.

Onde engessam. Três críticas honestas.

Primeiro, **são mnemônicos de dor**. Nenhum dos dois tem letra para "contexto", "o que o paciente acha que tem", "o que já foi feito", "medicação nova" — que muitas vezes são o que decide o caso. Para dispneia, tontura, sangramento ou confusão, eles cobrem menos do que parecem.

Segundo, **sugerem uma ordem de perguntas**, e quem segue a ordem da sigla conduz uma entrevista antinatural, saltando de local para início e de início para qualidade sem seguir a narrativa do paciente. O paciente conta uma história; a sigla é um índice, não um roteiro de fala.

Terceiro, e o mais sério: **o mnemônico completo dá sensação de tarefa cumprida.** Preencher as oito letras produz a impressão de que a HDA está pronta, quando ela pode estar completa e ainda assim inútil, porque nenhuma das perguntas foi escolhida para separar hipóteses. Uma HDA excelente não é a que cobre as oito letras — é a que responde à pergunta "isto é A ou é B?".

Sugestão prática: **use os sete atributos como esqueleto de pensamento e o mnemônico como checklist final**, nunca como sequência de fala.

As três perguntas que mudam o desfecho

Existe um bloco de perguntas, às vezes chamado de modelo explicativo do paciente ou pelas iniciais ICE (ideias, preocupações, expectativas), que o estudante brasileiro quase nunca faz e que muda mais a consulta do que qualquer refinamento de atributo:

> "E o senhor, o que acha que pode ser isso?"
>
> "Tem alguma coisa que o senhor esteja com medo de que seja?"
>
> "E o que o senhor esperava que a gente fizesse hoje?"

Por que a primeira importa. O paciente tem uma teoria, sempre, e a teoria dele governa o que ele conta e o que omite. Quem acha que a dor no ombro é "do colchão" não vai mencionar o esforço que a provoca. Além disso, a teoria dele frequentemente contém o dado: "acho que é do remédio novo" é uma hipótese com informação privilegiada.

Por que a segunda importa. Medo não dito não some — vira não adesão, volta ao pronto-socorro e insatisfação. Um paciente que veio com dor de cabeça porque um colega morreu de aneurisma não vai embora tranquilo com "é tensional", por mais correto que você esteja, a menos que você enderece o medo explicitamente. Nomear o medo permite responder a ele.

Por que a terceira importa. Expectativa não alinhada é a principal fonte de conflito e de prescrição desnecessária. Muitas vezes a expectativa é menor do que você supunha — o paciente queria um atestado, ou queria ouvir que não é grave, e você estava prestes a pedir uma bateria de exames.

Há evidência razoável de que explorar ideias, preocupações e expectativas melhora adesão, satisfação e reduz prescrição desnecessária; o efeito sobre desfechos clínicos duros é menos estabelecido, e vale dizer isso com honestidade. Mas o custo são trinta segundos.

De termo leigo a termo técnico, sem induzir

O paciente fala em uma língua; o prontuário, em outra. O trabalho é traduzir **sem colocar palavras na boca dele**. A técnica é pedir **exemplo concreto e teste funcional**, não oferecer a categoria técnica.

Tontura é o caso didático. Não pergunte "é vertigem?". Pergunte:

> "Quando dá essa tontura, o que exatamente acontece? Descreve como se eu nunca tivesse sentido isso."
>
> "O mundo roda em volta do senhor, ou o senhor é que sente que vai cair?"
>
> "Tem a sensação de que vai desmaiar, de que vai apagar?"
>
> "Ou é mais uma insegurança para andar, como se o chão não fosse firme?"

Quatro categorias com listas completamente diferentes: **vertigem** (labirinto ou tronco), **pré-síncope** (débito cardíaco ou pressão), **desequilíbrio** (cerebelo, propriocepção, polifarmácia) e **atordoamento inespecífico** (ansiedade, hiperventilação, fármacos). A pergunta que separa melhor, na prática, não é a qualidade e sim o **contexto e a duração**: dura segundos com movimento de cabeça, dura minutos, ou dura dias?

Outros exemplos do mesmo trabalho de tradução:

- "**Cansaço**": "cansa o peito, como se faltasse ar, ou cansa o corpo todo, sem faltar ar?" — separa dispneia de fadiga.
- "**Fraqueza**": "o senhor tem força para levantar da cadeira sem ajuda das mãos? Consegue abrir uma garrafa?" — separa perda de força de adinamia.

- "**Falta de ar**": "quantos passos no plano até precisar parar? Dorme com quantos travesseiros? Já acordou à noite sufocado?" — ancora em função, não em adjetivo.
- "**Sangue nas fezes**": "o sangue estava vivo, vermelho vivo, misturado ou só no papel? Ou as fezes estavam pretas como borra de café?" — separa hematoquezia de melena.
- "**Inchaço**": "onde incha, começa a que hora do dia, some de manhã? Deixa marca do dedo?"

Um cuidado adicional de linguagem: **não use jargão e não aceite jargão**. Nem "dispneia paroxística noturna" na pergunta, nem "eu tive um AVC pequeno" como dado sem checar o que aconteceu, quem disse e com que exame.

Perguntas que contaminam a resposta

Aqui, lado a lado, os quatro defeitos de pergunta mais comuns.

Defeito	Errado	Certo
Indutiva (já contém a resposta desejada)	"A dor aperta e vai para o braço esquerdo, né?"	"Como é a dor? … Ela corre para algum lugar?"
Indutiva negativa (induz a negar)	"O senhor não teve febre, teve?"	"O senhor teve febre? Chegou a medir?"
Dupla (duas perguntas, uma resposta)	"Tem falta de ar e dor no peito?"	"Tem falta de ar?" … "Tem dor no peito?"
Com cardápio precoce	"É em aperto, queimação ou pontada?"	"Como é essa dor, nas suas palavras?"
Com jargão	"Tem dispneia paroxística noturna?"	"Já aconteceu de acordar de madrugada com falta de ar e precisar sentar?"
Com pressuposto	"Quando o senhor parou de beber?"	"O senhor bebe? Com que frequência e quanto?"
Julgadora	"Mas o senhor ainda fuma?"	"Como está o cigarro hoje? Quantos por dia?"
Vaga demais para quantificar	"Bebe socialmente?"	"Numa semana comum, quantos dias o senhor bebe, e quantas latas ou doses em cada dia?"

Repare no padrão: quase todo erro consiste em **entregar ao paciente a resposta que você está procurando**. O paciente é colaborativo por definição — ele veio pedir ajuda, você é a autoridade, e concordar é a forma mais barata de colaborar. Essa assimetria é a razão pela qual a pergunta indutiva não é um pecadilho de estilo: ela **fabrica dado falso positivo** e depois esse dado entra no prontuário sem etiqueta de origem.

Uma exceção honesta: perguntas fechadas e até levemente dirigidas são legítimas e necessárias no fim do funil, quando você está deliberadamente testando uma hipótese e sabe que está testando. "O senhor acordou à noite sufocado?" é uma pergunta dirigida, específica e útil. A

diferença entre uso e abuso está em **quando** ela vem (depois da narrativa, não antes) e em **você saber** que uma resposta positiva obtida assim vale menos que a mesma informação oferecida espontaneamente.

Armadilhas

Pular fator de melhora e piora. É o atributo mais informativo e o mais esquecido, porque não está no vocabulário espontâneo do paciente.

Aceitar a data que o paciente dá como início. Sempre pergunte "quando o senhor esteve bem pela última vez?".

Confundir "começou de repente" com súbito verdadeiro. Meça o tempo até o pico.

Caracterizar cinco sintomas pela metade. Termine um antes de começar o próximo.

Registrar "tontura", "cansaço" ou "fraqueza" sem desmembrar. São palavras-guarda-chuva, e o prontuário fica inútil.

Usar resposta a medicação como prova diagnóstica. Melhorar com antiácido não exclui coração; melhorar com analgésico não exclui nada.

Tratar o mnemônico como entrevista. Ele é índice, não roteiro.

Não perguntar o que o paciente teme. É barato, é rápido, e é o que decide se ele volta satisfeito ou volta ao pronto-socorro.

Para levar

- Todo sintoma tem sete faces: início e cronologia, localização e irradiação, qualidade, intensidade, melhora e piora, associados, contexto e evolução. Isso vale para dor, tosse, tontura e sangramento.
- Caracterize um sintoma até o fim antes de passar ao próximo: um sintoma completo vale mais que cinco pela metade.
- "Quando o senhor esteve bem pela última vez?" recupera o verdadeiro início, que quase sempre é antes do que o paciente diz.
- Súbito é ruptura ou oclusão; agudo é inflamação ou distensão; insidioso é crescimento ou degeneração. Cano que estoura, cano que entope, raiz que cresce.
- A irradiação não é magia: é convergência de aferentes viscerais e somáticos no mesmo segmento medular — por isso o coração dói na mandíbula e a vesícula na escápula.
- Intensidade se ancora em função — parar a atividade, acordar do sono, procurar emergência — mais do que na escala de zero a dez.
- Fatores de melhora e piora são o atributo de maior rendimento e o mais esquecido: respirar fundo, inclinar para frente, deitar, esforço, comida.
- Devolva a linha do tempo em voz alta e peça correção: isso corrige erro, recupera buraco e revela se a curva é rampa ou degrau.

- SOCRATES e OLDCARTS servem como checklist final, nunca como sequência de fala — e não cobrem contexto, medicação nova nem o que o paciente teme.
- Pergunte sempre o que ele acha que tem, o que teme e o que espera: trinta segundos que mudam adesão, satisfação e o que ele decide contar.
- Traduza termo leigo com exemplo concreto e teste funcional, nunca oferecendo a categoria técnica; "tontura" sem desmembrar não é dado.
- Pergunta indutiva não é falha de estilo: ela fabrica dado falso, porque o paciente colabora concordando.

Referências

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Cole SA, Bird J. The Medical Interview: The Three-Function Approach. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

Lopez M, Laurentys-Medeiros J. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, et al. "Tell me about yourself": the patient-centered interview. Ann Intern Med. 2001;134(11):1079-85.

Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. Fam Med. 2001;33(7):528-32.

Swartz MH. Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

3

03

CAPÍTULO 3

Pensar enquanto pergunta: hipóteses, probabilidade e vieses

Este capítulo resolve o salto que separa o estudante do clínico: parar de coletar dados para "ver no que dá" e começar a usar cada pergunta como um teste que separa hipóteses. Aqui está como formular hipóteses nos primeiros minutos, como escolher a próxima pergunta com lógica de sensibilidade e especificidade, e como reconhecer os erros de pensamento que fazem médicos experientes errarem casos fáceis.

A entrevista é um teste diagnóstico, não uma coleta

O estudante do segundo ano trata a anamnese como coleta: reúne tudo, leva para casa, pensa depois. O clínico trata a anamnese como **sequência de testes**: cada pergunta tem um alvo, e a resposta move probabilidades.

A diferença aparece em um detalhe observável. Se eu perguntar ao estudante, no meio da entrevista, "por que você fez essa pergunta agora?", ele responde "porque está no roteiro". Se eu perguntar ao clínico, ele responde "porque se ele disser que piora deitado eu subo insuficiência cardíaca e desço pneumonia".

A analogia útil é a do **jogo de vinte perguntas**. Você tem um número limitado de perguntas para descobrir um objeto entre milhares. Ninguém joga bem começando por "é um martelo?". Joga-se bem perguntando o que **divide o universo pela metade**: "é vivo?", "cabe na mão?". A boa pergunta clínica é a que, seja qual for a resposta, **muda o que você vai fazer em seguida**. Se a resposta, tanto sim quanto não, deixa tudo igual, a pergunta era decorativa.

A operação prática tem três tempos, e eles se repetem em ciclo durante toda a consulta:

1. **Gerar** três a cinco hipóteses, cedo.

2. **Perguntar** o que as separa.
3. **Reavaliar** e regenerar, porque a lista de agora não é a de dois minutos atrás.

3

Gerar hipóteses nos primeiros minutos

A pesquisa sobre raciocínio clínico mostra uma coisa constante desde os anos 1970: **médicos experientes geram hipóteses nos primeiros trinta segundos a poucos minutos**, e trabalham com um conjunto pequeno — tipicamente de três a cinco, raramente mais de sete, porque é o que a memória de trabalho segura. A qualidade do diagnóstico correlaciona-se muito mais com a **qualidade da lista inicial** do que com a quantidade de dados coletados depois. Se o diagnóstico certo não entra na lista, nenhuma pergunta posterior vai encontrá-lo por acaso.

Então a disciplina é: depois da narrativa livre inicial (aquele minuto e meio do Capítulo 1), **pare e escreva de três a cinco hipóteses.** Literalmente escreva, no canto do papel. Elas podem ser ruins. O objetivo não é acertar de primeira; é ter alvos, porque **sem alvo não existe pergunta boa**.

Uma forma prática de montar a lista é usar três compartimentos:

- **O que mata rápido** nesta síndrome (uma a duas entradas).
- **O que é comum** nesta pessoa, com esta idade e este contexto (duas a três entradas).
- **O que eu só descubro se perguntar** — o diagnóstico silencioso, aquele que não se anuncia (uma entrada).

Para dor torácica em homem de 58 anos, tabagista: mata rápido — síndrome coronariana aguda, dissecção de aorta, tromboembolismo pulmonar; comum — doença do refluxo, dor de parede torácica, angina estável; só se perguntar — herpes-zóster em fase pré-eruptiva, pânico.

Um detalhe importante: **a "hipótese" pode ser sindrômica antes de ser etiológica.** "Insuficiência cardíaca descompensada" é hipótese legítima mesmo antes de você saber a causa. Pensar em dois andares — qual síndrome, depois qual etiologia — reduz a carga e evita que você fique paralisado tentando adivinhar a doença exata.

Probabilidade pré-teste: o caso já começou antes da primeira pergunta

Probabilidade pré-teste é a chance de o paciente ter a doença **antes** de você obter aquele dado. É o número mais importante da medicina diagnóstica e o menos ensinado.

Antes de você abrir a boca, três coisas já mexeram nela: **idade, sexo e contexto**.

Considere dor torácica em aperto, desencadeada por esforço, aliviada pelo repouso — a descrição de angina típica, exatamente a mesma em dois pacientes. A probabilidade de doença coronariana obstrutiva nessa pessoa é radicalmente diferente conforme quem ela é:

Paciente	Probabilidade aproximada de doença coronariana
Mulher de 32 anos, sem fatores de risco	Muito baixa, poucos por cento
Mulher de 62 anos, diabética, hipertensa	Intermediária a alta
Homem de 68 anos, tabagista, com pai infartado aos 50	Alta

A mesma frase, ditas com as mesmas palavras, significa coisas diferentes. Vale a honestidade: as tabelas clássicas de probabilidade por idade, sexo e tipo de dor (Diamond-Forrester e sucessoras) **superestimam** a prevalência real em populações contemporâneas, e as versões mais recentes revisaram os números para baixo. O que permanece verdadeiro é a estrutura: idade e sexo dominam, e o tipo de dor ajusta.

Contexto entra com a mesma força. Febre e cefaleia em quem voltou do Acre há dez dias tem malária na lista; a mesma febre em quem não saiu de Campinas, não. Tosse crônica em quem trabalha em pedreira tem silicose; em quem mora com um irmão que tosse há três meses, tem tuberculose. **Procedência, ocupação, contactantes, viagens e estação do ano são ajustes de probabilidade pré-teste, não perguntas de preenchimento.**

A consequência operacional é dura e vale decorar: **um dado positivo aplicado a uma probabilidade pré-teste muito baixa continua dando probabilidade baixa.** É por isso que pedir troponina em toda dor torácica de jovem sem risco produz mais falso positivo que diagnóstico, e por que aquela pergunta "certeira" que você aprendeu não salva um caso em que a doença simplesmente é rara naquela pessoa.

Pior primeiro: a regra que organiza a ordem das perguntas

Existe uma ordem ruim e uma boa para percorrer a lista de hipóteses. A ruim é a ordem da probabilidade (perguntar primeiro o que é mais comum). A boa é a ordem da **consequência de errar**.

A regra é: **pergunte primeiro o que mata, depois o que é comum.** Não porque seja mais provável, mas porque o custo de perder é assimétrico. Errar uma dispepsia funcional custa uma consulta; errar uma dissecção de aorta custa a vida do paciente em horas.

Na prática, isso vira um bloco curto de perguntas de exclusão, feito cedo, mesmo quando você já "sabe" que é a coisa banal. Em dor torácica:

> "Essa dor chegou ao máximo em quanto tempo, do zero ao pior?" (dissecção, embolia)
> "Ela foi para as costas, entre as escápulas?" (dissecção)
> "O senhor ficou com falta de ar junto? Teve tosse com sangue?" (embolia)
> "Ficou suado, enjoado, com sensação ruim de que ia acontecer algo?" (isquemia)

> "Ficou muito tempo parado recentemente — viagem longa, cirurgia, gesso, cama?" (embolia)
>
> "Teve desmaio?" (embolia, arritmia, dissecção, estenose aórtica)

3

Seis perguntas, menos de um minuto, cobrindo o que mata. Depois você abre o funil para o comum.

Isso não é medicina defensiva nem pedido de exames: é **ordem de perguntas**. Perguntar é barato; a assimetria de custo justifica gastar o barato cedo.

Um cuidado: "pior primeiro" não significa listar somente catástrofes nem comunicar catástrofe. Você pergunta sobre dissecção sem dizer "estou preocupado com uma dissecção de aorta" — a menos que esteja mesmo, e aí diga.

Sensibilidade e especificidade aplicadas a perguntas

Perguntas são testes e têm as mesmas propriedades de um exame. Vale traduzir os conceitos para a entrevista.

Uma pergunta é **sensível** quando quase todo mundo que tem a doença responde positivo a ela. Sua utilidade está no **negativo**: se a resposta é não, a doença fica improvável. Serve para **descartar**.

Uma pergunta é **específica** quando quase ninguém sem a doença responde positivo. Sua utilidade está no **positivo**: se a resposta é sim, a doença fica muito mais provável. Serve para **confirmar**.

Os mnemônicos ingleses, que funcionam bem: **SnNOut** (teste Sensível, resposta Negativa, Out — exclui) e **SpPIn** (teste específico, resposta Positiva, In — confirma).

Exemplos concretos na entrevista:

Pergunta	Propriedade	Como usar
"Alguma vez o senhor já teve dor no peito aos esforços?"	Sensível para angina	Um "nunca" convincente derruba bastante a chance de angina estável
"A dor apareceu de repente e rasgando, indo para as costas?"	Específica para dissecção	Um "sim" sobe muito a suspeita; um "não" não exclui
"O senhor tem dor de cabeça?" (em suspeita de meningite)	Muito sensível	A ausência quase afasta
"A dor de cabeça foi a pior da vida e chegou ao pico em segundos?"	Específica para hemorragia subaracnóidea	Positivo obriga investigação

3

Pergunta	Propriedade	Como usar
"O senhor consegue subir um lance de escada sem parar?"	Sensível para limitação cardiopulmonar	Um "consigo, sem problema" torna insuficiência cardíaca avançada improvável
"Já acordou de madrugada sufocado, precisando sentar na cama?"	Relativamente específica para insuficiência cardíaca	Positivo pesa bastante
"Perdeu peso sem querer? Quantos quilos?"	Sensível para doença consumptiva estabelecida	Negativo firme tranquiliza um pouco
"Teve sangramento vermelho vivo misturado às fezes com mudança do hábito intestinal em maior de 50 anos?"	Específica o bastante para exigir colonoscopia	Positivo muda conduta imediatamente

Perceba a estratégia embutida: **abra com perguntas sensíveis para varrer e feche com perguntas específicas para cravar.** É o funil do Capítulo 1 traduzido para probabilidade.

Razão de verossimilhança, sem fórmula

Sensibilidade e especificidade descrevem o teste; a **razão de verossimilhança** (likelihood ratio, LR) descreve **quanto aquele achado move a sua crença**. É a forma mais intuitiva de pensar, e não precisa de conta.

Pense em multiplicadores de chance:

- LR **maior que 10**: achado forte a favor. Praticamente empurra a hipótese para o topo.
- LR entre **5 e 10**: empurrão moderado.
- LR entre **2 e 5**: empurrãozinho.
- LR perto de **1**: o achado **não serve para nada**. Não importa quanto ele apareça nos livros.
- LR entre **0,5 e 0,2**: empurra contra, moderadamente.
- LR **menor que 0,1**: achado forte contra; quase exclui.

Em termos de pontos percentuais, uma regra de bolso razoável: LR de 2 acrescenta cerca de 15 pontos à probabilidade, LR de 5 acrescenta cerca de 30, LR de 10 acrescenta cerca de 45; LR de 0,5 subtrai cerca de 15, 0,2 subtrai cerca de 30, e 0,1 subtrai cerca de 45. É aproximação grosseira, útil na faixa intermediária de probabilidade, e não substitui o raciocínio — mas dá ordem de grandeza.

O uso prático mais valioso do conceito é **identificar as perguntas inúteis**. Muitos achados que ocupam espaço na cabeça do estudante têm LR perto de 1 na prática: "dor que melhora com antiácido" para excluir causa cardíaca, "dor à palpação" para excluir infarto (reduz, mas não exclui), náusea isolada, "dor ventilatório-dependente" em quem já tem várias razões para dor

torácica. Quando um achado não muda sua conduta em nenhuma direção, ele é ruído com aparência de dado.

O valor da resposta negativa

O estudante acha que a entrevista só produz informação quando o paciente diz "sim". É o contrário: **em muitos casos o "não" é o dado mais caro do encontro**, porque é ele que fecha portas.

Três razões pelas quais o negativo vale tanto:

Primeiro, ele estreita a lista. "Nunca teve febre em nenhum momento", em quadro de três semanas, tira muita coisa infecciosa e inflamatória da frente.

Segundo, ele demonstra que você pensou. Escrever "nega dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema" em um paciente com dor torácica mostra ao leitor do prontuário — e ao avaliador da prova — que insuficiência cardíaca foi considerada e afastada. É o **negativo pertinente**, assunto do Capítulo 4.

Terceiro, ele protege contra o próprio otimismo. Quando você só registra positivos, a história vira uma coleção de dados que apoiam a sua hipótese favorita — que é exatamente o mecanismo do viés de confirmação.

Mas um cuidado importante: **nem todo "não" tem o mesmo peso.** Um "não" a uma pergunta clara, entendida e feita sem indução vale muito. Um "não" a "o senhor não teve febre, teve?", ou a "tem dispneia paroxística noturna?", vale quase nada — o primeiro foi induzido, o segundo não foi compreendido. Antes de usar um negativo como argumento, pergunte-se se a pergunta que o gerou era boa.

Reconhecimento de padrão e raciocínio analítico

Existem duas formas de pensar clinicamente, e você precisa das duas.

Sistema 1 — reconhecimento de padrão. Rápido, automático, baseado em casos já vistos. O médico experiente olha para o paciente e "sabe" que é celulite antes de examinar. Funciona por comparação com exemplos armazenados, não por regra explícita. É eficiente e acerta muito. **Falha** quando: o caso é atípico; a apresentação se parece com outra coisa; o médico está cansado, apressado ou sob carga; ou o paciente pertence a um grupo pouco representado nos exemplos que ele armazenou.

Sistema 2 — raciocínio analítico. Lento, deliberado, explícito. Lista diferencial, pesa probabilidades, confere critérios. É o que você, no segundo ano, tem de usar quase o tempo todo — e não é um defeito: você ainda não tem os exemplos armazenados. **Falha** quando: falta tempo; falta conhecimento de base (uma lista analítica sem as doenças certas não salva ninguém); ou quando a pessoa se perde em minúcias e não decide.

O erro comum é achar que o Sistema 2 é sempre mais seguro. Não é: em vários estudos, forçar deliberação em casos fáceis não melhorou a acurácia e às vezes piorou. O que funciona é **saber quando trocar de marcha**. Três gatilhos para sair do automático e ir para o analítico:

- O caso "não está fechando" — algum dado não cabe na história.
- Você se sente muito seguro rápido demais, em caso que não é trivial.
- Você está irritado, com pressa, ou é o fim do plantão. (Sim, esse é um gatilho diagnóstico.)

Os vieses que fazem médicos bons errarem

Vieses não são falhas de caráter nem falta de estudo; são atalhos que funcionam quase sempre e falham de forma previsível. Por serem previsíveis, têm contramedida.

Ancoragem. Fixar-se na primeira impressão e não ajustar diante de dados novos. *Exemplo:* paciente chega com "crise de enxaqueca" registrada na triagem. O médico trata como enxaqueca e não registra que, desta vez, a dor começou em segundos e é diferente das outras. Era hemorragia subaracnóidea. *Contramedida:* pergunte sempre, em sintoma recorrente, "**esta crise é igual às outras ou tem algo diferente?**". É a pergunta mais barata de segurança que existe.

Disponibilidade. Superestimar o que veio à mente com facilidade, geralmente porque foi visto recentemente ou foi marcante. *Exemplo:* na semana seguinte a um caso de embolia pulmonar que quase morreu, o residente pede angiotomografia em toda dor torácica. Ou, no sentido inverso: nunca viu um caso de Addison, então não pensa em Addison. *Contramedida:* pergunte-se "**estou pensando nisso porque os dados apontam, ou porque vi um caso parecido há pouco?**". E consulte a lista escrita de diferenciais, que não tem memória emocional.

Fechamento prematuro. Parar de pensar quando encontra um diagnóstico que explica parte do quadro. É apontado como o viés mais associado a erro diagnóstico na prática. *Exemplo:* idoso com confusão mental e urocultura positiva recebe o rótulo de infecção urinária, é tratado, e ninguém investiga o hematoma subdural do tombo de duas semanas atrás. A bacteriúria assintomática é comum em idoso; ela explicava a cultura, não o delirium. *Contramedida:* o hábito de perguntar "**este diagnóstico explica tudo?**" e "**o que ainda está sobrando?**". Um achado que sobra é um diagnóstico que falta.

Viés de rótulo diagnóstico (momentum diagnóstico). Um rótulo colocado por alguém, em algum momento, vira verdade por repetição — cada profissional o copia do registro anterior sem nunca checar a origem. *Exemplo:* "epilepsia" escrita há oito anos no prontuário de uma paciente que, na verdade, teve duas síncopes convulsivas por bloqueio atrioventricular. Todo médico desde então ajustou anticonvulsivante. *Contramedida:* pergunte **como o diagnóstico foi feito**: "quem disse que era epilepsia, e que exame o senhor fez na época?". Trate rótulo antigo sem documentação como hipótese, não como fato.

Viés de atribuição. Atribuir os sintomas a uma característica do paciente — doença psiquiátrica, uso de álcool, obesidade, ser "poliqueixoso" — em vez de investigar. *Exemplo:* paciente com esquizofrenia chega agitado e é medicado como surto psicótico; tinha

3

hipoglicemia. Paciente etilista chega confuso e fica "esperando passar a bebedeira"; tinha hematoma subdural, ou encefalopatia de Wernicke, ou hipoglicemia, ou hiponatremia — todas comuns exatamente nessa população. Paciente obesa com dispneia é orientada a emagrecer; tinha hipertensão pulmonar. *Contramedida:* uma regra simples e dura — **em paciente psiquiátrico, etilista ou usuário de drogas com sintoma físico novo, investiga-se causa orgânica primeiro.** Essas populações têm mais doença orgânica, não menos, e menos chance de serem investigadas. E uma segunda regra: a explicação psiquiátrica é um diagnóstico com critérios positivos, não o que sobra quando você não procurou direito.

Viés de confirmação. Procurar e valorizar o que confirma, ignorar o que contraria. *Exemplo:* convencido de pneumonia, você pergunta três vezes sobre tosse e febre e nenhuma vez sobre o edema assimétrico da panturrilha. *Contramedida:* faça, de propósito, uma pergunta que **poderia derrubar** sua hipótese. Se você não consegue pensar em nenhuma, você não está fazendo diagnóstico; está construindo um argumento.

Efeito de enquadramento. A forma como o caso lhe é apresentado governa o que você pensa. "Vou te passar uma ansiedade do leito 4" já reduziu suas hipóteses antes de você ver a paciente. *Contramedida:* refaça a história do zero quando o caso for grave ou não estiver fechando, sem ler a passagem de plantão antes.

Viés do resultado e da sobrecarga. No fim do plantão, com quinze pacientes esperando, a probabilidade de fechamento prematuro sobe muito. Isso é fato operacional, não moral. *Contramedida:* nos casos atendidos sob pressão, faça a pausa de dez segundos antes de assinar a alta.

As duas perguntas de segurança

Toda a seção acima se condensa em duas perguntas feitas a si mesmo, e vale transformá-las em hábito automático, como conferir o nome do paciente antes de prescrever.

"O que mais isso poderia ser?" Feita **antes de fechar**, obriga a lista a ter pelo menos mais uma entrada. Alguns autores recomendam uma versão mais forte: "se eu estiver errado, qual é o diagnóstico que eu mais lamentaria ter perdido, e o que eu preciso para descartá-lo?".

"O que não está batendo?" Feita **quando o exame físico ou o exame complementar não confirma** o que a história sugeria. Esse é o momento mais perigoso da consulta, porque é a hora em que a tentação de forçar o dado para dentro da hipótese é máxima. Você suspeitou de pneumonia, a ausculta está limpa, a saturação está 92% e a panturrilha está assimétrica — o dado discordante não é um incômodo, é a informação mais valiosa que você tem naquele instante.

A regra de ouro: **quando um dado não bate, a hipótese está sob suspeita, não o dado.** Reveja a história antes de reinterpretar o achado.

E, ligada a ela, uma prática que os serviços com melhor cultura de segurança adotam: **diga ao paciente o que deve fazê-lo voltar.** "Se a dor voltar mais forte, se der falta de ar ou se o senhor

desmaiar, volte imediatamente." Isso é uma rede de segurança para a incerteza que você, honestamente, ainda tem — e admitir essa incerteza em voz alta é sinal de bom raciocínio, não de fraqueza.

Armadilhas

Coletar tudo e pensar depois. A hipótese que não nasce durante a entrevista não tem como ser testada, porque o paciente já foi embora.

Gerar hipóteses sem considerar quem é o paciente. Idade, sexo, procedência e comorbidade valem mais que qualquer achado isolado da HDA.

Perguntar o comum antes do que mata. A ordem é por consequência, não por probabilidade.

Usar achado de LR perto de 1 como argumento. "Melhorou com antiácido" não exclui coração; repetir isso com convicção não muda a estatística.

Tratar todo "não" como igual. Negativo obtido com pergunta induzida ou com jargão não compreendido é ruído.

Aceitar rótulo antigo do prontuário. Pergunte como e quando o diagnóstico foi feito.

Explicar sintoma novo pela comorbidade psiquiátrica ou pelo álcool. É o viés com maior custo humano documentado na literatura de erro diagnóstico.

Parar de pensar assim que um achado explica parte do quadro. Se sobra sintoma, falta diagnóstico.

Para levar

- Cada pergunta é um teste: se nenhuma das duas respostas possíveis muda o que você fará a seguir, a pergunta é decorativa.
- Escreva de três a cinco hipóteses depois da narrativa inicial. O diagnóstico que não entra na lista não será encontrado por acaso.
- Monte a lista em três compartimentos: o que mata rápido, o que é comum nesta pessoa, e o que só aparece se você perguntar.
- Idade, sexo, procedência e comorbidade definem a probabilidade pré-teste antes da primeira pergunta — a mesma frase significa coisas diferentes em pessoas diferentes.
- Dado positivo sobre probabilidade pré-teste muito baixa continua dando probabilidade baixa.
- Pior primeiro: percorra o que mata em menos de um minuto de perguntas, antes de abrir o funil do comum. Perguntar é barato; errar catástrofe, não.
- Pergunta sensível serve para descartar no negativo; pergunta específica serve para confirmar no positivo. Abra sensível, feche específico.
- Razão de verossimilhança é multiplicador de crença: perto de 1 significa achado inútil, por mais famoso que ele seja.

3

- O "não" é frequentemente o dado mais caro da consulta — desde que a pergunta que o gerou tenha sido clara e não induzida.
- Reconhecimento de padrão é rápido e certeiro até o caso ser atípico ou você estar cansado; troque para o modo analítico quando algo não fechar, quando estiver seguro rápido demais, ou no fim do plantão.
- Em sintoma recorrente, pergunte sempre "esta crise é igual às outras?" — é a contramedida mais barata contra ancoragem.
- Em paciente psiquiátrico, etilista ou usuário de drogas com sintoma novo, procure causa orgânica primeiro: eles têm mais doença e menos investigação.
- Antes de fechar, pergunte "o que mais isso poderia ser?"; quando o exame não bate, desconfie da hipótese, não do dado; e sempre diga ao paciente o que deve fazê-lo voltar.

3

Referências

Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. Acad Med. 2009;84(8):1022-8.

Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad Med. 2003;78(8):775-80.

Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. Arch Intern Med. 2005;165(13):1493-9.

Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? JAMA. 1994;271(9):703-7.

Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.

Kassirer JP, Wong JB, Kopelman RI. Learning Clinical Reasoning. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, Ilgen JS, Schmidt HG, Mamede S. The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. Acad Med. 2017;92(1):23-30.

Pauker SG, Kassirer JP. The threshold approach to clinical decision making. N Engl J Med. 1980;302(20):1109-17.

Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1991.

Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. Science. 1974;185(4157):1124-31.

4

04

CAPÍTULO 4

Escrever e apresentar: do que foi dito ao prontuário e à visita

Este capítulo resolve o último trecho do caminho: transformar uma boa entrevista em um texto que outro profissional entenda e em uma apresentação oral que mostre raciocínio em dois minutos. Uma anamnese excelente mal escrita se perde; uma anamnese mediana bem escrita e bem apresentada salva o paciente do próximo plantão.

O prontuário é uma carta para um estranho às três da manhã

Antes de qualquer regra de redação, entenda para quem você escreve. Não é para o professor, não é para você e não é para o papel. Você escreve para **um colega que nunca viu esse paciente e vai lê-lo às três da manhã, apressado, quando o paciente piorar**. Tudo o que decorre disso — clareza, cronologia, negativos pertinentes, dose de medicação — sai dessa imagem.

A analogia útil: **a HDA é a ata de uma reunião, não a transcrição dela.** A ata registra o que foi decidido e o que importa, em ordem, em linguagem de quem vai usar. A transcrição registra tudo, inclusive os pigarros, e ninguém lê. O estudante alterna entre dois extremos errados: a transcrição (três parágrafos sobre a briga com o genro) e o telegrama ("dor abdominal há 3 dias").

Como redigir a HDA

Seis regras, e elas resolvem quase tudo.

1. Narrativa cronológica. Do primeiro momento em que o paciente esteve bem até agora, em ordem. Não em ordem de importância, não na ordem em que ele contou. Se a história tem dois

fios (a dor abdominal de seis meses e a febre de três dias), conte o mais antigo primeiro e depois amarre.

2. Terceira pessoa, tempo passado, voz do relator. "Paciente refere dor…", "Relata que…", "Nega…". Evite "o paciente queixa-se" seguido de uma lista sem verbo. Português correto, frases curtas.

3. Sem jargão inventado e sem abreviatura ambígua. "DPN" pode ser dispneia paroxística noturna ou outra coisa na cabeça de quem lê. Escreva por extenso na primeira vez. Nunca invente sigla.

4. Termo técnico onde ele é preciso, termo do paciente onde a precisão está na palavra dele. "Dispneia aos médios esforços" é melhor que "cansaço". Mas se o paciente diz que a dor é "como se estivessem rasgando por dentro", isso vai entre aspas, porque a palavra dele carrega informação que a tradução perde.

5. Aspas para a fala do paciente quando a fala importa. Use com parcimônia — duas ou três por HDA, no máximo. Importa quando: descreve qualidade de forma única ("rasgando"); expressa a ideia ou o medo dele ("acho que é o mesmo do meu pai, que morreu de câncer"); ou quando a divergência entre versões é relevante ("o filho diz que ela está confusa há um mês; a paciente afirma que 'nunca esqueci nada na vida'").

6. O que entra e o que não entra.

Entra: tudo que caracteriza o sintoma pelos sete atributos; sintomas associados relevantes, presentes e ausentes; a cronologia de tratamentos tentados e resposta; exames já feitos por causa desse quadro, com resultado e data; mudanças recentes de medicação; a ideia, a preocupação e a expectativa do paciente quando mudam a conduta; fatores de risco e exposições pertinentes à hipótese (mesmo que "pertençam" a outro bloco — antecedente relevante para a HDA pode e deve ser mencionado nela).

Não entra: julgamento de valor ("paciente pouco colaborativo", "poliqueixoso", "história confusa" — troque por descrição: "não consegue precisar datas"); dado sem relação com o quadro nem com o risco; interpretação disfarçada de dado (ver adiante); achado de exame físico (isso vai no exame físico); e diagnóstico. **A HDA não contém diagnóstico** — ela o sustenta.

Os quatro erros de registro

Copiar e colar. É o erro mais comum e o mais perigoso dos prontuários eletrônicos. A evolução de hoje é a de ontem com a data trocada; a HDA da admissão viaja por quinze dias sem mudar, dizendo que o paciente "chegou há 2 dias com febre" quando já está no décimo quarto dia. Propaga erro, esconde evolução e engorda o registro a ponto de ninguém mais ler. Se for reaproveitar texto, **releia linha a linha e atualize o que mudou** — e, se nada mudou, escreva que nada mudou.

"Nega comorbidades" sem perguntar. Escrever negativos que você não investigou é registro falso, e um dia a auditoria ou a defesa judicial vai encontrar "nega alergias" no prontuário de um paciente que tinha alergia registrada em três outras folhas. Se não perguntou, escreva **"não interrogado"** ou "não obtido por [motivo]". Isso não é vergonha: é honestidade, e é juridicamente muito mais seguro do que uma negativa fabricada.

Misturar interpretação com dado. O leitor precisa conseguir separar o que o paciente disse do que você concluiu.

Interpretação disfarçada de dado	Dado + interpretação separada
"Paciente com quadro de ansiedade apresentando dispneia"	"Refere dispneia súbita… Relata período de estresse intenso no trabalho." (e, na impressão: "Hipótese de crise de ansiedade, a considerar após afastar causa orgânica")
"Dor de origem osteomuscular há 2 dias"	"Dor torácica em pontada há 2 dias, que piora ao virar o tronco e é reproduzida à palpação"
"Paciente etilista descompensado"	"Refere uso diário de cerca de 6 doses de destilado há 20 anos; última ingesta há 12 horas. Apresenta tremor de extremidades"
"Não colabora com a entrevista"	"Responde monossilabicamente; interrompe a entrevista duas vezes pedindo para ir embora"

Registrar diagnóstico do paciente como diagnóstico. "Paciente com labirintite" quando o que existe é "refere episódios recorrentes que chama de labirintite, diagnosticados há 10 anos sem exames que saiba informar". A segunda forma é mais longa e infinitamente mais útil.

Positivos e negativos pertinentes

Um achado é **pertinente** quando muda a probabilidade de alguma hipótese da sua lista. Nada mais, nada menos.

O **positivo pertinente** é fácil: é o sintoma presente que sustenta a hipótese. Dor ao esforço, aliviada pelo repouso, com sudorese.

O **negativo pertinente** é o que separa o estudante do clínico. É o sintoma **ausente** que era esperado em alguma hipótese que você considerou. E ele faz duas coisas ao mesmo tempo:

Reduz a probabilidade da hipótese alternativa. "Nega febre, tosse e expectoração" em um paciente com dispneia reduz pneumonia.

Mostra o seu raciocínio para quem lê. Esta é a parte que ninguém explica ao estudante: o leitor do prontuário não vê a sua cabeça, só o seu texto. Quando você escreve, em dor torácica, "nega dor em dorso, assimetria de pulsos percebida, síncope, hemoptise ou imobilização recente", você está dizendo, sem dizer, que pensou em dissecção e em embolia. **Os negativos**

pertinentes são a assinatura visível do diferencial que você considerou. Um avaliador de prova prática ou um preceptor lê isso imediatamente.

A regra para escolher quais negativos escrever: **um a três negativos por hipótese da sua lista de três a cinco.** Não escreva negativo de doença que nunca esteve na lista — "nega icterícia" em uma entorse de tornozelo não é rigor, é ruído. E um sinal claro de que a HDA está fraca: **se ela não tem nenhum negativo, você não tinha diferencial.**

Uma HDA malfeita e a mesma reescrita

O caso: mulher de 64 anos, hipertensa, chega ao pronto-socorro com falta de ar.

Versão malfeita

> Paciente chega com falta de ar há uns dias. Refere cansaço. Já teve isso antes. Tem pressão alta e toma remédio. Nega comorbidades. Quadro compatível com insuficiência cardíaca descompensada. Nega demais sintomas. Paciente pouco colaborativa, história confusa.

O que há de errado, item por item: "uns dias" não é tempo; "cansaço" não foi desmembrado; "já teve isso antes" sem dizer quando, como e o que foi feito; "tem pressão alta e toma remédio" sem nome nem dose, seguido de "nega comorbidades" que **contradiz a frase anterior**; o diagnóstico está dentro da HDA; "nega demais sintomas" é negativo genérico, provavelmente não interrogado, e não mostra nenhum diferencial; "pouco colaborativa" e "história confusa" são julgamentos que, além de inúteis, podem ser o primeiro sinal de delirium não reconhecido.

Versão reescrita

> Paciente de 64 anos, hipertensa, refere que até cerca de três semanas atrás subia os dois lances de escada de casa sem parar. Desde então passou a se cansar no primeiro lance, e há cerca de uma semana precisa parar no meio, apresentando **dispneia aos médios esforços**. Há cinco dias passou a dormir com três travesseiros, quando antes dormia com um, e refere que, ao deitar-se plano, a falta de ar surge em poucos minutos. Nas últimas duas noites acordou de madrugada sufocada, precisando sentar-se à beira do leito por cerca de quinze minutos até melhorar. Refere edema de membros inferiores, ascendente, que piora ao longo do dia e melhora pela manhã, e ganho de cerca de 4 kg em duas semanas, referido por balança domiciliar. Relata ter parado a hidroclorotiazida há cerca de um mês por conta própria, "porque me fazia levantar muito à noite".
>
> Nega dor torácica em repouso ou aos esforços, palpitação, síncope e dor em dorso. Nega febre, tosse, expectoração ou dor ventilatório-dependente. Nega dor, empastamento ou assimetria em panturrilhas, imobilização prolongada, viagem longa ou cirurgia recente. Nega hemoptise. Refere que está preocupada porque a mãe "morreu do coração com essa mesma idade".

> Procurou UPA há três dias, onde recebeu "medicação na veia" que não sabe identificar, com melhora parcial por algumas horas. Não trouxe exames.

Note o que a segunda versão entrega e a primeira não: **linha do tempo com marcos datáveis** (três semanas, uma semana, cinco dias, duas noites); **intensidade ancorada em função** (lances de escada, travesseiros, minutos até melhorar); **um fator causal recuperado** (suspensão do diurético, com o motivo, que é o que vai evitar a recorrência); **negativos pertinentes organizados por hipótese** — primeiro parágrafo de negativos cobre síndrome coronariana e dissecção, depois pneumonia, depois tromboembolismo; **a preocupação da paciente**, que vai mudar como você comunica o diagnóstico; e **zero diagnóstico dentro da HDA**. A hipótese vai depois, na impressão diagnóstica, e agora ela está sustentada por texto.

Repare também no tamanho. A versão boa tem três parágrafos e leva noventa segundos para ser lida. Não é mais longa por prolixidade; é mais longa porque tem conteúdo.

Antecedentes, medicações e alergias: os detalhes que decidem

Antecedentes patológicos. Diagnóstico, **ano**, como foi feito, e situação atual. "Diabetes há 12 anos, em uso de insulina há 3, última hemoglobina glicada 9,2% em março" é útil. "DM2" não é.

Cirurgias e internações. Qual, quando, onde, e se houve complicação. Internação recente muda o espectro microbiológico; cirurgia abdominal prévia muda a lista de dor abdominal (bridas).

Medicações. Este é o item mais mal registrado da medicina brasileira. O mínimo aceitável é **nome, dose, via, frequência e há quanto tempo**. E, além disso, três perguntas que revelam a **adesão real**:

> "Numa semana comum, quantos dias o senhor consegue tomar esse remédio direitinho?"
>
> "Tem algum que o senhor tenha parado ou diminuído por conta própria? O que aconteceu?"
>
> "Me mostra a caixa, ou a receita, ou uma foto no celular?"

Por que perguntar assim: "o senhor toma os remédios certinho?" é pergunta socialmente carregada, e quase todo mundo diz sim. Perguntar quantos dias por semana, presumindo sem julgamento que falhar é normal, obtém respostas verdadeiras com muito mais frequência. E registre o que se descobriu: **"refere tomar losartana em cerca de 3 dias por semana"** é um dado clínico, não uma queixa moral.

Não esqueça de perguntar por **fitoterápicos, chás, suplementos, anti-inflamatórios de venda livre e medicação de terceiros** — o paciente não considera isso "remédio" e não conta espontaneamente.

Alergias. Nunca escreva só o nome da droga. Escreva **a droga e o tipo de reação**, porque metade das "alergias" relatadas é efeito adverso previsível, e rotular errado custa tratamento.

> "O que aconteceu quando o senhor tomou? Foi mancha na pele, inchaço, falta de ar? Ou foi enjoo, dor no estômago?"
>
> "Precisou de atendimento? Quando foi isso?"

"Amoxicilina — exantema maculopapular no terceiro dia, aos 8 anos, sem acometimento de mucosa ou dispneia" e "Amoxicilina — náusea" são informações completamente diferentes, e nenhuma delas é "alergia a amoxicilina".

Hábitos com quantificação. Tabagismo em **maços-ano** (maços por dia vezes anos), álcool em **doses por semana** (uma dose é aproximadamente uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de destilado), e o tempo de cessação quando houve.

O resumo em uma frase

O **one-liner** (ou sumário semântico) é a frase que abre toda apresentação oral e toda discussão de caso. Ele obriga você a decidir o que importa, e é por isso que ele é difícil e valioso.

A fórmula tem quatro casas:

[idade e sexo] + [os dois ou três antecedentes que mudam este caso] + [tempo] + [síndrome, em termos semânticos]

Exemplos:

> "Mulher de 64 anos, hipertensa, com suspensão recente de diurético, há três semanas com dispneia progressiva aos esforços, ortopneia e edema ascendente."
>
> "Homem de 58 anos, tabagista de 40 maços-ano, há 6 horas com dor torácica retroesternal em aperto, de início ao esforço, com irradiação para mandíbula e sudorese."
>
> "Homem de 72 anos, com demência e uso recente de oxibutinina, há 2 dias com alteração aguda e flutuante do nível de atenção."

Duas coisas importam na construção. Primeiro, os antecedentes são **selecionados**, não copiados: só entram os que mudam a lista de hipóteses ou a conduta. A paciente do exemplo também tem hipotireoidismo e artrose; não entram. Segundo, a síndrome é dita em **termos semânticos** — pares de qualificadores abstratos que transformam sintoma em categoria: agudo x crônico, progressivo x intermitente, focal x difuso, unilateral x bilateral, súbito x insidioso, febril x afebril. "Dispneia progressiva com ortopneia" é semântico; "falta de ar" não é. A pesquisa sobre expertise clínica mostra que médicos que produzem sumários semânticos ricos chegam mais frequentemente ao diagnóstico correto — não porque a frase seja mágica, mas porque construí-la é o ato de classificar.

Treino sugerido: escreva o one-liner de todo paciente que você atender, em uma linha, e compare com o que o preceptor diz na visita.

A apresentação oral na visita

A apresentação oral não é a leitura do prontuário. É um **produto diferente**, mais curto, com ordem previsível, feita para que o ouvinte possa pensar junto.

Tempo esperado: **dois a quatro minutos para um caso novo** de enfermaria; trinta a sessenta segundos para uma evolução; em emergência, ainda menos.

A ordem esperada:

1. **One-liner.** (10 segundos)
2. **HDA**, cronológica, com os positivos e negativos pertinentes. (60 a 90 segundos)
3. **Antecedentes, medicações e alergias relevantes** — só os relevantes. (20 segundos)
4. **Exame físico**: sinais vitais sempre, depois os achados positivos e os negativos pertinentes. (30 segundos)
5. **Exames complementares já disponíveis**, com os valores que importam. (20 segundos)
6. **Impressão diagnóstica**: sua hipótese principal, com uma frase de justificativa, e as duas ou três alternativas que você considera, com o que as sustenta ou afasta. (30 segundos)
7. **Plano**, por problema. (20 segundos)

Regras que fazem diferença:

- **Não leia.** Olhe as anotações, não recite o papel.
- **Não guarde o desfecho para o fim como suspense.** O ouvinte precisa saber cedo aonde você quer chegar.
- **Diga "eu não sei" quando não souber**, e diga o que faria para saber. Isso é avaliado positivamente, inventar não.
- **Diferencie o que você observou do que foi relatado ou copiado.** "Segundo o prontuário da internação anterior…" é uma frase honesta.
- **Comprometa-se com uma hipótese.** Apresentar seis diagnósticos com igual peso é não ter pensado. Diga qual é a sua e por quê.

O que muda na prova prática e no OSCE

A estação de OSCE é um jogo com regras diferentes, e conhecer as regras não é trapaça: é entender o que está sendo medido.

O que os avaliadores pontuam, tipicamente, em uma lista de verificação:

- **Abertura**: apresentar-se com nome e função, confirmar o nome do paciente, pedir permissão, sentar-se.
- **Pergunta aberta inicial** e ausência de interrupção precoce.
- **Cobertura dos sete atributos** do sintoma principal.
- **Sinais de alarme** perguntados explicitamente.

- **Antecedentes, medicações, alergias, hábitos** — em estação curta, o mínimo dirigido à hipótese.
- **Ideias, preocupações e expectativas** — quase sempre há ponto para isso, e quase sempre o estudante esquece.
- **Comunicação**: linguagem sem jargão, empatia verbalizada, checagem de entendimento.
- **Síntese e fechamento**.
- E, em muitas escolas, um item de **impressão global** do avaliador, que costuma pesar tanto quanto a lista.

Como sinalizar o raciocínio em voz alta. Em prova, o avaliador não lê sua mente e a checklist não tem item para "pensou bem". Então torne o pensamento audível, sem soar artificial:

> "Pelo que o senhor me contou, eu preciso descartar algumas causas mais graves antes. Vou fazer algumas perguntas rápidas sobre isso."
>
> "Deixa eu confirmar uma coisa que me chamou atenção: essa dor foi para as costas em algum momento?"
>
> "Isso que o senhor falou sobre a viagem de ônibus é importante, porque ficar muito tempo parado pode causar coágulo na perna."

Como fechar a estação. O fechamento vale pontos que quase ninguém coleta, e cabe em quarenta segundos, em quatro movimentos:

1. **Resumo devolvido**: "Então: dor no peito há 6 horas, que começou ao esforço, com suor e enjoo, sem falta de ar."
2. **Checagem**: "Faltou alguma coisa importante que eu não perguntei?"
3. **Plano em linguagem leiga**: "Pelo que o senhor descreveu, eu preciso investigar se tem relação com o coração. Vou pedir um eletrocardiograma e um exame de sangue agora."
4. **Rede de segurança e espaço**: "Se a dor voltar ou piorar, avise imediatamente. O senhor tem alguma dúvida?"

Uma dica operacional de prova: **fale o tempo todo**, mesmo enquanto pensa. Silêncio prolongado não é pontuado. E **gerencie o relógio**: se faltam dois minutos e você ainda não perguntou alergias, pule para o essencial e feche — estação sem fechamento perde mais ponto do que estação incompleta.

Ética, sigilo e o acompanhante que responde por todos

O registro é documento. O prontuário pertence ao paciente; a instituição é guardiã. Ele pode ser requisitado por ele, e usado em processo. Três consequências práticas: escreva sabendo que o paciente pode ler; **não rasure e não apague** — em papel, risca-se com uma linha, escreve-se "digo" e a correção, com data e assinatura; em prontuário eletrônico, faça adendo datado em vez de reescrever; e **assine e identifique** cada registro, com carimbo ou identificação eletrônica. Como estudante, registre sua condição de estudante e tenha o registro validado pelo supervisor.

Sigilo. Tudo o que se soube em razão do exercício profissional é sigiloso, inclusive o que se soube por observação e inclusive depois da morte do paciente. Quebra-se apenas por dever legal,

justa causa ou autorização do paciente. Na prática do estudante, as violações mais comuns são banais e frequentes: **discutir caso no elevador, no corredor, no refeitório; fotografar lesão ou exame com o celular pessoal; comentar em grupo de mensagens.** Se for usar imagem para ensino, precisa de consentimento e de desidentificação.

Consentimento para a entrevista. Você é estudante; o paciente pode recusar, e tem o direito de recusar sem prejuízo. Peça e aceite a recusa sem constrangê-lo.

O acompanhante que responde por todos. Situação cotidiana: a filha responde todas as perguntas feitas à mãe de 80 anos; a mãe olha para a filha antes de falar; ou o marido responde pela esposa. O acompanhante é frequentemente uma fonte valiosa — em delirium, demência, afasia, criança, ele é indispensável. O problema não é a presença dele: é o **apagamento do paciente**.

A conduta, em três passos:

Primeiro, redirecione com educação, sem confronto. Olhe para o paciente e devolva a pergunta a ele:

> "Obrigado, isso ajuda muito. Dona Maria, e a senhora, como sente essa dor?"

Se persistir, seja explícito e gentil:

> "Eu vou fazer algumas perguntas direto para a senhora Maria primeiro, e daqui a pouco eu peço a sua ajuda para completar, pode ser? A senhora Maria é quem sente, então a palavra dela é a mais importante para mim."

Segundo, crie um momento a sós. É obrigatório — não opcional — quando você precisa perguntar sobre violência, sexualidade, uso de substâncias, humor, ou quando suspeita de negligência ou de abuso financeiro. E a saída não pode expor o paciente. Use um pretexto clínico natural:

> "Vou examinar a dona Maria agora, o senhor pode aguardar lá fora um instantinho?"

Com adolescente, a mesma coisa, normalizada e anunciada desde o começo da consulta, para os dois: "com adolescentes, eu sempre converso uma parte a sós, faz parte do atendimento". Explique os limites do sigilo antes de começar: o que fica entre vocês e o que você é obrigado a compartilhar se houver risco de vida.

Terceiro, registre a fonte. Isso quase nunca é feito e é decisivo para quem lê depois:

> "História obtida com a paciente e complementada pela filha, que reside com ela. A paciente refere não ter apresentado esquecimentos; a filha relata que a mãe repete perguntas e trocou o fogão aceso duas vezes no último mês."

Quando a história vem inteiramente de terceiro, diga isso na primeira linha: **"História obtida com o filho, uma vez que o paciente encontra-se desorientado."** Um leitor que não sabe de onde veio a informação não sabe quanto confiar nela — e confiança na fonte é parte do dado.

Uma nota final sobre o paciente que pede sigilo de algo específico ("não conta para minha esposa"): respeite, mas não registre informação falsa. Se algo não pode ser detalhado no registro compartilhado, o caminho é discutir com o supervisor, não mentir no prontuário.

Armadilhas

Copiar e colar sem reler. Propaga erro e apaga a evolução.

Escrever negativo que não foi perguntado. Se não interrogou, escreva "não interrogado".

Colocar o diagnóstico dentro da HDA. A HDA sustenta a hipótese; a hipótese vai na impressão.

Registrar "nega comorbidades" e, na linha seguinte, listar comorbidades. Acontece mais do que se imagina, e destrói a credibilidade do registro inteiro.

Julgar em vez de descrever. "Pouco colaborativo" pode ser o primeiro registro de um delirium que ninguém viu.

Medicação sem dose e alergia sem tipo de reação. São os dois campos que mais causam dano concreto quando mal preenchidos.

One-liner com todos os antecedentes. Selecione dois ou três; o resto é ruído.

Apresentar seis hipóteses com peso igual. Isso é não ter decidido. Comprometa-se com uma e justifique.

Terminar a estação de OSCE sem fechamento. Resumo, checagem, plano leigo e rede de segurança valem pontos e cabem em quarenta segundos.

Deixar o acompanhante responder por tudo e não registrar a fonte. O leitor precisa saber quem contou o quê.

Para levar

- Escreva para o colega que vai ler às três da manhã quando o paciente piorar: a HDA é a ata da reunião, não a transcrição.
- Narrativa cronológica, terceira pessoa, sem sigla inventada, aspas só quando a palavra do paciente carrega o que a tradução perderia.
- A HDA não contém diagnóstico: ela o sustenta. A hipótese vai na impressão diagnóstica.
- Se não perguntou, escreva "não interrogado" — nunca fabrique um negativo.
- Negativo pertinente é a assinatura visível do seu diferencial: um a três por hipótese. HDA sem negativos é HDA sem raciocínio.
- Ancore intensidade em função no texto: lances de escada, número de travesseiros, quilos de edema, minutos até melhorar.
- Medicação sem dose e sem adesão real não é registro; pergunte "quantos dias por semana o senhor consegue tomar" em vez de "toma certinho?".

- Alergia é a droga mais o tipo de reação: exantema, edema e dispneia são coisas diferentes de náusea.
- O one-liner tem quatro casas — idade e sexo, os dois ou três antecedentes que mudam o caso, tempo, síndrome em termos semânticos — e construí-lo é o próprio ato de classificar.
- Apresente em dois a quatro minutos, na ordem esperada, sem ler, comprometendo-se com uma hipótese e dizendo "não sei" quando for o caso.
- Em OSCE, torne o raciocínio audível e sempre feche: resumo, checagem, plano em linguagem leiga e rede de segurança.
- Prontuário é documento: não se apaga, corrige-se com adendo datado e assinado, e o paciente pode lê-lo.
- Quando o acompanhante responde por todos, devolva a palavra ao paciente, crie um momento a sós com pretexto clínico natural, e registre sempre de quem veio cada parte da história.

4

Referências

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Presidência da República; 2018.

Cole SA, Bird J. The Medical Interview: The Three-Function Approach. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: CFM; 2019.

Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1.638, de 9 de agosto de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: CFM; 2002.

Haber RJ, Lingard LA. Learning oral presentation skills: a rhetorical analysis with pedagogical and professional implications. J Gen Intern Med. 2001;16(5):308-14.

Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). Med Educ. 1979;13(1):41-54.

Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med. 1968;278(11):593-600.

05

5

CAPÍTULO 5

Anamnese cardiovascular

Este capítulo resolve o problema de sair da beira do leito com uma hipótese sobre o coração, e não com uma lista de sintomas soltos. Você vai aprender a fazer as perguntas que separam a dor que mata da dor que incomoda, a transformar "cansaço" em classe funcional, e a usar a síncope como um pequeno interrogatório cronológico. No fim, o mesmo paciente que disse "uma dorzinha no peito" vai ter virado um parágrafo de prontuário com um diagnóstico provável dentro.

1. Por que essa anamnese é diferente

A anamnese cardiovascular é a única em que o relógio corre enquanto você conversa. Em quase todo o resto da medicina, se você perder um detalhe hoje, pergunta amanhã. Aqui, um paciente com dor torácica há quarenta minutos pode estar ocluindo uma coronária enquanto você pergunta sobre a infância. Isso muda a arquitetura da entrevista: você não começa pelo começo, começa pelo perigo. As primeiras três ou quatro perguntas existem para responder uma única questão — "isso é uma das cinco coisas que matam nas próximas horas?" — e só depois a entrevista relaxa e volta ao formato tradicional.

A segunda diferença é que o coração tem um vocabulário pobre. O território visceral torácico tem poucas fibras sensitivas e nenhuma capacidade de localizar. O resultado é que isquemia, pericardite, dissecção de aorta, refluxo e espasmo esofágico chegam ao consultório usando as mesmas palavras: "aperto", "peso", "queimação", "angústia". O diagnóstico não sai da palavra que o paciente usa, sai do **contexto temporal e dos modificadores**: o que provocou, o que aliviou, quanto durou, o que veio junto. Um estudante inseguro fica caçando o adjetivo mágico ("é em aperto?") e faz pergunta indutiva; um entrevistador treinado caça o padrão de comportamento da dor.

A terceira diferença é que os sintomas cardiovasculares mais importantes não são dor. São **limitações**. Dispneia aos esforços, edema, cansaço e síncope são sintomas que o paciente já normalizou — ele acha que envelheceu, que engordou, que está sedentário. Ninguém chega dizendo "doutor, minha classe funcional caiu de I para III em seis meses". Essa informação existe, mas só aparece se você perguntar com **marcos concretos do dia a dia**, e não com abstrações. É por isso que boa parte deste capítulo é sobre como transformar perguntas genéricas em perguntas com unidade de medida.

5

2. O mapa de hipóteses antes de perguntar

Antes da primeira pergunta, tenha três listas na cabeça. Elas determinam a ordem do interrogatório.

As que matam rápido

Estas cinco são o motivo pelo qual a dor torácica tem protocolo próprio. Todas podem se apresentar com dor no peito e paciente andando.

- **Síndrome coronariana aguda** — dor de instalação em minutos, desencadeada ou piorada por esforço, com sintomas neurovegetativos (suor frio, náusea, palidez). A pergunta que mais rende: "essa dor apareceu enquanto o senhor fazia o quê?".
- **Dissecção de aorta** — dor de intensidade máxima já no primeiro segundo ("como se rasgasse"), frequentemente migrando do peito para as costas, entre as escápulas, e às vezes para o abdome conforme a dissecção avança. Hipertenso de longa data, ou paciente jovem alto e magro com história familiar.
- **Tromboembolismo pulmonar** — dispneia súbita desproporcional ao exame, dor pleurítica (piora ao inspirar), taquicardia, com um fator de imobilidade ou hipercoagulabilidade na história recente.
- **Pericardite com tamponamento** — dor que piora deitado e melhora sentado inclinado para frente, precedida por quadro viral, evoluindo com dispneia, turgência jugular e hipotensão.
- **Ruptura de esôfago (síndrome de Boerhaave)** — o diagnóstico que quase ninguém lembra de perguntar. Dor torácica intensa **logo após vômitos vigorosos**, ou após endoscopia. A pergunta que faz o diagnóstico é banal: "antes da dor começar, o senhor vomitou?".

As comuns

Doença coronariana estável, insuficiência cardíaca descompensada, fibrilação atrial, crise hipertensiva sintomática, síncope vasovagal, doença arterial periférica, insuficiência venosa crônica. São a maioria absoluta do que você vai ver, e todas são diagnosticadas principalmente pela história.

As que só se descobrem se você perguntar

Aqui moram os diagnósticos elegantes. **Cardiomiopatia hipertrófica** (síncope durante o esforço, história familiar de morte súbita antes dos 50 anos). **Estenose aórtica** (a tríade angina, síncope aos esforços e dispneia num idoso). **Febre reumática na infância** ("o senhor teve

alguma doença no coração quando criança? Ficou de cama por causa de dor nas juntas?"). **Doença de Chagas** — em paciente nascido em zona rural de área endêmica, com casa de pau a pique; pergunte literalmente "a casa onde o senhor cresceu era de barro? Tinha barbeiro, aquele inseto?". **Uso de estimulantes** (cocaína, anfetaminas, termogênicos, anabolizantes) — causa de infarto em jovem, e nunca aparece se não for perguntado sem julgamento.

3. As perguntas, com o porquê de cada uma

3.1 Dor torácica: o interrogatório completo

Comece amplo e cronológico, nunca com um adjetivo na boca do paciente.

> "Me conta como foi. O senhor estava fazendo o que quando a dor começou?"

Essa pergunta rende três informações de uma vez: o gatilho (esforço aponta isquemia; vômito aponta ruptura esofágica; trauma aponta parede torácica; repouso após refeição aponta esôfago), o modo de instalação e a hora exata do início — que é o dado que define tempo de porta-agulha, tempo de trombólise e janela de reperfusão.

> "A dor chegou no máximo dela de uma vez, ou foi aumentando aos poucos?"

Este é o divisor de águas da dissecção de aorta. A dor isquêmica tem um *crescendo*: começa como incômodo e cresce em minutos, porque a isquemia miocárdica é um processo que se instala progressivamente à medida que o metabolismo anaeróbio acumula metabólitos. A dor da dissecção é máxima no primeiro instante, porque é um rasgo mecânico — a íntima se descola de uma vez. Se o paciente diz "do nada, no auge, como se tivesse rasgado", pare o interrogatório de rotina e verifique pulsos e pressão nos dois braços.

> "Mostra pra mim com a mão onde dói."

Não pergunte "onde dói", peça para **mostrar**. A informação está no gesto, não na palavra. Mão espalmada sobre o esterno, ou punho fechado contra o peito (sinal de Levine), sugere origem visceral. Um dedo apontando um ponto do tamanho de uma moeda praticamente exclui isquemia: dor que cabe na ponta de um dedo é parietal.

> "Essa dor vai pra algum lugar? Sobe, desce, pega o braço, o pescoço, a mandíbula, as costas?"

Por que a dor isquêmica irradia e por que é mal localizada — o mecanismo

Vale gastar um parágrafo nisso, porque entender esse mecanismo dissolve metade da decoreba sobre dor torácica.

A pele tem um sistema sensitivo de alta resolução: cada centímetro quadrado projeta em um ponto específico do córtex somatossensorial, e por isso você sabe exatamente onde levou a picada. As vísceras não têm nada disso. As fibras aferentes viscerais do coração são fibras finas, pouco numerosas, que caminham junto com os nervos simpáticos, atravessam os gânglios cervicais e torácicos e entram na medula pelas raízes de **T1 a T4/T5**. Chegando lá, elas não têm

um trilho próprio: fazem sinapse nos **mesmos neurônios de segunda ordem** que recebem as fibras cutâneas daqueles dermátomos. Isso se chama **convergência víscero-somática**.

O cérebro, portanto, recebe um sinal vindo de um neurônio que normalmente significa "pele do braço esquerdo, do peito, do pescoço". Como durante toda a vida aquele neurônio disparou por causa de estímulos na pele, o cérebro interpreta o novo sinal do único jeito que sabe: como se viesse da superfície. Daí a **dor referida** — braço esquerdo (C8-T1), mandíbula e pescoço (aferentes que sobem com o simpático cervical até raízes altas), região epigástrica (T5-T6, o que explica o infarto de parede inferior que se apresenta como "indigestão"). Não é que a dor "viaja"; é que o cérebro se confunde de endereço.

E como as fibras viscerais são poucas e cada neurônio medular recebe aferências de uma área ampla, não existe resolução espacial: **a dor visceral é obrigatoriamente mal localizada, difusa, em faixa**. É por isso que o paciente usa a mão inteira. Uma analogia que funciona: imagine um prédio com cem apartamentos, mas com uma única campainha na portaria, compartilhada. Toca a campainha e o porteiro sabe que alguém chamou — não sabe quem. A pele tem interfone em cada porta; o coração tem só a campainha da portaria.

> "Quanto tempo durou? Segundos, minutos ou horas?"

Dor de **poucos segundos** ("uma fisgada, passou") quase nunca é isquêmica — não dá tempo de acumular metabólito suficiente. Dor de **2 a 15 minutos** relacionada a esforço e aliviada pelo repouso é angina estável clássica. Dor **acima de 20-30 minutos**, contínua, em repouso, é o padrão de infarto. Dor **constante há três semanas, o dia inteiro, sem variação nenhuma** raramente é coronariana.

> "O que faz melhorar? E o que faz piorar? Piora se o senhor respirar fundo? Muda se o senhor deitar ou sentar? Piora se eu apertar aqui?"

Três perguntas, três diagnósticos. Piora com inspiração profunda = pleurítica (TEP, pneumonia, pericardite, pneumotórax). Piora deitado e melhora sentado inclinado à frente = pericardite (deitado, o pericárdio inflamado contacta melhor a pleura e o diafragma; sentado à frente, o coração se afasta). Reprodutível à palpação = parede torácica — mas com uma ressalva honesta: **a reprodutibilidade à palpação reduz muito a probabilidade de isquemia, mas não a zera**; existem infartos com dor parcialmente reprodutível, e você não manda o paciente para casa só por isso.

> "Veio junto suor frio, enjoo, falta de ar, sensação de que ia morrer?"

Os **sintomas neurovegetativos** valem mais que a descrição da dor. Eles refletem descarga autonômica maciça, e sua presença aumenta substancialmente a probabilidade de isquemia. "Suor frio" na anamnese é um achado forte; pergunte especificamente por ele.

3.2 Tabela comparativa das cinco dores

Característica	Isquêmica	Pleurítica (TEP/pleurite)	Osteomuscular	Esofágica	Dissecção de aorta
Instalação	Crescendo em minutos	Súbita ou em horas	Gradual, após esforço físico	Após refeição, gradual	Máxima no primeiro segundo
Qualidade	Peso, aperto, opressão	Pontada, facada	Pontada localizada	Queimação, aperto	Rasgando, dilacerante
Localização	Retroesternal, difusa, mão espalmada	Lateral, o paciente aponta o lado	Ponto exato, ponta do dedo	Retroesternal + epigástrio	Anterior migrando para dorso interescapular
Irradiação	Braço esq., mandíbula, dorso, epigástrio	Ombro (se diafragmática)	Segue o músculo/costela	Dorso, garganta	Migra no sentido da dissecção
Duração	2-15 min (angina) ou >20 min (IAM)	Horas a dias	Dias a semanas	Minutos a horas	Contínua e intensa
Piora com	Esforço, frio, emoção, refeição pesada	Inspiração profunda, tosse	Movimento, palpação	Deitar, alimentos ácidos, jejum	Nada alivia
Melhora com	Repouso, nitrato (em minutos)	Imobilidade, analgésico	Repouso, anti-inflamatório	Antiácido, sentar	Nada
Acompanhantes	Suor frio, náusea, dispneia	Dispneia, tosse, hemoptise	Nenhum	Regurgitação, disfagia, azia	Assimetria de pulsos, déficit neurológico

Uma honestidade necessária: o alívio com nitrato **não** confirma isquemia — espasmo esofágico também melhora com nitrato, porque o nitrato relaxa musculatura lisa em qualquer lugar. E o alívio com antiácido não exclui infarto. Teste terapêutico na dor torácica é um péssimo teste diagnóstico.

3.3 Equivalente anginoso: quando a dor não vem

Há dois grupos em que a isquemia se manifesta sem dor, e ignorá-los é um erro grave.

No **diabético de longa data**, a neuropatia autonômica danifica justamente as fibras finas aferentes que transmitem a dor visceral. O "fio" está cortado: o miocárdio sofre, mas o sinal não

chega. O que chega é a consequência hemodinâmica — o ventrículo isquêmico enche mal, a pressão sobe no átrio esquerdo e nos capilares pulmonares, e o paciente sente **dispneia súbita**. Esse é o equivalente anginoso mais comum.

No **idoso**, soma-se a isso a limitação funcional: ele não caminha o suficiente para atingir o limiar de isquemia, então a apresentação é atípica — confusão mental aguda, fraqueza, síncope, queda, náusea isolada.

As perguntas, portanto, mudam:

> "Quando a senhora se esforça — sobe uma ladeira, carrega a sacola de compras — o que a senhora sente primeiro? Falta de ar, cansaço, enjoo ou dor?"
>
> "Já aconteceu de a senhora ficar de repente com muita falta de ar, sem motivo, e passar depois de uns minutos parada?"

Uma dispneia súbita aos esforços, que alivia com repouso em poucos minutos, é angina até prova em contrário em um diabético — mesmo sem nenhuma dor.

3.4 Dispneia e classe funcional: perguntar com unidade de medida

A classificação da **NYHA** só é útil se você parar de usá-la como jargão. Ela mede quanta atividade é necessária para produzir sintoma:

- **I** — sem limitação; atividade habitual não causa sintoma.
- **II** — leve limitação; atividade habitual (subir um lance de escada, andar dois quarteirões) causa sintoma.
- **III** — limitação importante; atividades menores que as habituais (tomar banho, vestir-se, andar dentro de casa) causam sintoma.
- **IV** — sintoma em repouso.

O erro clássico é perguntar "o senhor tem falta de ar aos esforços?". Todo mundo tem falta de ar com esforço suficiente. Pergunte com marcos:

> "O senhor consegue subir um lance de escada sem parar no meio?" "E até a padaria — quantos quarteirões o senhor anda antes de precisar parar?" "Tomar banho e se vestir cansam?" "O senhor deixou de fazer alguma coisa neste último ano por causa do cansaço?"

E então a pergunta que vale por todas as outras, porque transforma um estado em uma **trajetória**:

> "E há seis meses, o senhor conseguia fazer isso?"

Classe funcional isolada diz gravidade; classe funcional comparada com seis meses atrás diz **velocidade de descompensação**, e é isso que decide se o paciente vai para casa com ajuste de diurético ou interna.

3.5 Ortopneia e dispneia paroxística noturna — o mecanismo

> "Quantos travesseiros o senhor usa para dormir? Sempre foi assim? Se deitar com um só, o que acontece?"
>
> "Acontece de o senhor acordar no meio da noite sufocado, precisando sentar ou ir até a janela? Quanto tempo leva para melhorar?"

O mecanismo é hidráulica simples. Em pé, a gravidade mantém cerca de meio litro a um litro de sangue represado no território venoso das pernas e do abdome. Ao deitar, esse volume é **redistribuído para o tórax** em poucos minutos. Um coração normal recebe esse retorno venoso extra e simplesmente bombeia mais (Frank-Starling). Um ventrículo esquerdo insuficiente não consegue: o volume extra entope a câmara, a pressão sobe retrogradamente no átrio esquerdo e nos capilares pulmonares, e o líquido extravasa para o interstício. A **ortopneia** aparece em minutos e alivia em minutos ao sentar — é imediata e reprodutível.

A **dispneia paroxística noturna** é uma parente mais lenta e mais dramática. Durante horas de decúbito, além da redistribuição, o líquido do edema periférico é reabsorvido e devolvido à circulação, aumentando ainda mais a volemia efetiva; ao mesmo tempo, no sono o tônus simpático cai e a depressão noturna do centro respiratório reduz a compensação. O acúmulo atinge um limiar de madrugada e o paciente acorda em pânico, com falta de ar franca — e, diferentemente da ortopneia, **leva 15 a 30 minutos sentado para melhorar**, porque o líquido já saiu do vaso e precisa ser reabsorvido. Essa diferença de tempo de alívio é o melhor discriminador entre as duas na anamnese.

Uma analogia: pense num prédio com uma caixa d'água no térreo e uma bomba fraca. Enquanto todo mundo está de pé, parte da água fica nos canos de baixo. Deitar é inclinar o prédio: toda a água desce de uma vez para o mesmo andar. Se a bomba dá conta, nada acontece; se não dá, transborda no pulmão.

3.6 Palpitação

> "Quando bate, começa de repente, num susto, ou vai acelerando aos poucos? E quando passa, para de uma vez ou vai desacelerando?"

Este é o par de perguntas mais discriminativo de toda a arritmologia clínica. **Início e término abruptos** — "como se alguém apertasse um botão" — sugerem taquicardia paroxística supraventricular, um circuito de reentrada que liga e desliga. **Início e término graduais** sugerem taquicardia sinusal, ou seja, uma resposta fisiológica a algo (ansiedade, anemia, febre, hipertireoidismo, hipovolemia, hipoglicemia) — e nesse caso o diagnóstico não é do coração, é da causa.

> "Bate o ritmo na mesa pra mim, do jeito que o senhor sentiu."

Peça literalmente isso. É extraordinariamente informativo e quase ninguém faz. Um ritmo **rápido e perfeitamente regular** aponta taquicardia supraventricular ou flutter com condução fixa; **rápido e totalmente caótico**, sem nenhum padrão, aponta fibrilação atrial; **batidas**

normais com falhas isoladas seguidas de uma pancada forte ("dá um soco no peito") são extrassístoles — a pausa compensatória permite enchimento ventricular maior, e a batida seguinte é mais vigorosa. O paciente costuma sentir a batida *depois* da falha, não a falha.

> "O que o senhor estava fazendo? Tinha tomado café, energético, algum remédio para emagrecer, descongestionante? Bebeu no dia anterior?"

Fibrilação atrial deflagrada por libação alcoólica tem nome próprio (síndrome do coração de feriado) e é subdiagnosticada.

> "Junto com a palpitação, o senhor chegou a desmaiar, sentir dor no peito ou muita falta de ar?"

Palpitação com síncope é arritmia com repercussão hemodinâmica até prova em contrário, e muda o nível de urgência imediatamente.

3.7 Síncope: o interrogatório em três tempos

Síncope se investiga em três blocos: antes, durante e depois. O "durante" você não pergunta ao paciente — ele estava inconsciente. **Pergunte a quem viu.** Se houver acompanhante, essa é a informação mais valiosa da consulta.

> "Antes de apagar, o senhor sentiu alguma coisa? Calor, enjoo, visão escurecendo, suor, zumbido no ouvido?" "O senhor estava de pé, sentado ou deitado? Fazia quanto tempo que estava em pé?" "Foi durante um esforço, ou logo depois que parou?" "Quando acordou, já sabia onde estava, ou demorou pra se situar?" "Alguém da família morreu de repente, jovem, sem explicação? Afogado, dormindo, num acidente sem causa?"

	Vasovagal	Ortostática	Cardíaca
Pródromo	Longo (30 s a minutos): calor, náusea, sudorese, escurecimento visual, zumbido	Curto, ao levantar: tontura, escurecimento	**Ausente ou muito breve** — cai sem aviso
Posição	Em pé há algum tempo, ou sentado	Imediatamente após levantar	Qualquer uma, inclusive **deitado ou sentado**
Gatilho	Dor, emoção, calor, aglomeração, punção venosa, micção, tosse	Mudança postural, remédio novo, desidratação	**Durante o esforço** (estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica) ou sem gatilho
Recuperação	Rápida, mas com náusea e fadiga residual prolongada	Rápida e completa ao deitar	Rápida e completa, "como se nada tivesse acontecido"
História familiar	Irrelevante	Irrelevante	**Morte súbita antes dos 50 anos**

A regra prática que vale memorizar: **síncope sem pródromo, ou síncope durante o esforço, é cardíaca até prova em contrário**. Síncope *após* o esforço, já parado, costuma ser vasovagal

(o retorno venoso despenca quando a bomba muscular das pernas para de funcionar). Essa distinção de uma palavra — "durante" versus "depois" — separa uma investigação ambulatorial de uma internação.

Uma armadilha frequente: abalos musculares breves ocorrem em até um terço das síncopes por hipoperfusão cerebral e **não significam epilepsia**. O que aponta crise convulsiva é a mordedura lateral de língua, a confusão pós-ictal prolongada de vários minutos e a liberação esfincteriana.

3.8 Edema

> "O inchaço é nos dois pés ou em um só?" "Ele some de manhã, quando o senhor acorda?" "Para onde ele sobe? Chega na perna, na coxa, na barriga?" "Dói? A pele fica vermelha e quente?" "O senhor começou algum remédio novo? Anlodipino, anti-inflamatório, corticoide?"

Edema **bilateral, vespertino, que melhora à noite deitado** e sobe simetricamente aponta causa sistêmica: insuficiência cardíaca, hipoalbuminemia (hepatopatia, síndrome nefrótica, desnutrição), insuficiência venosa crônica, medicamentoso. Edema **unilateral, doloroso, com aumento de temperatura** aponta trombose venosa profunda ou erisipela. Edema que **não melhora com repouso e vem com ascite e icterícia** aponta fígado. E o edema com **dispneia progressiva e ortopneia** é cardíaco.

3.9 Claudicação intermitente

> "Quando o senhor caminha, dói na panturrilha? Depois de quantos metros ou quantos quarteirões?" "A dor passa se o senhor parar, mesmo em pé? Em quanto tempo?" "É sempre na mesma distância?" "Dói em repouso, à noite? O senhor precisa botar o pé pra fora da cama?"

A claudicação arterial verdadeira é **reprodutível na mesma distância**, alivia em 2 a 5 minutos **parado em pé** (não precisa sentar) e retorna no mesmo trajeto. Registre a distância em metros ou quarteirões — é a unidade de gravidade e a forma de acompanhar resposta ao tratamento. **Dor em repouso, à noite, que melhora pendendo o pé para fora da cama, é isquemia crítica** (a gravidade ajuda a perfusão): isso é urgência vascular, não consulta de rotina. O diagnóstico diferencial mais confundido é a claudicação neurogênica da estenose de canal lombar, que melhora ao **sentar ou inclinar-se para frente** e piora em pé parado — a diferença está em "o que alivia", não em "onde dói".

3.10 Fatores de risco perguntados de forma útil

Não pergunte "o senhor tem hipertensão, diabetes, colesterol?". Isso rende sim ou não. Pergunte por comportamento e por números:

> "Há quantos anos o senhor sabe que tem pressão alta? Qual foi a última pressão que o senhor mediu?" "Fuma? Quantos cigarros por dia, e desde que idade? Se parou, parou quando?" "Alguém da sua família teve infarto ou derrame? Com que idade?" — o que

> importa é **precoce**: homem antes dos 55, mulher antes dos 65. "O senhor usa alguma coisa para ficar mais disposto, para emagrecer, para treinar? Cocaína, já usou?" — pergunte de forma neutra, presumindo possibilidade, não culpa.

3.11 Medicações e adesão

> "Me mostra as caixas dos remédios que o senhor toma." (a lista falada erra; a caixa não) "Nesta última semana, quantos dias o senhor esqueceu de tomar?" "Tem algum que o senhor não toma porque faz mal, ou porque acabou e não deu pra comprar?"

Perguntar "o senhor toma direitinho?" é uma pergunta indutiva que convida à mentira educada. Perguntar "quantos dias esqueceu?" presume o esquecimento e libera a resposta honesta. Falta de adesão é a causa número um de descompensação de insuficiência cardíaca — mais que qualquer arritmia.

4. Sinais de alarme

- Dor torácica em repouso com mais de 20 minutos, com sudorese fria, náusea ou dispneia.
- Dor de intensidade máxima desde o primeiro instante, ou que migra para o dorso.
- Diferença de pressão ou de pulso entre os braços; déficit neurológico junto com dor torácica.
- Dor torácica precedida de vômitos vigorosos.
- Síncope **durante** o esforço, ou síncope sem qualquer pródromo.
- História familiar de morte súbita antes dos 50 anos.
- Palpitação acompanhada de síncope, dor torácica ou dispneia intensa.
- Dispneia de repouso, ortopneia nova ou dispneia paroxística noturna.
- Queda de duas classes funcionais da NYHA em poucas semanas.
- Dor isquêmica de membro em repouso ou noturna; pé frio, pálido, sem pulso.
- Edema unilateral doloroso com dispneia — pense TVP com TEP.

5. Armadilhas

Perguntar "é uma dor em aperto?". Essa é a pergunta indutiva mais comum da medicina. O paciente quer colaborar e concorda. Pergunte "como é essa dor?" e espere, mesmo que o silêncio incomode.

Aceitar o rótulo do paciente. "Eu tenho gastrite" pode ser angina há dois anos; "eu tenho labirintite" pode ser pré-síncope ortostática; "eu tenho bronquite" pode ser insuficiência cardíaca. Sempre pergunte quem deu o diagnóstico e com base em quê.

Pular o fator de melhora. Estudante pergunta o que piora e esquece o que alivia — mas é o alívio que separa pericardite (sentado à frente) de isquemia (repouso) de claudicação neurogênica (sentado).

Confundir termos leigos. "Cansaço" pode ser dispneia, fadiga muscular ou sonolência. "Tontura" pode ser vertigem, pré-síncope ou desequilíbrio. "Palpitação" às vezes é a batida normal percebida em repouso por ansiedade. Sempre peça: "me explica o que o senhor sente, sem usar essa palavra".

Não perguntar o que a pessoa deixou de fazer. O paciente adapta a vida ao sintoma e depois nega o sintoma. A pergunta "o senhor parou de fazer alguma coisa neste ano?" resgata a limitação escondida.

Esquecer o acompanhante na síncope. O único que viu o evento é a fonte mais confiável, e vai embora se você não o chamar.

Registrar "dor precordial atípica" sem descrever nada. Esse adjetivo não transmite informação a quem lê depois. Descreva; deixe a classificação para a conclusão.

6. Exemplo de HDA escrita

> Homem, 62 anos, hipertenso há 15 anos e diabético há 10, tabagista (20 cigarros/dia desde os 18 anos; 44 maços-ano), refere que há cerca de 3 meses passou a apresentar desconforto retroesternal em peso, mal localizado, indicado com a mão espalmada sobre o esterno, com irradiação para a face ulnar do braço esquerdo e para a mandíbula. O desconforto é desencadeado ao subir o lance de escada de casa ou ao caminhar cerca de dois quarteirões em ritmo habitual, instala-se progressivamente ao longo de dois a três minutos, atinge intensidade moderada (6/10) e cede em cerca de 5 minutos com o repouso, sem uso de medicação. Nega dor em repouso e nega relação com movimentos, respiração profunda ou palpação. Associa sudorese fria e náusea nos episódios de maior intensidade; nega síncope, palpitação ou edema. Refere que há 6 meses subia o mesmo lance de escada sem sintomas, e que nas últimas duas semanas os episódios passaram a ocorrer com esforços menores — ao caminhar dentro de casa — e a durar cerca de 10 minutos (classe funcional CCS III, em piora). Nega ortopneia e dispneia paroxística noturna. Pai faleceu de infarto aos 54 anos. Refere esquecer o anti-hipertensivo em torno de três dias por semana e ter interrompido a estatina há 4 meses por conta própria.

Para levar

- Na dor torácica você não começa pelo começo: começa pelas cinco que matam, e só depois relaxa a entrevista.
- Dor visceral é mal localizada porque poucas fibras aferentes convergem, na medula, com as fibras da pele dos dermátomos T1-T4 — o cérebro erra o endereço, e isso é a dor referida.
- Instalação em crescendo é isquemia; intensidade máxima no primeiro segundo é dissecção.
- Peça para o paciente mostrar a dor com a mão: mão espalmada é víscera, ponta de dedo é parede.

- Pergunte sempre o que **alivia** — é o fator de melhora que separa pericardite, isquemia e claudicação neurogênica.
- No diabético e no idoso, dispneia súbita aos esforços é angina até prova em contrário.
- Classe funcional só vira informação com marco concreto e com a pergunta "e há seis meses?".
- Ortopneia alivia em minutos ao sentar; dispneia paroxística noturna leva meia hora — é o tempo de alívio que as separa.
- Na palpitação, pergunte como começa e como termina, e peça para o paciente bater o ritmo na mesa.
- Síncope durante o esforço ou sem pródromo é cardíaca até prova em contrário; pergunte por morte súbita na família.
- Claudicação arterial é reprodutível na mesma distância e alivia parado em pé; dor em repouso à noite é isquemia crítica.
- Adesão se pergunta contando faltas ("quantos dias esqueceu?"), nunca perguntando se toma direitinho.

Referências

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018;39(21):1883-948.

Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-826.

Campeau L. Letter: grading of angina pectoris. Circulation. 1976;54(3):522-3.

Diamond GA. A clinically relevant classification of chest discomfort. J Am Coll Cardiol. 1983;1(2 Pt 1):574-5.

Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain. Circulation. 2021;144(22):e368-454.

Leng GC, Fowkes FG. The Edinburgh Claudication Questionnaire: an improved version of the WHO/Rose Questionnaire for use in epidemiological surveys. J Clin Epidemiol. 1992;45(10):1101-9.

Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Bhatt DL, Solomon SD, editors. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.

Swap CJ, Nagurney JT. Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes. JAMA. 2005;294(20):2623-9.

The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston: Little, Brown; 1994.

06

6

CAPÍTULO 6

Anamnese respiratória

Este capítulo resolve o problema de perguntar sobre tosse e falta de ar sem cair no genérico. Você vai aprender a datar a tosse (porque o tempo é o principal classificador), a separar dispneia cardíaca de pulmonar só pela história, a perguntar sobre exposições que ninguém pergunta e a calcular maços-ano na frente do paciente. No fim, "tenho uma tosse" vira uma hipótese com prazo e com risco.

1. Por que essa anamnese é diferente

A anamnese respiratória tem uma peculiaridade cruel: o pulmão só sabe fazer meia dúzia de coisas. Tosse, falta de ar, chiado, catarro, sangue e dor ao respirar — esse é todo o repertório, e ele é o mesmo para uma virose banal e para um adenocarcinoma. Não existe sintoma respiratório patognomônico. O que discrimina é a **dimensão temporal**: quanto tempo, com que velocidade, em que ritmo, com que variabilidade. Um paciente com tosse há cinco dias e outro com tosse há cinco semanas estão em universos diagnósticos completamente diferentes, mesmo que a tosse soe idêntica. Por isso, neste território, "há quanto tempo" não é uma pergunta de abertura protocolar — é o eixo do raciocínio inteiro.

A segunda peculiaridade é que o pulmão é o único órgão interno que fica em contato direto e permanente com o ambiente externo. Doze mil litros de ar passam por ele todo dia, carregando o que quer que haja no ar do paciente — sílica da marmoraria, fibra de amianto do telhado, fuligem do fogão a lenha, esporos de mofo do porão, proteína de penas de pombo na sacada, bacilo de Koch do colega de cela. Isso significa que **a história ocupacional e ambiental não é uma seção decorativa no fim da ficha: é exame complementar**. Um pedreiro com dispneia progressiva e um bancário com dispneia progressiva não têm a mesma lista de hipóteses, e a única coisa que te diz isso é uma pergunta.

A terceira é que o paciente respiratório **se adapta silenciosamente**. Como a perda de função pulmonar é lenta, ele reduz a vida para caber no fôlego que tem, e depois nega falta de ar com sinceridade — porque, dentro da vida que passou a levar, realmente não falta ar. Só a comparação temporal explícita ("e no ano passado, o senhor conseguia?") revela a perda. Isso vale sobretudo para DPOC, fibrose e insuficiência cardíaca.

2. O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido

- **Tromboembolismo pulmonar** — dispneia súbita desproporcional ao exame físico, com ou sem dor pleurítica. O diagnóstico mais perdido da medicina de urgência, porque o exame pode ser quase normal.
- **Pneumonia grave** — febre, tosse produtiva e dispneia; a gravidade está na frequência respiratória, na confusão mental e na pressão, não no som do peito.
- **Pneumotórax** (sobretudo hipertensivo) — dor súbita em pontada unilateral com dispneia progressiva; jovem alto e magro, ou paciente com DPOC.
- **Asma quase fatal** — o paciente que fala por monossílabos, senta inclinado à frente, não consegue deitar; e o sinal mais traiçoeiro de todos: **o tórax que era sibilante e ficou silencioso** — isso não é melhora, é falta de fluxo suficiente para produzir som.
- **Corpo estranho** — engasgo súbito durante refeição ou brincadeira, tosse e estridor; principalmente em criança pequena e idoso com disfagia.

As comuns

Infecção de via aérea superior, bronquite aguda, asma, DPOC, rinossinusite com gotejamento pós-nasal, refluxo gastroesofágico com manifestação respiratória, tosse por inibidor de ECA, insuficiência cardíaca apresentando-se como tosse e dispneia.

As que só se descobrem se você perguntar

Tuberculose — em qualquer paciente com tosse há mais de três semanas, e especialmente em quem esteve preso, é morador de rua, vive com HIV, ou conviveu com alguém que "tratou do pulmão por seis meses". **Câncer de pulmão** — tabagista com tosse que *mudou de padrão*, rouquidão nova, perda de peso. **Pneumonite de hipersensibilidade** — dispneia e tosse seca em quem cria pombos, tem ar-condicionado mofado ou trabalha com feno. **Silicose** — marmoristas, jateadores de areia, mineradores, e hoje sobretudo trabalhadores de bancada de quartzo sintético. **Asbestose e mesotelioma** — telhados de amianto, freios de veículo, isolamento térmico, com latência de 20 a 40 anos. **Apneia obstrutiva do sono** — que quase nunca é a queixa, e quase sempre está lá.

6

3. As perguntas, com o porquê de cada uma

3.1 Tosse: primeiro o relógio, depois o resto

A primeira pergunta não é sobre a tosse. É sobre o calendário.

> "Há quanto tempo o senhor tosse? Desde que dia mais ou menos?"

A regra dos três tempos organiza toda a investigação:

Duração	Nome	Causas dominantes
Menos de 3 semanas	**Aguda**	Infecção viral de via aérea superior, bronquite aguda, pneumonia, exacerbação de asma/DPOC, TEP, insuficiência cardíaca aguda, corpo estranho
3 a 8 semanas	**Subaguda**	Tosse pós-infecciosa (a mais comum, por hiper-reatividade transitória), coqueluche, sinusite bacteriana, início de asma
Mais de 8 semanas	**Crônica**	Gotejamento pós-nasal, asma (incluindo variante tosse), refluxo — o trio que responde pela maioria em não fumantes; em fumante, DPOC e câncer; sempre considerar tuberculose, bronquiectasia e inibidor de ECA

Observe a assimetria: tosse aguda te faz pensar em **perigo imediato**; tosse crônica te faz pensar em **causa estrutural ou irritativa persistente**. Marque a fronteira das **três semanas** com tinta vermelha: a partir dela, em nosso meio, tuberculose entra obrigatoriamente na lista.

> "É uma tosse seca ou o senhor consegue botar catarro pra fora?" "Em que hora do dia é pior? De manhã ao acordar, à noite ao deitar, de madrugada?" "Tem alguma coisa que dispara: ar frio, cheiro forte, perfume, poeira, exercício, deitar, comer?"

Por que a tosse que piora à noite tem três donos

Quando o paciente diz "de noite é pior", há três mecanismos concorrentes, e a pergunta seguinte decide qual.

Na **asma**, o tônus vagal aumenta durante a madrugada, o cortisol endógeno atinge seu vale por volta das 3-4 h e a inflamação brônquica fica sem freio. O resultado é broncoconstrição de madrugada, tipicamente com chiado e aperto no peito, e melhora ao amanhecer. A pergunta que confirma: *"o senhor acorda de madrugada chiando ou com o peito apertado, mais ou menos no mesmo horário?"*

No **refluxo**, deitar remove a gravidade que mantinha o conteúdo gástrico no lugar e o ácido alcança o esôfago distal, disparando um reflexo vagal broncoconstritor — e, em alguns, microaspiração. A pergunta: *"piora se o senhor deita logo depois de jantar? Sente gosto amargo na boca ou queimação subindo?"*

No **gotejamento pós-nasal**, a secreção da nasofaringe escorre continuamente para a hipofaringe; de pé, a pessoa engole sem perceber, mas deitada o material acumula e estimula receptores de tosse na laringe. A pergunta: *"o senhor sente que escorre alguma coisa na garganta, e precisa pigarrear o tempo todo? Pior ao deitar e ao acordar?"*

E há uma quarta hipótese, cardíaca, que sempre precisa ser excluída: a tosse noturna da **insuficiência cardíaca**, que vem acompanhada de ortopneia. Se o paciente também precisa de mais travesseiros, não é asma noturna.

Analogia útil: o pulmão de noite é uma casa sem a gravidade ajudando. Tudo que durante o dia escorria para longe — muco lá de cima, ácido lá de baixo — passa a ficar parado no meio do caminho, encostando em terminações nervosas que reagem tossindo.

3.2 Expectoração: cor, volume, odor, sangue

> "Que cor é o catarro? Quanto sai por dia — uma colher, meio copo, um copo?" "Tem cheiro ruim?" "Sai sangue junto, mesmo pouquinho?"

A honestidade necessária primeiro: **cor de escarro é um péssimo marcador de infecção bacteriana**. O verde-amarelado vem da mieloperoxidase liberada por neutrófilos, que aparecem tanto em virose quanto em bactéria. Não prescreva antibiótico por causa da cor. O que a expectoração realmente informa é outra coisa:

- **Volume grande e diário (mais de meio copo), há anos, pior de manhã** ("acordo e lavo o brônquio") — bronquiectasia. Esse é o padrão que merece tomografia.
- **Odor pútrido, fétido** — anaeróbios: abscesso pulmonar ou pneumonia aspirativa. Pergunte sobre alcoolismo, epilepsia, disfagia e dentes em mau estado.
- **Rosado e espumoso, abundante, com dispneia aguda intensa** — edema agudo de pulmão, não infecção.
- **Cor de ferrugem** — classicamente pneumocócica, mas com valor discriminativo modesto na prática.
- **Escarro claro que virou purulento e aumentou de volume em paciente com DPOC** — exacerbação; os três critérios clássicos são aumento de volume, mudança de aspecto e piora da dispneia.

3.3 Hemoptise, hematêmese e sangramento alto

Quando o paciente diz "saiu sangue pela boca", você tem três origens possíveis e precisa decidir antes de qualquer conduta.

> "Antes de sair o sangue, o senhor tossiu ou vomitou?" "O sangue veio puro, com espuma, ou misturado com comida?" "Que cor era — vermelho vivo ou escuro, tipo borra de café?" "O senhor tem sangramento no nariz, ou sente escorrer na garganta? Estava mexendo no nariz, teve extração de dente?"

	Hemoptise	Hematêmese	Sangramento de via aérea superior
Ato que precede	Tosse	Náusea e vômito	Nenhum, ou pigarro; sangue "escorre"
Cor	Vermelho vivo	Escuro, borra de café (ou vivo se maciço)	Vivo, frequentemente coagulado

	Hemoptise	Hematêmese	Sangramento de via aérea superior
Aspecto	Espumoso, arejado	Sem espuma, com restos alimentares	Coágulos, secreção nasal junto
pH (se testado)	Alcalino	Ácido	—
Sintomas junto	Dispneia, dor pleurítica, tosse crônica	Dor epigástrica, melena, hepatopatia	Epistaxe, obstrução nasal, dor de garganta
Antecedente típico	Tuberculose, bronquiectasia, câncer, TEP	Úlcera, varizes, uso de AINE/álcool	Trauma nasal, anticoagulante, rinite

Toda hemoptise merece, em nosso meio, três investigações reflexas: **tuberculose, câncer e bronquiectasia**. E uma pergunta de volume: *"quanto saiu — raias no catarro, uma colher, uma xícara?"*. Hemoptise volumosa é emergência de via aérea, porque o paciente se afoga antes de sangrar o suficiente para chocar.

3.4 Dispneia respiratória: mesma lógica funcional, outra pergunta-chave

Use exatamente a técnica do capítulo cardiovascular — marcos concretos e comparação temporal:

> "O senhor sobe um lance de escada sem parar? E há um ano?" "Quantos quarteirões o senhor anda antes de precisar parar?" "Consegue tomar banho e se vestir sem cansar?" "Consegue falar uma frase inteira sem parar pra respirar?" (esta última é medida de gravidade *agora*)

Agora, o que separa dispneia cardíaca de pulmonar **só pela história**:

Pista	Aponta cardíaco	Aponta pulmonar
Ortopneia e DPN	Muito sugestivo	Pode ocorrer na asma e na DPOC grave, mas menos típico
Edema de membros e ganho de peso	Sim	Não (exceto cor pulmonale avançado)
Chiado com variabilidade e reversibilidade	Menos	Sim
Tosse produtiva crônica matinal, anos	Não	Sim (DPOC, bronquiectasia)
Tabagismo pesado e exposição ocupacional	Inespecífico	Sim
Piora com infecção de via aérea	Ambos	Muito característico

Pista	Aponta cardíaco	Aponta pulmonar
Início súbito em segundos	TEP, arritmia, isquemia	Pneumotórax, corpo estranho, TEP
Sintoma acompanhante	Palpitação, dor precordial, nictúria	Febre, expectoração, dor pleurítica

Uma advertência honesta: **os dois coexistem com enorme frequência** — o tabagista com DPOC é o mesmo que tem doença coronariana. A pergunta que mais ajuda quando a história é ambígua é: *"quando o senhor piora, o que aparece primeiro: o chiado e o catarro, ou o inchaço nas pernas e a falta de ar deitado?"*

3.5 Sibilância: variabilidade e reversibilidade são o diagnóstico

> "O senhor chia? Chia todo dia ou só de vez em quando?" "Tem dia que o senhor está completamente bem, sem nada?" "Quando o senhor usa a bombinha, melhora em quantos minutos?" "O que dispara: poeira, cheiro de produto de limpeza, mudança de tempo, exercício, gripe, bicho de pelo?"

A asma é, por definição, uma doença **variável e reversível**. Se o paciente tem dias inteiramente assintomáticos e responde à bombinha em 10-15 minutos, você está diante de asma até prova em contrário. A DPOC, ao contrário, tem um **piso fixo**: mesmo no melhor dia, existe limitação; e a bombinha melhora parcialmente, nunca zera. É por isso que a pergunta "tem dia que o senhor está 100%?" vale mais que qualquer descrição do chiado.

Duas armadilhas. Primeira: nem tudo que chia é asma — insuficiência cardíaca produz sibilância (a "asma cardíaca", por edema peribrônquico), e obstrução de via aérea central produz um chiado monofônico e fixo, sempre no mesmo ponto, que não responde a broncodilatador. Segunda: pergunte **quantos jatos por dia** de resgate o paciente usa. Uso frequente de salbutamol é o melhor marcador de asma descontrolada, e o paciente costuma achar que isso é sinal de que está bem tratado.

3.6 Tuberculose: os quatro sintomas obrigatórios

Todo paciente com tosse por mais de três semanas em área endêmica precisa dessas quatro perguntas, literalmente:

> "O senhor tosse há mais de três semanas?" "Teve febre, principalmente no fim da tarde?" "Acorda com a roupa ou o lençol molhado de suor à noite?" "Perdeu peso sem querer? Quantos quilos, em quanto tempo?"

Tosse prolongada, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal é o quarteto clássico. E depois, o contexto epidemiológico, que costuma ser esquecido:

> "Mora ou morou com alguém que tratou tuberculose, ou que ficou seis meses tomando remédio pro pulmão?" "O senhor já esteve preso, ou tem alguém muito próximo que esteve? Já dormiu em albergue ou na rua?" "Já fez teste de HIV? Quando foi o último?"

Essa última não é opcional. Tuberculose em pessoa vivendo com HIV tem apresentação diferente (mais extrapulmonar, radiografia atípica) e a coinfecção muda tudo. Pergunte com naturalidade, como se pergunta glicemia. E lembre: aglomeração, prisão, albergue, profissional de saúde e contato domiciliar são os cinco contextos de maior risco.

3.7 Exposição ocupacional e ambiental: as perguntas que ninguém faz

Nunca pergunte "qual sua profissão?". A profissão atual raramente é a que adoeceu o pulmão — as doenças por poeira têm latência de décadas. Pergunte a **linha do tempo do trabalho**:

> "Me conta todos os trabalhos que o senhor já teve, desde o primeiro, mesmo os informais." "Em algum deles tinha poeira, fumaça, cheiro forte ou produto químico? O senhor ficava com o rosto sujo no fim do dia?" "Usava máscara? Que tipo — de pano ou daquelas com filtro?" "Seus colegas de trabalho tiveram problema de pulmão?" (pergunta de ouro; doença ocupacional costuma ser coletiva)

E as exposições específicas, cada uma com sua pergunta:

- **Sílica** — "o senhor trabalhou com pedra, mármore, granito, bancada de cozinha, jateamento de areia, cerâmica ou mineração?" Silicose acelerada em marmoristas de quartzo sintético é hoje um problema crescente em trabalhadores jovens.
- **Asbesto** — "trabalhou com telha de amianto, caixa d'água, isolamento de cano, freio de carro ou construção antiga?" Latência de 20 a 40 anos; pergunte sobre empregos dos anos 80 e 90.
- **Fumaça de lenha** — "a senhora cozinhou em fogão a lenha? Por quantos anos, quantas horas por dia? A cozinha tinha janela?" É a causa mais subdiagnosticada de DPOC em mulheres que nunca fumaram.
- **Aves e mofo** — "tem pássaro em casa? Pombo, calopsita, periquito? Tem mofo, infiltração, ar-condicionado velho, carpete, porão úmido?" — pneumonite de hipersensibilidade. A pergunta que fecha o diagnóstico é: *"quando o senhor viaja e fica uns dias fora de casa, melhora?"*

3.8 Tabagismo: maços-ano, passo a passo

Não registre "tabagista". Registre a dose acumulada.

A conta: **divida o número de cigarros por dia por 20** (um maço tem 20 cigarros) e **multiplique pelo número de anos** que fumou naquela intensidade. Se a intensidade mudou ao longo da vida, faça por períodos e some.

Exemplo, em voz alta: um paciente fumou 10 cigarros por dia dos 18 aos 30 anos, e 30 cigarros por dia dos 30 aos 55. Primeiro período: 10 dividido por 20 dá meio maço; meio maço vezes 12 anos dá 6 maços-ano. Segundo período: 30 dividido por 20 dá um maço e meio; um e meio vezes 25 anos dá 37,5 maços-ano. Somando, 43,5 maços-ano. Esse número tem consequência prática: acima de 20 maços-ano, a probabilidade de DPOC deixa de ser desprezível; e o rastreamento de câncer de pulmão por tomografia de baixa dose é indicado em fumantes ou ex-fumantes com carga alta (tipicamente a partir de 20 maços-ano, em faixas etárias definidas, com cessação nos últimos 15 anos).

E a pergunta que muda o desfecho mais que qualquer exame:

> "O senhor já pensou em parar? Numa escala de zero a dez, o quanto o senhor quer parar hoje? O que te impede?"

Pergunte também por **narguilé, cigarro eletrônico, cigarro de palha e maconha** — quase nenhum paciente considera isso "fumar" se você perguntar só "o senhor fuma cigarro?".

3.9 Dispneia súbita: o Wells explicado pela lógica, não pela sigla

O escore de Wells para TEP não é uma tabela para decorar; é uma lista das coisas que, juntas, tornam um coágulo provável. Ele responde três perguntas em sequência.

Primeira: há um coágulo em algum lugar? Sinais clínicos de trombose venosa profunda (perna inchada, dolorida, assimétrica) é o item de maior peso — se você já vê o coágulo na perna, o embolo no pulmão fica plausível. Pergunte: *"uma das pernas ficou inchada ou dolorida nas últimas semanas?"*

Segunda: houve motivo para formar coágulo? Imobilização por três dias ou mais, cirurgia nas últimas quatro semanas, câncer em tratamento ou nos últimos seis meses. Pergunte: *"o senhor ficou de cama, engessado, ou fez alguma cirurgia no último mês? Fez viagem longa? Está em tratamento de algum câncer?"* E, em mulheres: *"toma anticoncepcional ou faz reposição hormonal? Está grávida ou teve bebê recentemente?"* — além de *"já teve trombose antes? Alguém na família teve?"*

Terceira: o corpo está reagindo como quem embolizou? Frequência cardíaca acima de 100, hemoptise, e — o item mais subjetivo e mais importante — **TEP é o diagnóstico mais provável, ou pelo menos tão provável quanto qualquer outro**. Esse item existe justamente para capturar a impressão clínica de que a dispneia não se explica pelo resto: paciente muito dispneico com ausculta limpa e radiografia sem nada.

A lógica final: soma alta significa probabilidade alta, e nesse caso você vai direto à angiotomografia. Soma baixa significa que o D-dímero é útil — se vier negativo, exclui. A conclusão prática que vale memorizar: **D-dímero só serve quando a probabilidade pré-teste é baixa**; pedir D-dímero em paciente de alta probabilidade só atrasa o diagnóstico.

3.10 Apneia obstrutiva do sono

O paciente nunca vem por isso. Ele vem por hipertensão difícil de controlar, fibrilação atrial, cansaço ou "cochilar dirigindo". Pergunte — e pergunte **ao acompanhante**, que é quem assiste ao espetáculo.

> "O senhor ronca? Ronca alto, dá pra ouvir do outro cômodo?" "Alguém já viu o senhor parar de respirar dormindo, e depois dar um engasgo?" "Acorda cansado, como se não tivesse dormido? Dorme na frente da TV, no ônibus, em reunião? Já cochilou no volante?" "Acorda com dor de cabeça? Levanta várias vezes pra urinar?"

O **STOP-BANG** é só um jeito de organizar oito perguntas, e a lógica é simples: as quatro primeiras são sintomas (ronco alto, cansaço diurno, apneia observada, pressão alta) e as quatro últimas são características anatômicas e demográficas que estreitam a via aérea ou aumentam o risco (índice de massa corporal acima de 35, idade acima de 50, circunferência do pescoço grande — acima de 40 cm —, e sexo masculino). Três ou mais respostas positivas já colocam o paciente em risco intermediário a alto, e cinco ou mais indicam risco alto. A moral: são todas perguntas de anamnese e de fita métrica; não é preciso nenhum exame para levantar a suspeita.

4. Sinais de alarme

- Dispneia súbita, em segundos a minutos, especialmente com dor pleurítica ou perna inchada.
- Frequência respiratória acima de 24, uso de musculatura acessória, incapacidade de completar uma frase.
- Confusão mental nova em paciente com pneumonia (item de gravidade do CURB-65: confusão, ureia elevada, frequência respiratória ≥30, pressão baixa, idade ≥65 — cada um deles pesa igual, e dois ou mais já sugerem internação).
- Tórax que era sibilante e ficou silencioso.
- Hemoptise em qualquer volume — e especialmente volumosa.
- Tosse por mais de três semanas com febre vespertina, sudorese noturna ou perda de peso.
- Tosse que **mudou de padrão** em tabagista de longa data; rouquidão nova persistente.
- Estridor, ou engasgo súbito durante alimentação.
- Dor torácica súbita unilateral com dispneia em jovem alto e magro, ou em portador de DPOC.
- Cianose, saturação baixa, sonolência com hipercapnia.
- Baqueteamento digital novo (bronquiectasia, fibrose, câncer).

5. Armadilhas

Aceitar "bronquite" como diagnóstico. No Brasil, "bronquite" na boca do paciente pode significar asma, DPOC, tosse crônica ou nada. Pergunte quem deu o diagnóstico, quando, se fez espirometria, e o que aconteceu desde então.

Perguntar "o senhor fuma?" e parar aí. Ex-fumante responde "não" com toda a honestidade. A pergunta correta é "o senhor fuma ou já fumou?", seguida da conta de maços-ano.

Prescrever por cor de escarro. Como vimos, a cor não distingue vírus de bactéria. O que distingue é o quadro completo.

Esquecer o inibidor de ECA. Tosse seca crônica em paciente hipertenso: olhe a caixa. A tosse pode começar semanas ou até meses depois do início do remédio, o que faz o paciente jurar que não tem relação.

Não perguntar sobre exposição porque "ele é aposentado". A profissão que interessa é a de trinta anos atrás.

Confundir termos leigos. "Chiado" às vezes é ronco de secreção alta; "cansaço" pode ser fadiga sem dispneia; "falta de ar" pode ser a respiração suspirosa da ansiedade — que tipicamente não limita esforço e vem com formigamento nas mãos e ao redor da boca. E "catarro com sangue" precisa sempre ser desmembrado em hemoptise x hematêmese x epistaxe deglutida.

Dar alta para o asmático que "melhorou" porque parou de chiar. Correlacione com esforço respiratório, fala e saturação, não com o som.

6. Exemplo de HDA escrita

Mulher, 47 anos, doméstica, nunca fumante, refere tosse seca há cerca de 4 meses, de predomínio noturno e ao amanhecer, que a desperta na maior parte das noites, acompanhada de chiado e sensação de aperto no peito. Relata episódios desencadeados por poeira ao limpar a casa, cheiro de produto de limpeza e mudança brusca de temperatura, além de piora de 2 a 3 semanas após qualquer resfriado. Refere dias completamente assintomáticos entre as crises. Usa salbutamol inalatório emprestado de familiar, com alívio em cerca de 10 minutos, atualmente cerca de 6 jatos por dia. Nega febre, sudorese noturna, perda de peso, hemoptise e expectoração. Nega ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Deixou de subir as escadas do trabalho sem parar no último ano; há um ano subia dois lances sem sintoma. Refere sinusite de repetição e sensação de secreção escorrendo na garganta pela manhã. Cozinhou em fogão a lenha na infância por cerca de 10 anos. Nega contato com pessoa em tratamento de tuberculose, nega história de encarceramento; último teste de HIV há 5 anos, negativo. Mãe e filha com asma.

Para levar

- A primeira pergunta da tosse é o calendário: aguda até 3 semanas, subaguda até 8, crônica depois disso — e cada faixa tem sua própria lista.
- Três semanas de tosse em área endêmica obrigam as quatro perguntas da tuberculose e a pergunta sobre HIV.
- Tosse noturna tem três donos frequentes — asma, refluxo e gotejamento pós-nasal — e um quarto que precisa ser excluído: insuficiência cardíaca.
- Cor de escarro não diagnostica bactéria; volume grande e diário há anos diagnostica bronquiectasia, e odor pútrido diagnostica anaeróbio.
- "Saiu sangue pela boca" exige saber o que veio antes: tosse, vômito ou nada.
- Asma é variabilidade e reversibilidade; a pergunta que a revela é "tem dia que o senhor está 100%?".
- Conte os jatos de resgate: uso frequente de salbutamol é asma descontrolada, não asma bem tratada.
- A profissão que interessa não é a atual — peça a linha do tempo inteira do trabalho, e pergunte se os colegas adoeceram.

- Registre maços-ano com a conta feita, não a palavra "tabagista"; e pergunte por narguilé, eletrônico e palha.
- O Wells é uma pergunta em três partes: há coágulo, houve motivo para formar, e nada mais explica essa dispneia.
- Tórax silencioso no asmático grave é piora, não melhora.
- Ninguém se queixa de apneia do sono — pergunte sobre ronco, pausas e sonolência, e pergunte a quem dorme ao lado.

6

Referências

Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 1999;54(7):581-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

Broaddus VC, Ernst JD, King TE Jr, et al., editors. Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA; 2024.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2024 Report. GOLD; 2024.

Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006;129(1 Suppl):1S-23S.

Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2020;41(4):543-603.

Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. Chest. 1988;93(3):580-6.

Morice AH, Millqvist E, Bieksiene K, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J. 2020;55(1):1901136.

Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185(4):435-52.

Tarantino AB. Doenças pulmonares. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

07

7

CAPÍTULO 7

Anamnese gastrointestinal

7

Este capítulo resolve o problema de investigar uma barriga que dói sem ficar perdido entre nove quadrantes e trinta diagnósticos. Você vai aprender por que a apendicite começa na volta do umbigo e depois muda de lugar, como a relação da dor com comida, evacuação e posição já entrega metade do diagnóstico, e como separar diarreias, disfagias e sangramentos por padrão e não por decoreba. No fim, "dor de barriga" vira uma hipótese com endereço anatômico.

1. Por que essa anamnese é diferente

O abdome é o único território em que **o mesmo órgão dói em lugares diferentes dependendo da fase da doença**. Uma apendicite que começa às oito da manhã dói em volta do umbigo; às cinco da tarde, a mesma apendicite dói na fossa ilíaca direita. Nada se moveu — o que mudou foi *qual sistema de fibras nervosas está sendo estimulado*. Quem não entende isso acha que o paciente está confuso ou mentindo; quem entende usa a migração da dor como um dos sinais mais específicos da medicina. Por isso, aqui, a pergunta "onde começou a doer?" vale tanto quanto "onde dói agora".

A segunda diferença é que boa parte do aparelho digestivo funciona por **ritmos**: come, digere, evacua. Quase todo sintoma abdominal se ancora em um desses eventos. A dor que piora ao comer, a que melhora ao comer, a que alivia ao evacuar, o vômito que vem logo depois da refeição ou horas depois — essas relações temporais são mais discriminativas do que qualquer adjetivo sobre a dor. Se você sair da consulta sem saber a relação do sintoma com alimentação e evacuação, você não fez anamnese abdominal.

A terceira é que o abdome guarda emergências que, por horas, parecem banais: o paciente com isquemia mesentérica tem dor atroz e barriga mole, o com perfuração contida melhora antes de piorar, o com obstrução ainda evacua no início. A anamnese abdominal é, mais do que outras,

uma investigação de trajetória: importa menos como está agora e mais para onde está indo desde ontem.

2. O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido — o abdome agudo

- **Apendicite** — dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita, anorexia, náusea, febre baixa. A causa cirúrgica mais comum.
- **Colecistite** — dor em hipocôndrio direito após alimentação gordurosa, que **não cede em poucas horas** (diferente da cólica biliar simples), com febre.
- **Obstrução intestinal** — dor em cólica, distensão, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes. A tétrade.
- **Perfuração de víscera oca** — dor súbita, intensa, difusa, com abdome em tábua; o paciente fica imóvel, porque qualquer movimento arrasta o peritônio.
- **Isquemia mesentérica — dor desproporcional ao exame físico** em idoso com fibrilação atrial ou aterosclerose. É o diagnóstico mais traiçoeiro do abdome: horas de dor atroz com barriga palpável e macia.
- **Hemorragia digestiva** com instabilidade, **pancreatite aguda grave**, **gravidez ectópica rota** (toda mulher em idade fértil com dor abdominal: pergunte a data da última menstruação, sem exceção).

As comuns

Gastrite e doença do refluxo, dispepsia funcional, síndrome do intestino irritável, gastroenterite aguda, constipação funcional, doença hemorroidária, cólica biliar, doença ulcerosa péptica, doença diverticular, intolerância à lactose.

As que só se descobrem se você perguntar

Doença celíaca (diarreia crônica, anemia ferropriva refratária, aftas de repetição, parente com a doença). **Doença inflamatória intestinal** (diarreia com sangue e muco, perda de peso, **diarreia que acorda à noite**, artrite, uveíte, lesões de pele). **Câncer colorretal** (mudança recente do hábito intestinal em maior de 45-50 anos, anemia). **Hepatopatia crônica** — só aparece se você quantificar o álcool e perguntar por transfusão, tatuagem e droga injetável. **Insuficiência pancreática** (fezes gordurosas que boiam). **Hipotireoidismo** causando constipação. **Isquemia mesentérica crônica** — a "angina abdominal": dor 15 a 30 minutos após comer, com medo de comer e emagrecimento.

3. As perguntas, com o porquê de cada uma

3.1 Dor abdominal por localização — a explicação embriológica

Aqui está a chave que organiza tudo. O intestino primitivo se forma em três segmentos, cada um com seu suprimento arterial e sua inervação simpática aferente própria. Como as fibras viscerais de cada segmento entram na medula por um conjunto restrito de raízes, **toda dor visceral de um segmento é sentida na linha média, no mesmo lugar, independentemente de qual órgão daquele segmento está doente**.

Segmento	Órgãos	Artéria	Dor visceral referida em
Intestino anterior (foregut)	Esôfago distal, estômago, duodeno proximal, fígado, vias biliares, pâncreas, baço	Tronco celíaco	**Epigástrio**
Intestino médio (midgut)	Duodeno distal, jejuno, íleo, apêndice, ceco, cólon até dois terços do transverso	Mesentérica superior	**Periumbilical**
Intestino posterior (hindgut)	Cólon distal, sigmoide, reto proximal	Mesentérica inferior	**Hipogástrio**

Note que a dor visceral é sempre **na linha média** — porque as vísceras têm inervação bilateral e o cérebro não consegue lateralizar. Por isso o paciente com úlcera aponta o epigástrio com a mão aberta, e o com problema de sigmoide aponta o baixo ventre.

Por que a apendicite começa periumbilical e migra

A apendicite tem **dois atos**, e são atos de nervos diferentes.

No **primeiro ato**, o apêndice obstrui (fecalito, hiperplasia linfoide), o muco continua sendo secretado, a pressão interna sobe e a parede distende. Distensão é o estímulo por excelência das fibras viscerais. O apêndice é intestino médio, portanto essas fibras entram na medula por T10 — e T10 é o dermátomo do umbigo. O paciente sente uma dor **vaga, difusa, mal localizada, em volta do umbigo**, do tipo que ele não consegue apontar. Junto vêm os companheiros da estimulação visceral: anorexia (quase universal na apendicite) e náusea.

No **segundo ato**, horas depois, a inflamação atravessa toda a espessura da parede e alcança a superfície externa do apêndice, que toca o **peritônio parietal** da fossa ilíaca direita. O peritônio parietal é inervado por nervos somáticos — os mesmos nervos segmentares da parede abdominal, com alta resolução espacial, exatamente como a pele. A partir desse instante a dor **muda de endereço, de qualidade e de comportamento**: passa a ser bem localizada (o paciente aponta com um dedo, no ponto de McBurney), contínua, intensa, e **piora com movimento, tosse e trepidação** — porque o movimento arrasta uma superfície inflamada contra a outra.

A analogia: imagine um cano entupido dentro de uma parede. Enquanto o entupimento só pressiona o cano, você ouve um barulho abafado e não sabe de onde vem. Quando a água finalmente molha o gesso da parede do quarto, você vê a mancha e sabe exatamente onde é. O primeiro barulho é a dor visceral; a mancha é a dor parietal.

A pergunta que captura isso:

> "A dor começou onde ela está agora, ou começou em outro lugar e mudou?" "Piora se o senhor tossir ou se o carro passar num buraco?"

Migração periumbilical para fossa ilíaca direita, com piora à trepidação, é dos dados mais específicos que a anamnese pode oferecer.

7

3.2 Dor visceral, parietal e referida

	Visceral	Parietal (somática)	Referida
Origem	Distensão, isquemia, contração de víscera oca	Irritação do peritônio parietal	Convergência medular com aferentes somáticos
Localização	Linha média, difusa, mão espalmada	Precisa, o paciente aponta com o dedo	À distância, em pele ou músculo
Qualidade	Cólica, peso, mal-estar	Contínua, em queimação ou facada	Como se fosse dor local
Comportamento	Paciente inquieto, muda de posição, se contorce	Paciente imóvel, evita tossir e se mexer	Variável
Acompanhantes	Náusea, sudorese, palidez	Defesa, rigidez	—
Exemplo	Cólica biliar inicial, apendicite inicial	Colecistite com peritonite local, apendicite tardia	Dor no ombro direito na irritação do diafragma; dor no dorso na pancreatite

O item mais útil dessa tabela é o comportamental. **Quem se contorce tem dor visceral** (cólica renal, cólica biliar, obstrução). **Quem fica imóvel tem peritônio irritado.** Observe o paciente entrando na sala: isso é anamnese antes da primeira pergunta.

Duas dores referidas que valem memorizar: irritação do diafragma (sangue, abscesso, ar sob o diafragma) dói no **ombro**, porque o nervo frênico vem de C3-C4-C5, que são as raízes da pele do ombro. E a pancreatite dói em **faixa, irradiando para o dorso**, porque o pâncreas é retroperitoneal e a inflamação atinge diretamente estruturas posteriores — daí também a posição antálgica: o paciente se curva para frente, em prece maometana.

3.3 As três relações que fazem o diagnóstico

> "A dor tem alguma relação com a comida? Ela vem logo depois de comer, ou é comendo que melhora?"

Dor epigástrica que **melhora ao comer e volta duas a três horas depois, ou de madrugada**, sugere úlcera duodenal (o alimento tampona o ácido). Dor que **piora logo após comer** sugere úlcera gástrica ou doença da vesícula. Dor **15 a 30 minutos após as refeições, em idoso com aterosclerose, que o faz ter medo de comer e emagrecer**, é isquemia mesentérica crônica — o intestino precisa de mais fluxo para digerir e não recebe; é literalmente uma angina do intestino. E dor no hipocôndrio direito **30 minutos a duas horas depois de comida gordurosa** é cólica biliar: a gordura estimula colecistocinina, a vesícula contrai contra um cálculo encravado.

> "A dor melhora depois que o senhor vai ao banheiro? Quando dói, o hábito intestinal muda?"

Dor que **alivia com a evacuação** e que se associa a mudança na frequência ou na forma das fezes é o eixo da síndrome do intestino irritável. É um diagnóstico positivo, feito pela história, e não um diagnóstico de exclusão feito por cansaço.

> "Tem alguma posição que melhora ou piora?"

Curvar-se para frente aliviando aponta pâncreas. Ficar completamente imóvel aponta peritonite. Deitar piorando e sentar aliviando, com queimação, aponta refluxo.W

3.4 Náusea e vômito

> "Quanto tempo depois de comer o senhor vomita?" "O que sai? Comida reconhecível, comida velha de ontem, líquido amarelo-esverdeado, líquido claro, sangue?" "Depois de vomitar, a dor melhora?"

Três informações, três conclusões.

O tempo localiza o obstáculo na tubulação. Vômito **imediato, logo após a refeição**, sugere obstáculo alto — estenose pilórica, gastroparesia — ou causa psicogênica. Vômito de **alimento não digerido ingerido horas ou um dia antes, com odor fermentado**, sugere retenção gástrica ou acalasia.

O conteúdo localiza melhor ainda: a presença de **bile (amarelo-esverdeado) indica que o obstáculo está abaixo da papila duodenal**; vômito persistente sem nenhuma bile sugere obstrução acima dela. E vômito **fecaloide**, de odor intensamente fétido, indica obstrução baixa e de longa duração, com supercrescimento bacteriano.

O alívio é o discriminador clássico entre causa clínica e cirúrgica. Na obstrução intestinal e na úlcera, o vômito **alivia** a dor, porque descomprime. Na pancreatite e na apendicite, o paciente vomita **e continua doendo igual** — e esse detalhe deve acender a luz de alerta.

Um padrão adicional: na obstrução, quanto **mais alto** o obstáculo, mais precoces e abundantes são os vômitos e menor a distensão; quanto **mais baixo**, mais tardio o vômito, maior a distensão e mais precoce a parada de eliminação de gases.

3.5 Disfagia

> "A comida entala? Onde o senhor sente que ela para — aqui no pescoço ou aqui no peito?" "Entala com comida sólida, com líquido, ou com os dois?" "Isso está piorando com o tempo, ou vai e volta?" "O senhor engasga e tosse assim que engole, ou a comida para depois?"

Duas divisões resolvem quase tudo.

Primeira: orofaríngea x esofágica. Se o paciente tosse e engasga *no momento* da deglutição, com regurgitação nasal ou voz molhada, o problema é de transferência — orofaríngeo, tipicamente neurológico (AVC, Parkinson, miastenia, esclerose lateral amiotrófica). Se ele engole bem e a comida "para" segundos depois, atrás do esterno, o problema é esofágico.

Segunda: mecânica x motora.

Padrão	Interpretação	Causas típicas
Só sólidos, **progressiva** (pão → carne → papa → líquido), com perda de peso	Obstrução mecânica que está crescendo	**Câncer de esôfago** — até prova em contrário
Só sólidos, **intermitente**, estável por anos, engasgo com pedaço grande	Obstrução mecânica fixa que não cresce	Anel de Schatzki, estenose péptica
Sólidos e líquidos desde o início, intermitente	Distúrbio motor	Espasmo esofágico difuso
Sólidos e líquidos, progressiva, com regurgitação de comida não digerida e perda de peso	Distúrbio motor grave	**Acalasia** (em nosso meio, lembrar de Chagas)

A regra de bolso: **sólidos primeiro é mecânico; sólidos e líquidos juntos desde o início é motor**. E toda disfagia progressiva em adulto acima de 45 anos é endoscopia, não teste terapêutico.

3.6 Pirose e sinais de alarme na dispepsia

> "O senhor sente queimação subindo do estômago para o peito? Quantas vezes por semana?" "Piora quando deita, quando se abaixa, depois de comer muito, com café, gordura, bebida?" "Sente gosto azedo ou amargo na boca? Acorda tossindo? Rouquidão de manhã?"

A azia clássica — retroesternal, ascendente, pós-prandial, pior ao deitar — é diagnóstico clínico de refluxo, e pode ser tratada empiricamente. Desde que **nenhum sinal de alarme esteja presente**:

- Disfagia ou odinofagia
- Perda de peso involuntária
- Vômitos persistentes
- Anemia, ou evidência de sangramento (hematêmese, melena)
- Massa abdominal palpável ou linfonodo supraclavicular
- Início dos sintomas após os 45-50 anos (a idade de corte varia com a prevalência local de câncer gástrico)
- História familiar de câncer gastresofágico
- Sintomas que não respondem ao tratamento adequado

Cada um desses manda o paciente para a endoscopia, não para mais um mês de omeprazol.

7

3.7 Diarreia: quatro eixos de perguntas

Antes de tudo, defina o termo — muitos pacientes chamam de diarreia uma evacuação diária de fezes moles. Diarreia é **aumento da frequência, da fluidez ou do volume**; na prática, três ou mais evacuações amolecidas por dia.

Eixo 1 — aguda x crônica. Menos de duas semanas é aguda, quase sempre infecciosa ou medicamentosa, e não exige investigação extensa. Mais de quatro semanas é crônica, e aí sim entra investigação.

Eixo 2 — alta x baixa.

	Diarreia alta (delgado)	Diarreia baixa (cólon)
Volume	Grande, poucas evacuações volumosas	Pequeno, muitas evacuações
Aspecto	Aquosa, restos alimentares, gordurosa	Com muco, sangue, pus
Urgência/tenesmo	Ausentes	Presentes e marcantes
Dor	Periumbilical, em cólica	Hipogástrio e fossa ilíaca esquerda

Eixo 3 — inflamatória, osmótica ou secretória.

	Inflamatória	Osmótica	Secretória
Mecanismo	Lesão de mucosa, exsudação	Soluto não absorvido puxa água	Secreção ativa de eletrólitos
Sangue/muco	Sim	Não	Não
Febre	Comum	Não	Não
Melhora com jejum?	Parcialmente	**Sim, cessa**	**Não, continua**
Acorda à noite?	Sim	Não	Sim

	Inflamatória	Osmótica	Secretória
Exemplos	Doença inflamatória intestinal, disenteria, colite	Intolerância à lactose, lactulose, sorbitol, celíaca	Toxinas bacterianas, tumores neuroendócrinos, colite microscópica

As duas perguntas mais rentáveis dessa tabela — e que o estudante quase nunca faz — são:

> "Se o senhor passar o dia sem comer, a diarreia para?" "A diarreia acorda o senhor no meio da noite pra ir ao banheiro?"

A primeira separa osmótica de secretória com elegância: se nada entra e a diarreia continua, o intestino está secretando por conta própria. A segunda é um dos melhores marcadores de **organicidade**: diarreia funcional respeita o sono; diarreia orgânica não.

Eixo 4 — o contexto. Perguntas obrigatórias:

> "Viajou recentemente? Para onde? Bebeu água de poço ou de rio? Comeu em algum lugar diferente?" "Tomou antibiótico nas últimas semanas?" (*Clostridioides difficile* — e o paciente nunca liga uma coisa à outra) "Alguém que comeu junto passou mal?" "Sai sangue ou muco nas fezes? As fezes boiam, grudam no vaso, têm brilho de gordura?" "Perdeu peso? Quantos quilos?" "Toma metformina, laxante, adoçante, leite? Come muito doce diet, chiclete?" (sorbitol e manitol)

3.8 Constipação

> "De quanto em quanto tempo o senhor evacua?" "Precisa fazer muita força? Fica com sensação de que não esvaziou tudo?" "Precisa ajudar com a mão, ou apertar em volta?" "As fezes são em bolinha dura, tipo caroço?" "Isso é assim desde sempre, ou mudou nos últimos meses?"

Essa última é a pergunta que separa um problema crônico e benigno de um alerta oncológico. **Constipação de vinte anos é constipação funcional; constipação que começou há três meses em alguém de 55 anos é câncer de cólon até prova em contrário.**

Na prática, exigem-se dois destes em mais de um quarto das evacuações, por três meses: esforço excessivo, fezes endurecidas, evacuação incompleta, bloqueio anorretal, manobras digitais, menos de três evacuações por semana. E sempre pergunte por causas secundárias: hipotireoidismo, hipercalcemia, diabetes, Parkinson, opioides, anticolinérgicos, tricíclicos, ferro, bloqueadores de canal de cálcio.

3.9 Sangramento digestivo: a lógica do tempo de trânsito

A cor do sangue não diz o lugar do sangramento. Ela diz **quanto tempo o sangue passou dentro do tubo digestivo**, porque o que muda a cor é a ação do ácido gástrico e das bactérias sobre a hemoglobina. Lugar e tempo em geral coincidem — mas nem sempre, e é aí que está a armadilha.

Termo	Como se apresenta	O que significa
Hematêmese	Vômito com sangue vivo ou em borra de café	Sangramento acima do ângulo de Treitz; a borra de café é hemoglobina já digerida pelo ácido
Melena	Fezes pretas, pastosas, brilhantes, com odor extremamente fétido e característico	Sangue que permaneceu ao menos 12-14 horas no trato; tipicamente alto, mas pode ser de delgado ou cólon direito com trânsito lento. Requer cerca de 50-100 mL de sangue
Hematoquezia	Sangue vermelho vivo ou escuro misturado às fezes	Sangramento baixo, em geral cólon; **ou** sangramento alto muito volumoso e rápido, que acelera o trânsito
Enterorragia	Sangue vivo em grande volume, às vezes sem fezes	Sangramento baixo volumoso (divertículo, angiodisplasia, isquemia)
Sangue **apenas no papel**, ou pingando no vaso ao fim da evacuação	Não misturado às fezes	Origem anorretal: hemorroida, fissura

As perguntas:

> "O sangue estava misturado nas fezes ou só no papel?" "Quantas vezes, e qual a quantidade — pingos, meio copo, o vaso ficou vermelho?" "As fezes ficaram pretas como piche, com cheiro muito forte e diferente?" "O senhor tomou ferro, bismuto, comeu beterraba ou muita carne malpassada?" (a armadilha da falsa melena) "Está tomando anti-inflamatório, aspirina, anticoagulante?" "Sentiu tontura ao levantar, desmaio, coração acelerado?" (repercussão hemodinâmica é a pergunta que define a urgência)

Regra prática que salva vida: **hematoquezia com instabilidade hemodinâmica deve ser tratada como sangramento alto até que se prove o contrário** — é o esôfago varicoso sangrando rápido demais para ficar preto.

3.10 Icterícia: colúria, acolia e os três níveis

> "O senhor reparou que a urina ficou escura, cor de coca-cola ou de chá forte?" "E as fezes, ficaram claras, esbranquiçadas, cor de massa de vidraceiro?" "Está coçando o corpo todo?" "A icterícia veio com dor e febre, ou apareceu sem dor nenhuma?"

A lógica é de encanamento. A bilirrubina **indireta** (não conjugada) é lipossolúvel, anda ligada à albumina e **não passa pelo rim** — portanto icterícia com urina normal é hiperbilirrubinemia indireta. Depois de conjugada no fígado, ela vira hidrossolúvel: se ela não consegue seguir pelo ducto biliar, reflui para o sangue e **é filtrada pelo rim**, escurecendo a urina — isso é **colúria**. E, como ela deixou de chegar ao intestino, não vira estercobilina, e as fezes perdem a cor — isso é

acolia. Colúria e acolia juntas significam, portanto, **bilirrubina conjugada que não está chegando ao intestino**: obstrução.

	Pré-hepática	Intra-hepática	Pós-hepática (obstrutiva)
Bilirrubina	Indireta	Mista	Direta
Colúria	Ausente	Presente	Presente e intensa
Acolia	Ausente	Variável	Presente
Prurido	Ausente	Variável	Intenso
Pistas na anamnese	Anemia, história familiar, jejum prolongado (Gilbert)	Álcool, medicamentos, hepatites virais, quadro gripal prévio	Dor biliar prévia, cirurgia, perda de peso

E a bifurcação clínica mais importante da icterícia obstrutiva: **com dor e febre** sugere coledocolitíase e colangite (a tríade de Charcot: dor, febre e icterícia — emergência); **sem dor nenhuma, com perda de peso progressiva e vesícula palpável indolor**, sugere neoplasia periampular, tipicamente câncer de cabeça de pâncreas. A frase que resume: icterícia indolor em quem emagrece é câncer até prova em contrário.

3.11 Hepatopatia crônica: quantificar, não rotular

> "O senhor bebe? Quantos dias por semana? O que, e quanto — em latas, doses, garrafas?"

Não aceite "socialmente". **Quantifique em gramas**: uma lata de cerveja de 350 mL (5%) tem cerca de 14 g de etanol; uma taça de vinho de 150 mL (12%), cerca de 14 g; uma dose de destilado de 45 mL (40%), cerca de 14 g. Ou seja, **uma dose-padrão é sempre em torno de 14 gramas**, seja qual for a bebida — é a mesma quantidade de álcool embalada em volumes diferentes. Seis latas de cerveja por dia dão cerca de 84 g por dia; mantidos por anos, esse é território de doença hepática alcoólica. Pergunte também há quantos anos, e se já teve período de abstinência.

> "Já teve hepatite? Já fez transfusão de sangue, e em que ano?" (antes de 1993 o risco de hepatite C era substancial) "Tem tatuagem, piercing? Foi feita em estúdio ou improvisada?" "Já usou droga injetável, mesmo uma vez? Já compartilhou algum material?" "Alguém na família teve cirrose, hepatite ou problema de fígado?" "Tem diabetes ou colesterol alto?" (doença hepática gordurosa metabólica é hoje a causa mais comum de hepatopatia crônica) "Que remédios e chás o senhor toma? Suplemento de academia, emagrecedor, fitoterápico?"

E pergunte pelos sintomas de descompensação, que o paciente não relaciona ao fígado: barriga inchando (ascite), pernas inchadas, confusão e troca do dia pela noite (encefalopatia), vômito com sangue (varizes), aranhas vasculares, aumento de mamas no homem.

3.12 História alimentar e perda de peso quantificada

> "Quanto o senhor pesava há seis meses? E hoje?" "As roupas e o cinto ficaram folgados? Precisou mudar de furo?" "O senhor emagreceu de propósito, ou veio sozinho?" "Está comendo menos por falta de fome, por dor ao comer, por medo de doer depois, ou por dificuldade de engolir?"

Nunca registre "emagreceu muito". Registre quilos e meses, e calcule a fração: **perda maior que 5% do peso em 6 meses, involuntária, é sinal de alarme** e obriga investigação. Um paciente de 80 kg que perdeu 5 kg perdeu 6,25% — isso é significativo, mesmo que pareça pouco.

E a distinção mecanística que orienta a busca: comer menos por **falta de apetite** aponta doença sistêmica, neoplasia ou depressão; comer menos por **dor ao comer** aponta úlcera, isquemia mesentérica crônica ou pancreatite crônica; comer menos por **não conseguir engolir** aponta esôfago; e **comer normalmente e ainda assim emagrecer** aponta má absorção (celíaca, insuficiência pancreática), hipertireoidismo ou diabetes descompensado.

4. Sinais de alarme

- Dor abdominal de início súbito e máxima intensidade, com o paciente imóvel — perfuração.
- Dor intensa e persistente com abdome mole ao exame, em idoso com fibrilação atrial — isquemia mesentérica.
- Dor, distensão, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes — obstrução.
- Dor com febre, icterícia e calafrios — colangite.
- Hematêmese, melena ou hematoquezia com tontura, taquicardia ou hipotensão.
- Disfagia progressiva, especialmente para sólidos, com perda de peso.
- Vômitos persistentes com incapacidade de aceitar líquidos.
- Icterícia indolor com perda de peso.
- Mudança do hábito intestinal há poucos meses em maior de 45 anos.
- Perda de peso involuntária maior que 5% em seis meses.
- Diarreia com sangue, febre e desidratação; ou diarreia que acorda o paciente à noite.
- Massa abdominal palpável, ascite nova, linfonodo supraclavicular esquerdo.
- Dor abdominal em mulher em idade fértil com atraso menstrual.

5. Armadilhas

Não perguntar a data da última menstruação. Toda mulher em idade fértil com dor abdominal precisa dessa pergunta e de um teste de gravidez. Não existe exceção conveniente.

Aceitar "gastrite" como diagnóstico. É o rótulo mais usado e menos verificado do Brasil. Pergunte se houve endoscopia, quando, e o que dizia.

Perder a migração da dor por perguntar só "onde dói". Pergunte sempre onde **começou**.

Confundir termos leigos. "Azia" pode ser pirose ou dor epigástrica; "intestino preso" pode ser evacuação a cada dois dias, o que é normal; "sangue nas fezes" pode ser beterraba; "empachamento" pode ser saciedade precoce — que é sinal de alarme para câncer gástrico.

Chamar de intestino irritável qualquer dor crônica. Intestino irritável **não** cursa com sangue, febre, anemia, perda de peso ou diarreia noturna. Se algum desses estiver presente, o diagnóstico está errado.

Esquecer o que o paciente toma. Anti-inflamatórios são a causa mais comum de úlcera e sangramento; metformina, laxantes, sorbitol e antibióticos causam diarreia; opioides e ferro causam constipação. Peça as caixas.

Confiar em melhora transitória na perfuração. Muitos pacientes com perfuração de úlcera relatam uma hora de alívio antes de piorar francamente.

Pular a pergunta sobre o jejum na diarreia crônica. É uma pergunta de três segundos que separa mecanismos inteiros.

6. Exemplo de HDA escrita

> Homem, 23 anos, previamente hígido, refere que há cerca de 18 horas iniciou dor abdominal de intensidade leve, contínua, mal localizada, em região periumbilical, que descreve indicando a região com a mão espalmada e sem conseguir apontar um ponto exato. Cerca de 8 horas após o início, a dor migrou para a fossa ilíaca direita, tornando-se bem localizada (aponta com um dedo), contínua e de intensidade progressivamente maior (atualmente 8/10), com piora importante ao tossir, ao caminhar e com a trepidação do carro no trajeto até o hospital; refere alívio parcial permanecendo imóvel com as pernas fletidas. Associa anorexia importante desde o início do quadro ("não consigo nem pensar em comida"), duas náuseas com um episódio de vômito de conteúdo alimentar, sem alívio da dor após vomitar. Refere febre não aferida com sensação de calafrio há cerca de 4 horas. Nega diarreia, disúria, hematúria e sangramento digestivo. Última evacuação ontem, de aspecto habitual, com eliminação de gases mantida. Nega episódios semelhantes prévios, cirurgias abdominais e uso de medicações.

Para levar

- Dor visceral é sempre na linha média, e o andar em que dói revela o segmento embriológico: epigástrio é intestino anterior, umbigo é médio, hipogástrio é posterior.
- A apendicite muda de lugar porque muda de nervo: primeiro distensão visceral em T10, depois peritônio parietal na fossa ilíaca direita.
- Quem se contorce tem dor visceral; quem fica imóvel tem peritônio irritado. Observe antes de perguntar.
- Pergunte sempre onde a dor **começou**, não só onde está.

- As três relações que fazem diagnóstico abdominal são com a comida, com a evacuação e com a posição.
- No vômito, o tempo diz a altura do obstáculo, a bile diz se é acima ou abaixo da papila, e o alívio da dor separa obstrução de pancreatite/apendicite.
- Disfagia só para sólidos é mecânica; para sólidos e líquidos desde o início é motora. Progressiva com emagrecimento é endoscopia hoje.
- Na diarreia crônica, pergunte se melhora com jejum (osmótica x secretória) e se acorda o paciente à noite (orgânica x funcional).
- A cor do sangramento mede tempo de trânsito, não lugar; hematoquezia com instabilidade é sangramento alto até prova em contrário.
- Colúria mais acolia significa bilirrubina conjugada que não chega ao intestino — obstrução. Indolor, com emagrecimento, é câncer até prova em contrário.
- Álcool se pergunta em doses-padrão de 14 gramas, não em "socialmente".
- Perda de peso se registra em quilos e meses; acima de 5% em seis meses, involuntária, é investigação obrigatória.
- Mulher em idade fértil com dor abdominal: data da última menstruação e teste de gravidez, sempre.

Referências

Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med. 1986;15(5):557-64.

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. Gastroenterology. 2016;150(6):1262-79.

Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA. 1984;252(14):1905-7.

Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1393-407.

Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2021;116(5):899-917.

Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol. 1997;32(9):920-4.

Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg. 1973;60(8):646-9.

Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1380-92.

7

08

CAPÍTULO 8

Anamnese neurológica (e o que o futuro neurocirurgião precisa perguntar)

8

Este capítulo ensina a fazer a pergunta que o neurologista faz antes de qualquer outra: **onde está a lesão?** Só depois vem a segunda: **o que é a lesão?** Você vai sair daqui com roteiros literais para cefaleia, tontura, perda de consciência, crise epiléptica, fraqueza, alteração de sensibilidade, trauma cranioencefálico, confusão mental, declínio cognitivo e lombalgia com ciática — e, principalmente, com o raciocínio que liga cada resposta a um território anatômico e a um perfil temporal.

Por que essa anamnese é diferente

Em quase todo o resto da medicina você pergunta para chegar a uma doença. Na neurologia você pergunta duas vezes: primeiro para chegar a um **lugar**, depois para chegar a uma **doença**. A razão é puramente anatômica. O sistema nervoso é o único órgão em que a função depende tão rigidamente do endereço que o sintoma, sozinho, já é um mapa. Uma fraqueza do braço direito com fala arrastada não é "fraqueza": é uma lesão do hemisfério esquerdo, provavelmente cortical, provavelmente no território da artéria cerebral média. Uma fraqueza das duas pernas com nível sensitivo no umbigo não é "fraqueza": é medula torácica, e é uma emergência cirúrgica até prova em contrário. O mesmo verbo do paciente — "fiquei fraco" — aponta para dois mundos diferentes, e é a sua pergunta que separa.

A segunda diferença é que o **tempo é quase um exame complementar**. Em nenhum outro sistema a curva de instalação do sintoma tem tanto poder discriminatório. Pense na circulação como o encanamento de um prédio: quando um cano estoura, o andar inteiro alaga em segundos — é assim que se comporta a doença vascular, com **déficit máximo já no início**. Uma infecção

ou uma inflamação é o vazamento que molha a parede ao longo de horas: o déficit **cresce em horas a dias**, geralmente com febre ou dor. Um tumor é a infiltração lenta da umidade na alvenaria: **semanas a meses**, com sintomas que o paciente só percebe quando já não consegue compensar. Uma doença degenerativa é a construção envelhecendo: **anos**. Antes de qualquer hipótese, você classifica o caso em uma dessas quatro velocidades — e já eliminou três quartos do diferencial.

A terceira diferença é a mais prática e a mais esquecida: **grande parte da anamnese neurológica não é feita com o paciente**. Quem desmaia não vê o próprio desmaio. Quem convulsiona não lembra da convulsão. Quem está confuso não sabe que está confuso. Quem tem demência frequentemente é o último a notar. O **histórico colateral** — o relato da testemunha, do acompanhante, do socorrista, do vizinho que ligou para o SAMU — não é um complemento simpático: em síncope, crise epiléptica, alteração aguda de consciência e declínio cognitivo, é a **fonte principal de dados**, e a anamnese que não a busca está estruturalmente incompleta. Trate o telefone do acompanhante como parte do exame físico.

8

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido (por isso se pergunta primeiro)

- **Hemorragia subaracnóidea** — cefaleia súbita, explosiva, "a pior da vida". A mortalidade concentrada nas primeiras horas é o motivo de essa ser a primeira pergunta de toda cefaleia.
- **Meningite e encefalite** — cefaleia com febre, rigidez de nuca, alteração de consciência, crise.
- **AVC isquêmico e hemorrágico** — déficit focal súbito. O que muda o desfecho é a **hora do início**, não a intensidade.
- **Hipertensão intracraniana com risco de herniação** — cefaleia progressiva, pior de manhã e ao deitar, vômito, papiledema, alteração de consciência.
- **Hematoma extradural e subdural agudo pós-trauma** — o intervalo lúcido, o anticoagulante.
- **Compressão medular aguda** (metástase, abscesso epidural, hérnia central) — nível sensitivo, paraparesia, retenção urinária.
- **Síndrome da cauda equina** — retenção urinária, anestesia em sela, déficit bilateral progressivo.
- **Estado de mal epiléptico** — crise que não para ou crises subentrantes sem recuperação entre elas.
- **Dissecção arterial cervical** — dor cervical ou facial unilateral com sinais isquêmicos em jovem, muitas vezes após trauma banal ou manipulação cervical.
- **Trombose venosa cerebral** — cefaleia progressiva e crise em puérpera, usuária de anticoncepcional, trombofílica.
- **Síndrome de Guillain-Barré ascendente** — fraqueza ascendente em dias com risco respiratório.
- **Arterite de células gigantes** — cefaleia temporal nova depois dos 50 anos, com risco de cegueira em dias.

As comuns

Enxaqueca, cefaleia tensional, vertigem posicional paroxística benigna, neurite vestibular, síncope vasovagal, lombalgia mecânica, radiculopatia lombar por hérnia de disco, neuropatia diabética, síndrome do túnel do carpo, paralisia facial periférica, tremor essencial, cefaleia por uso excessivo de analgésico, AVC já estabelecido em seguimento.

As que só aparecem se você perguntar

Cefaleia em salvas (o paciente chama de "sinusite" e nunca contou que acorda sempre às três da manhã), crise focal com consciência preservada (a "sensação estranha no estômago que sobe" que ninguém nunca chamou de crise), aura visual isolada, apneia do sono causando cefaleia matinal e sonolência, mioclonias matinais da epilepsia mioclônica juvenil ("derrubo a xícara de café de manhã"), transtorno comportamental do sono REM anunciando doença de corpos de Lewy, cefaleia por uso excessivo de analgésicos, uso de anticoagulante que o paciente não considera "remédio", e **violência doméstica por trás de um traumatismo craniano "acidental" de repetição**.

As perguntas, com o porquê de cada uma

Antes de qualquer sintoma: fixar o perfil temporal

Faça essas três perguntas para qualquer queixa neurológica, sempre, antes de aprofundar:

> "O senhor consegue me dizer o que estava fazendo no exato momento em que isso começou?"

Quem consegue nomear o segundo ("eu estava levantando da cadeira e do nada…") tem um evento **súbito**. Quem responde com um período ("faz umas três semanas, foi devagarinho") tem um evento **subagudo ou crônico**. Súbito com déficit máximo no início é vascular até prova em contrário.

> "Desde que começou, está melhorando, piorando ou parado no mesmo lugar?"

Vascular tipicamente é máximo no início e depois melhora lentamente. Tumor e processo expansivo **pioram progressivamente**. Inflamatório e desmielinizante frequentemente pioram por dias e depois melhoram. Doença degenerativa piora em meses a anos, sem nunca melhorar.

> "Isso vai e volta completamente, ou uma parte ficou?"

Sintoma que **volta ao zero** entre os episódios sugere fenômeno paroxístico (crise, enxaqueca, AIT, vertigem posicional, arritmia). Sintoma que **deixa resíduo acumulado** sugere lesão estrutural em progressão.

Cefaleia

A cefaleia é o carro-chefe da neurologia ambulatorial e a maior armadilha do pronto-socorro, porque **mais de 90% das cefaleias são primárias e benignas**, e a sua obrigação é encontrar a minoria secundária sem tomografar o mundo. O caminho é perguntar as red flags de forma literal e sistemática.

As perguntas que rastreiam as red flags:

> "Essa é a pior dor de cabeça da sua vida?"

A pergunta clássica da **hemorragia subaracnóidea**. Cuidado: paciente com enxaqueca crônica quase sempre responde que sim em crise, então ela isolada tem valor limitado. O que vale de verdade é a próxima.

> "Ela chegou ao máximo em quanto tempo? Foi como um estouro, ou foi subindo aos poucos?"

Esta é a pergunta do **início em trovoada** (thunderclap): dor que atinge a intensidade máxima em **menos de um minuto**. É o critério que realmente importa para hemorragia subaracnóidea, e também levanta síndrome de vasoconstrição cerebral reversível, dissecção arterial, trombose venosa e apoplexia hipofisária. Se você fizer só uma pergunta na cefaleia do pronto-socorro, faça esta. Mecanismo: o sangue arterial na cisterna basal irrita as meninges instantaneamente e eleva a pressão intracraniana em segundos — não existe rampa.

> "A dor piora quando o senhor deita? E quando acorda de manhã, como ela está?"

O crânio é uma caixa rígida. Deitado, o retorno venoso cerebral cai e a pressão liquórica sobe; à noite, a hipoventilação fisiológica do sono retém gás carbônico, que é um vasodilatador cerebral potente e aumenta ainda mais o volume intracraniano. Por isso a cefaleia da **hipertensão intracraniana** é pior deitado e ao acordar, e melhora ao longo da manhã, quando o paciente fica de pé. A analogia: uma garrafa cheia até a boca só transborda quando você a inclina.

> "Ela piora quando o senhor tosse, espirra, faz força para evacuar ou levanta peso?"

Esta é a pergunta da **Valsalva**. Fazer força aumenta a pressão intratorácica, bloqueia o retorno venoso jugular e empurra a pressão intracraniana para cima. Piora com Valsalva sugere lesão expansiva, malformação de Chiari ou hipertensão intracraniana. É o mesmo mecanismo da anterior, testado de forma ativa.

> "A dor chega a te acordar no meio da noite?"

Despertar noturno pela dor é red flag para lesão expansiva — mas, honestamente, também é a marca registrada da **cefaleia em salvas**, que é primária e benigna. A diferença está no resto do quadro: a salva é unilateral, periorbitária, curta e com sinais autonômicos.

> "Teve febre, calafrio, ou o pescoço ficou duro?"

Meningite, encefalite, abscesso. Febre com cefaleia é sempre um caso para se levantar da cadeira.

> "Essa dor de cabeça é parecida com as que o senhor sempre teve, ou é diferente?"

A **mudança de padrão** é uma das red flags mais úteis e mais ignoradas. O enxaquecoso que tem enxaqueca há vinte anos e agora tem "uma dor diferente" merece imagem. Enxaqueca não protege contra tumor.

> "O senhor notou fraqueza, dormência, dificuldade para falar, visão dupla ou embaçada, perda de equilíbrio junto com a dor?"

Rastreio de **déficit focal**. Cefaleia com sinal focal persistente não é primária até que se prove.

> "O senhor tem ou teve algum câncer? Faz tratamento que baixa a imunidade, ou tem HIV?"

Câncer prévio levanta metástase cerebral; **imunossupressão** levanta infecção oportunista, toxoplasmose, linfoma primário do sistema nervoso central. São duas perguntas de dez segundos que mudam completamente a probabilidade pré-teste.

> "Quantos anos o senhor tem? E essa dor começou depois dos cinquenta?"

Cefaleia **nova depois dos 50 anos** é secundária até prova em contrário — enxaqueca costuma começar na adolescência e no adulto jovem. Nessa faixa, pergunte também: "Dói no couro cabeludo quando penteia o cabelo? Dói o queixo ao mastigar?" — dor à palpação temporal, claudicação de mandíbula e alteração visual apontam **arterite de células gigantes**, que cega em dias e é tratável com corticoide imediato.

> "O senhor está grávida ou teve bebê recentemente? Usa anticoncepcional?"

Puerpério, gestação e estrogênio elevam o risco de **trombose venosa cerebral** e de pré-eclâmpsia com cefaleia.

> "Quantos dias por mês o senhor toma analgésico para a cabeça?"

Mais de dez a quinze dias por mês sustenta **cefaleia por uso excessivo de medicação** — o remédio virou a causa. É uma das causas mais comuns de cefaleia diária e o paciente nunca conta espontaneamente, porque não considera dipirona um remédio.

Comparação das cefaleias:

Característica	Enxaqueca	Tensional	Salvas (cluster)	Secundária (alarme)
Lado	Unilateral em 60-70%, pode alternar	Bilateral, em faixa	Sempre o mesmo lado, periorbitária	Variável; fixa e progressiva preocupa
Qualidade	Pulsátil, latejante	Aperto, peso, "capacete"	Em facada, perfurante, atroz	Variável
Intensidade	Moderada a forte	Leve a moderada	Extrema ("dor suicida")	Variável
Duração	4 a 72 horas	30 minutos a dias	15 a 180 minutos	Progressiva ou persistente

Característica	Enxaqueca	Tensional	Salvas (cluster)	Secundária (alarme)
Periodicidade	Crises separadas	Quase diária, sem crise definida	Salvas diárias por semanas, mesma hora	Sem padrão; piora ao longo de semanas
Acompanhantes	Náusea, vômito, fotofobia, fonofobia, aura	Nenhum ou mínimo	Lacrimejamento, rinorreia, ptose, miose, agitação	Febre, déficit, papiledema, crise
Comportamento na crise	Procura quarto escuro, fica parado	Continua as atividades	Não consegue ficar parado, anda, bate a cabeça	Variável
Gatilhos	Jejum, sono, álcool, menstruação, estresse	Estresse, postura	Álcool durante a salva	—
O que pergunta	"Luz e barulho incomodam?" "Enxerga luzinhas antes?"	"É um aperto, como um capacete?"	"Sempre na mesma hora? O olho lacrimeja?"	Toda a lista de red flags

Sobre a **aura**: pergunte "Antes da dor, o senhor enxerga alguma coisa diferente — luzinhas, riscos brilhantes, um pedaço do campo que some?". A aura da enxaqueca **se espalha lentamente** pelo campo visual em cinco a vinte minutos e depois passa — é a onda de depressão alastrante caminhando pelo córtex occipital a poucos milímetros por minuto. Um déficit visual que aparece **instantaneamente e não caminha** é isquemia, não aura. Essa distinção — marcha lenta versus instantâneo — é uma das mais elegantes e mais úteis da neurologia clínica.

Tontura

A pergunta tradicional "é tontura de quê — rodando ou desmaio?" **tem baixa confiabilidade**, e vale dizer isso com honestidade: o paciente muda a descrição se você perguntar de novo dez minutos depois, e a qualidade da tontura discrimina mal. O modelo moderno abandona a qualidade e organiza a queixa por **tempo e gatilho**, o que é muito mais reprodutível.

> "Agora, nesse momento, o senhor está tonto — ou só fica tonto de vez em quando?"

Separa **tontura contínua** de **episódica**. É a primeira bifurcação.

> "Quando dá, quanto tempo dura — segundos, minutos, horas, dias?"
>
> "Tem alguma coisa que dispara? Vira na cama, levanta da cama, olha para cima?"

Estas duas montam as três síndromes:

Síndrome vestibular episódica desencadeada — segundos, sempre com movimento da cabeça: **vertigem posicional paroxística benigna** (otólito solto no canal semicircular; a analogia é uma pedrinha dentro de um nível de bolha — cada vez que você inclina, a bolha corre)

ou **hipotensão ortostática** se o gatilho for ficar de pé. Pergunte: "Dá quando o senhor rola na cama para o lado?" (posicional) contra "Dá só quando levanta e escurece a vista?" (ortostática).

Síndrome vestibular episódica espontânea — minutos a horas, sem gatilho: **doença de Ménière** (com plenitude auricular, zumbido e perda auditiva flutuante), **enxaqueca vestibular**, **ataque isquêmico transitório**, **arritmia**, **crise de pânico**. Pergunte: "Junto com a tontura, o ouvido fica tampado, apita, ou o senhor ouve pior?" e "Já teve enxaqueca na vida?".

Síndrome vestibular aguda contínua — dias seguidos, sem parar: **neurite vestibular** (periférica) ou **AVC de fossa posterior** (central). Essa é a que mata, e a diferenciação é a mais importante da tontura.

	Periférica (neurite, labirintite, VPPB)	Central (AVC de tronco/cerebelo)
Instalação	Horas, pode ter pródromo viral	Súbita, em segundos
Intensidade da vertigem	Frequentemente intensa	Pode ser leve — e isso engana
Marcha	Anda com apoio, desvia para um lado	Muitas vezes **não consegue ficar de pé sem cair**
Nistagmo	Horizontal, unidirecional, melhora com fixação	Muda de direção, vertical, não melhora com fixação
Sintomas associados	Zumbido, hipoacusia, náusea	Diplopia, disartria, disfagia, dormência da face, fraqueza, soluço
Perguntas literais	"O ouvido apita ou ficou surdo?"	"Viu dobrado? A fala embolou? Engasgou? Um lado da cara ficou dormente?"

A pergunta que mais salva vida aqui é: **"O senhor consegue ficar de pé sozinho, sem se segurar?"** Incapacidade grosseira de manter-se em pé, com vertigem relativamente modesta, aponta cerebelo, não labirinto.

Perda de consciência: síncope, crise e crise não epiléptica

Aqui você **precisa** da testemunha. Pergunte ao acompanhante e, se ele não estiver, peça o telefone e ligue.

Ao paciente, antes:

> "A última coisa que o senhor lembra antes de apagar, o que foi?"

Pródromo de calor, náusea, visão escurecendo, suor frio e zumbido é **pré-síncope** clássica: o fluxo cerebral está caindo globalmente e o córtex occipital, que é o mais sensível, apaga primeiro — por isso "a vista escurece" antes de tudo. Já um cheiro estranho, um gosto metálico, um déjà-vu, um medo súbito ou "um bolo que sobe do estômago" é **aura epiléptica**, ou seja, já é a crise começando no lobo temporal.

> "Estava de pé, sentado ou deitado?"

Síncope deitado é altamente suspeita de causa cardíaca. Vasovagal quase sempre acontece de pé.

> "Estava fazendo esforço na hora?"

Síncope **durante** o esforço sugere obstrução de via de saída (estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica) ou arritmia — é red flag cardiológica. Síncope **depois** do esforço costuma ser vasovagal.

À testemunha:

> "Quanto tempo o senhor acha que ele ficou apagado? Contando devagar, foi menos de um minuto ou mais?"
>
> "Ele ficou duro primeiro e depois tremeu, ou tremeu logo de cara? O tremor foi ritmado dos dois lados?"
>
> "A cor dele ficou como? Pálido, ou roxo?"
>
> "Quando ele acordou, ele já sabia quem era e onde estava, ou demorou para voltar?"

	Síncope	Crise epiléptica generalizada	Crise não epiléptica (psicogênica)
Pródromo	Calor, náusea, suor, vista escurecendo	Aura estereotipada ou nenhum	Variável, frequentemente emocional
Duração da inconsciência	Segundos (geralmente < 1 min)	1 a 3 minutos	Frequentemente longa, > 5 a 10 min
Movimentos	Abalos breves, arrítmicos, poucos (mioclonias hipóxicas)	Tônico depois clônico, ritmado, síncrono	Assíncronos, pélvis empurrando, cabeça de um lado para outro, para e volta
Olhos	Abertos, revirados	Abertos, desviados	**Fechados e resistentes à abertura**
Cor	Pálido, "branco de papel"	Cianótico	Normal
Mordedura de língua	Rara; se houver, ponta	**Lateral** da língua	Ponta ou lábio
Liberação esfincteriana	Pode ocorrer	Comum	Pode ocorrer
Recuperação	Rápida, orientado em segundos a 1 min	**Pós-ictal** de minutos a horas: sonolência, confusão, cefaleia, dores musculares	Recuperação rápida, às vezes chorosa; consciência preservada durante

A **mordedura lateral de língua** merece uma frase de honestidade: é bastante **específica** para crise epiléptica, mas pouco sensível — a maioria dos pacientes com crise não morde a língua.

Serve para confirmar, não para excluir. A mesma lógica vale para a liberação esfincteriana, que ocorre também em síncope profunda e por isso vale menos do que o estudante imagina. O achado com melhor poder é o **pós-ictal prolongado**: quem acorda orientado em vinte segundos quase certamente não teve crise tônico-clônica.

Crise epiléptica: a anamnese completa

> "Antes da crise, o senhor sente alguma coisa diferente? Sempre a mesma coisa?"

A aura é, na verdade, a **crise focal inicial** — e o sintoma dela é uma assinatura do lugar onde a crise começa: sensação epigástrica ascendente e déjà-vu no lobo temporal mesial; cheiro ou gosto ruim na região uncal; formigamento em um segmento do corpo no giro pós-central; luzes simples no occipital; movimento involuntário de um membro que "sobe" pelo corpo (marcha jacksoniana) no giro pré-central. Sempre **estereotipada** — o mesmo roteiro toda vez. Aura variável a cada episódio deve levantar dúvida.

> "Quanto tempo durou a crise, do começo até parar de tremer?"

Crise que ultrapassa **cinco minutos** ou crises que se repetem sem recuperação da consciência entre elas configuram **estado de mal epiléptico**, que é emergência.

> "Depois que passou, quanto tempo ele levou para voltar ao normal?"
>
> "Ele ficou com algum lado fraco depois?" — a paralisia de Todd, fraqueza pós-ictal transitória que aponta o hemisfério de origem e engana quem pensa em AVC.
>
> "Essa foi a primeira crise da vida, ou já teve outras?"

Muda tudo. **Primeira crise** exige investigação de causa estrutural e metabólica: imagem, eletrólitos, glicemia, função renal e hepática, álcool, drogas, infecção, e a pergunta obrigatória "o senhor bebe? Quando foi a última dose?" — a crise por **abstinência alcoólica** aparece 6 a 48 horas depois da última dose. Epilepsia **conhecida** exige perguntar: "Tomou os remédios direito essa semana? Dormiu mal? Ficou doente? Trocou de marca do remédio?" — falta de adesão e privação de sono são as duas causas mais comuns de crise em quem já é epiléptico.

> "Nos últimos meses, o senhor já acordou com a língua machucada, com a cama molhada, ou com dor no corpo sem saber por quê?"

Rastreia crises noturnas não testemunhadas.

> "De manhã, logo depois de acordar, o senhor derruba coisas da mão?"

Mioclonias matinais — a pergunta que revela **epilepsia mioclônica juvenil**, diagnóstico frequentemente perdido por anos porque ninguém chama "derrubar a xícara" de crise.

Fraqueza

Antes de qualquer localização, desfaça a ambiguidade da palavra. "Fraqueza" na boca do paciente pode ser três coisas completamente distintas:

> "Quando o senhor diz fraco, é que o braço não obedece e não tem força, ou é que o corpo está sem energia, cansado?"

Fraqueza verdadeira é perda de força motora. **Fadiga** é falta de energia com força preservada, e leva a anemia, hipotireoidismo, depressão, insuficiência cardíaca, neoplasia. **Apraxia** é a terceira e a mais sutil: a força está lá, mas o programa motor se perdeu — o paciente não consegue mais abotoar a camisa, embora consiga apertar sua mão com força. Pergunte: "Ele tem força, mas erra o jeito de fazer as coisas?"

Agora localize:

> "Para pentear o cabelo e pegar coisa na prateleira alta é difícil? E para levantar da cadeira sem usar o braço?"

Dificuldade proximal — ombro e quadril — sugere **miopatia**. Mecanismo: doenças musculares acometem primeiro as fibras de maior massa e uso postural, que são as proximais.

> "O senhor tropeça no tapete, ou o chinelo cai do pé? Está difícil abrir garrafa e virar chave?"

Dificuldade distal — pé caído, mão fraca — sugere **neuropatia periférica**, porque os axônios mais longos sofrem primeiro (o nervo mais longo é o que tem o transporte axonal mais vulnerável, como a mangueira mais comprida do jardim, que perde pressão na ponta).

> "É de um lado só, dos dois lados, só nas pernas, ou nos quatro membros?"

Um lado inteiro (face, braço e perna) aponta **hemisfério ou cápsula interna**. As duas pernas com nível sensitivo aponta **medula**. Quatro membros ascendendo em dias aponta **polirradiculoneuropatia (Guillain-Barré)**. Fraqueza que **piora ao longo do dia** e melhora com repouso, com ptose e visão dupla, aponta **junção neuromuscular (miastenia)** — pergunte: "De manhã o senhor está melhor e à noite piora? A pálpebra cai no fim do dia?"

> "Começou em segundos, em dias, ou foi devagar em meses?"

E sempre, sempre:

> "O senhor está conseguindo urinar normalmente?" e "Está engasgando com líquido? Está com falta de ar deitado?"

Disfunção esfincteriana em quadro de fraqueza é bandeira medular. Disfagia e dispneia em quadro de fraqueza ascendente é o alerta de que a musculatura respiratória está entrando — e isso define internação em unidade intensiva.

Parestesia, dormência e dor neuropática

> "É formigamento, dormência, ardência, choque, ou a pele fica sensível demais ao toque?"

Queimação, choque e alodínia (dor ao toque leve) são a assinatura da **dor neuropática**; dor em peso e pontada costuma ser nociceptiva.

> "Mostre com o dedo até onde vai a dormência."

Essa instrução vale mais que dez perguntas, porque o paciente desenha o território da lesão:

- **Bota e luva** (pés simetricamente, depois mãos, ascendendo aos poucos) — **polineuropatia comprimento-dependente**: diabetes, álcool, deficiência de vitamina B12, quimioterapia, hipotireoidismo, uremia. Pergunte sempre: "O senhor tem diabetes? Bebe? Fez cirurgia de estômago? Usa metformina há muitos anos?"
- **Faixa que desce pelo membro** (nádega, coxa posterior, panturrilha, dorso do pé) — **radicular**; é um dermátomo, e o paciente descreve uma tira, não uma bota.
- **Nível sensitivo no tronco** — o paciente diz "do umbigo para baixo está dormente" e há uma linha horizontal a partir da qual tudo muda. Isso é **medular** e é emergência. A pergunta que revela: **"Existe uma linha no seu corpo, de onde para baixo a sensação é diferente?"** Passe a mão no abdome do paciente com um algodão e peça para ele dizer onde muda. Nível sensitivo com paraparesia é compressão medular até prova em contrário.
- **Território de um nervo único** — primeiros três dedos e meio da mão, pior à noite, melhora sacudindo a mão: **túnel do carpo**. Pergunte: "Acorda de noite com a mão dormente e sacode para melhorar?"
- **Face e corpo do mesmo lado** — hemisfério. **Face de um lado e corpo do outro** — tronco encefálico, porque as vias faciais e corporais cruzam em alturas diferentes. Esse achado cruzado é praticamente patognomônico de lesão bulbar e vale a pergunta: "A dormência pegou a cara do mesmo lado do braço, ou do lado contrário?"

Traumatismo cranioencefálico

Cada pergunta do TCE existe por um motivo mecânico. Aprenda o motivo e você nunca esquecerá a pergunta.

> "Como foi exatamente a batida? De que altura caiu? O carro estava a quanto? Usava capacete?"

Mecanismo estima a energia transferida. Queda da própria altura em jovem é diferente de queda de escada, de atropelamento ou de colisão em alta velocidade. Mecanismo de alta energia sozinho já indica imagem.

> "O senhor chegou a apagar? Por quanto tempo?"

Perda de consciência sinaliza lesão axonal difusa por aceleração-desaceleração rotacional: o encéfalo tem consistência de gelatina dentro de uma caixa óssea, e o movimento de torção estira axônios longos e desconecta redes.

> "O que é a última coisa que o senhor lembra antes da batida? E a primeira coisa depois?"

Amnésia retrógrada e anterógrada. A duração da amnésia pós-traumática é um dos melhores marcadores de gravidade que existem, e o paciente com amnésia persistente ("ele fica perguntando a mesma coisa de novo e de novo") tem concussão significativa mesmo sem perda de consciência.

> "Ele apagou, acordou e conversou normal, e depois piorou de novo?"

O **intervalo lúcido**. É a marca do **hematoma extradural**: a artéria meníngea média se rompe contra a fratura do osso temporal e o sangue arterial se acumula lentamente entre a dura-máter e o crânio, até descolar dura suficiente e comprimir o cérebro. A analogia: uma bolha de ar sob um papel de parede colado — cresce sem ser notada até descolar de vez. Intervalo lúcido seguido de deterioração é indicação cirúrgica urgente, e **essa pergunta é feita à testemunha, não ao paciente**.

> "Vomitou? Quantas vezes?"

Vômitos repetidos indicam hipertensão intracraniana ou irritação do assoalho do quarto ventrículo. Entram em todas as regras de decisão de tomografia.

> "O senhor toma algum remédio para afinar o sangue? Varfarina, Xarelto, Eliquis, clopidogrel, AAS?"

A pergunta que mais muda conduta no idoso que caiu em casa. **Anticoagulação** transforma um trauma banal em hematoma subdural potencialmente fatal, às vezes com apresentação tardia de dias a semanas. Nunca pergunte "usa anticoagulante?" — o paciente não sabe o que é a palavra. Pergunte pelos nomes comerciais e por "remédio para afinar o sangue".

> "Saiu sangue ou água pelo nariz ou pelo ouvido? Apareceu roxo em volta dos olhos ou atrás da orelha?"

Sinais de **fratura de base de crânio**: rinorreia ou otorreia liquórica, equimose periorbitária bilateral, equimose retroauricular.

> "Teve convulsão depois da batida? Está com dor de cabeça que só piora? Está sonolento?"

Crise pós-traumática, cefaleia progressiva e rebaixamento são os três sinais de deterioração que exigem reavaliação imediata.

E a pergunta silenciosa, feita com o acompanhante fora da sala quando o padrão não fecha: **"Essa é a terceira queda em dois meses. Tem alguém em casa te machucando?"**

Alteração aguda de consciência e confusão

Aqui a anamnese é quase toda colateral.

> "Ele estava normal quando? Ontem? Semana passada? Mês passado?"

Estabelecer o **basal** é a pergunta central: confusão aguda em quem estava lúcido há dois dias é **delirium** e tem causa clínica até prova em contrário — infecção urinária, pneumonia, desidratação, retenção urinária, fecaloma, hipoglicemia, medicação nova, abstinência.

> "Ele piora mais à noite? Ele está com sono demais ou agitado?"

Flutuação e inversão do ciclo sono-vigília são a impressão digital do delirium.

> "Que remédios ele começou ou parou nas últimas duas semanas?"

Anticolinérgicos, opioides, benzodiazepínicos e a retirada abrupta deles são causas clássicas e reversíveis.

	Delirium	Demência
Instalação	Horas a dias	Meses a anos
Atenção	**Comprometida** — não consegue manter o fio	Preservada no início
Curso	Flutua ao longo do dia	Estável dentro do dia, progride ao longo dos meses
Consciência	Rebaixada ou hiperalerta	Alerta
Reversibilidade	Habitualmente reversível	Não
Pergunta-chave	"Isso começou de repente?"	"Começou quando? Há quanto tempo piora?"

Delirium sobreposto a demência é a regra no idoso hospitalizado, não a exceção — e o instrumento prático à beira do leito é o **CAM**, cuja lógica é simples: exige início agudo com curso flutuante **e** desatenção, mais desorganização do pensamento **ou** alteração do nível de consciência. Repare que a desatenção é obrigatória: é ela que define o delirium.

Declínio cognitivo

A regra de ouro: **pergunte ao paciente e ao acompanhante separadamente**, e compare. Quem se queixa muito de memória e vem sozinho à consulta frequentemente tem depressão ou ansiedade; quem minimiza e é trazido pela filha preocupada frequentemente tem demência. A anosognosia — não reconhecer o próprio déficit — é em si um dado.

Ao paciente:

> "O senhor sente que a memória mudou? Em quê, exatamente? Me dá um exemplo do que aconteceu essa semana."

Ao acompanhante, e estas são as perguntas que realmente decidem:

> "Ele ainda cuida sozinho do dinheiro, das contas e dos remédios?"

Perda da autonomia instrumental (Lawton: finanças, medicações, transporte, telefone, compras) é o divisor entre **declínio cognitivo leve** e **demência**. É mais informativo que qualquer teste de memória isolado.

> "Ele conta a mesma história várias vezes no mesmo dia? Ele esquece conversas inteiras, ou só nomes e palavras?"

Esquecer que a conversa **aconteceu** é falha de memória episódica (hipocampo, padrão Alzheimer). Esquecer a palavra, mas lembrar do contexto, é mais benigno ou disexecutivo.

> "Ele já se perdeu em lugar conhecido?"
>
> "Mudou o jeito dele? Ficou sem freio, falando coisas que não falaria, comendo doce demais, sem se importar com os outros?"

Desinibição, apatia precoce e mudança de personalidade antes da falha de memória sugerem **demência frontotemporal**.

> "Ele enxerga coisas que não estão lá — pessoas, animais, crianças na casa?"

Alucinações visuais precoces, com flutuação cognitiva marcante e parkinsonismo, apontam **demência com corpos de Lewy**. Essa pergunta tem consequência prática imediata: esses pacientes têm hipersensibilidade grave a antipsicóticos, e saber disso evita iatrogenia. Pergunte também: "Ele grita, chuta e se debate dormindo, como se estivesse vivendo o sonho?" — o transtorno comportamental do sono REM pode preceder o quadro em anos.

> "Como está o andar dele? Ficou mais devagar, com passos curtos, arrastando? Tem escapado xixi?"

Marcha alterada precoce muda o eixo: **demência vascular**, **parkinsonismo** ou **hidrocefalia de pressão normal** (a tríade de alteração da marcha, incontinência urinária e declínio cognitivo — e a marcha vem primeiro, o que é a pista).

Lombalgia e ciática

Lombalgia é uma das queixas mais comuns do mundo e quase sempre mecânica e autolimitada. Sua tarefa é identificar a minoria perigosa.

> "A dor fica só nas costas, ou desce pela perna? Vai até onde — joelho, panturrilha, pé?"

Dor que desce **abaixo do joelho**, em faixa, é **radicular**. Dor difusa na lombar e nádega, que não passa do joelho, costuma ser mecânica ou referida.

> "Piora quando o senhor tosse, espirra ou faz força?"

Aumento da pressão liquórica e discal reproduz a dor radicular — o mesmo mecanismo de Valsalva.

> "Melhora deitado?"

Dor mecânica melhora em repouso. **Dor que não melhora deitado, ou que piora à noite**, é red flag para tumor e infecção.

> "O senhor teve febre? Já usou droga injetável? Fez alguma infiltração ou cirurgia nas costas? Faz hemodiálise?"

Rastreio de **espondilodiscite e abscesso epidural**.

> "O senhor tem ou teve câncer? Perdeu peso sem querer?"

Câncer prévio é a red flag isolada mais forte para **metástase vertebral**.

> "A dor começou depois de uma queda? O senhor tem osteoporose ou usa corticoide?"

Fratura vertebral por compressão.

E agora a pergunta que não pode faltar em nenhum paciente com dor lombar, nunca, em nenhuma consulta:

> **"O senhor está conseguindo urinar normalmente? Chegou a fazer xixi sem sentir, ou a não conseguir começar? A região entre as pernas, onde o senhor senta, está com a sensação normal?"**

Retenção urinária com transbordamento, incontinência fecal, **anestesia em sela** (períneo, região perianal, face interna das coxas — a área que encosta no selim de uma bicicleta) e déficit motor bilateral progressivo formam a **síndrome da cauda equina**. É compressão das raízes sacrais abaixo do cone medular, e a janela para descomprimir cirurgicamente sem sequela esfincteriana definitiva é de **horas**. Um paciente com lombalgia e retenção urinária não sai da sua frente para marcar ressonância na semana que vem: ele vai para a imagem agora e para o neurocirurgião hoje. Essa é, provavelmente, a pergunta com maior razão entre importância e esforço em toda a anamnese neurológica.

8

Sinais de alarme

- Cefaleia de **início em trovoada** (máximo em menos de um minuto).
- Cefaleia com **febre, rigidez de nuca ou alteração de consciência**.
- Cefaleia que **piora ao deitar, de manhã, ou com Valsalva**, progressiva, com vômitos ou papiledema.
- Cefaleia **nova depois dos 50 anos**, ou em paciente com **câncer, HIV ou imunossupressão**.
- **Mudança de padrão** de uma cefaleia antiga.
- Cefaleia com **déficit focal persistente** ou crise epiléptica.
- Dor temporal com claudicação de mandíbula e alteração visual no idoso.
- Tontura contínua com **incapacidade de ficar de pé**, diplopia, disartria, disfagia ou dormência facial.
- Síncope **durante esforço**, deitada, sem pródromo, ou com história familiar de morte súbita.
- Crise com duração maior que **cinco minutos** ou crises repetidas sem recuperação.
- **Primeira crise** na vida, em qualquer idade.
- Fraqueza **ascendente em dias**, com disfagia ou dispneia.
- **Nível sensitivo** no tronco, paraparesia, disfunção esfincteriana.
- TCE com **intervalo lúcido**, vômitos repetidos, uso de anticoagulante, crise pós-traumática, sinais de fratura de base, ou rebaixamento progressivo.
- Confusão **aguda** em paciente previamente lúcido.
- Lombalgia com **retenção urinária, anestesia em sela ou déficit bilateral progressivo**.
- Lombalgia com febre, câncer prévio, perda de peso, uso de drogas injetáveis, ou dor noturna que não alivia deitado.

Armadilhas

Aceitar o rótulo do paciente. "Doutor, é minha sinusite de sempre" — e é cefaleia em salvas há doze anos. "É labirintite" — e é AVC de cerebelo. "É enxaqueca" — e é a primeira cefaleia diferente de todas. O rótulo do paciente é uma hipótese alheia, não um dado; recolha a descrição, não o nome.

Perguntar de forma indutiva. "A dor é latejante, né?" faz o paciente concordar. "A dor é como o quê?" faz o paciente descrever. Na neurologia, em que a qualidade do sintoma carrega a localização, a pergunta indutiva destrói o dado.

Não conseguir a testemunha. Escrever "paciente refere ter tido convulsão" quando o paciente estava inconsciente é escrever ficção. Se não houver testemunha, registre isso explicitamente: "sem relato de testemunha".

Confundir tempo de duração com tempo de instalação. "A dor de cabeça dura três dias" não responde "em quanto tempo ela chegou ao máximo". Você precisa das duas.

Esquecer de perguntar o basal cognitivo e funcional. Sem saber como o paciente estava há uma semana, é impossível dizer se a confusão de hoje é aguda.

Tratar tontura como diagnóstico. Tontura é sintoma. Sem tempo e gatilho, você não fez anamnese, fez transcrição.

Aceitar "não tomo remédio nenhum". O idoso que caiu de casa quase sempre toma alguma coisa. Pergunte pelos nomes, peça a caixinha, ligue para a filha.

Não perguntar sobre esfíncter em lombalgia. É a omissão que mais gera processo e mais gera sequela definitiva na prática ortopédica e neurocirúrgica.

Confundir termo leigo com técnico. "Tontura", "fraqueza", "dormência", "desmaio", "convulsão", "derrame" e "tremor" significam coisas diferentes na boca do paciente e no seu prontuário. Traduza sempre, e explicite a tradução: "o paciente descreve como 'tontura' uma sensação de instabilidade postural sem rotação".

Um exemplo de HDA escrita

Homem, 54 anos, hipertenso, tabagista 30 maços-ano, trazido ao pronto-socorro pela esposa.

"Há 3 horas, enquanto levantava caixas no trabalho, apresentou cefaleia holocraniana de instalação explosiva, atingindo intensidade máxima em menos de um minuto, descrita como 'a pior dor da vida', acompanhada de um episódio de vômito em jato e rigidez cervical. Refere fotofobia. Nega febre, trauma, déficit motor ou alteração visual. Segundo a esposa, apresentou breve rebaixamento do nível de consciência no domicílio, com recuperação espontânea em cerca de um minuto, sem movimentos anormais, mordedura de língua ou liberação esfincteriana, e sem confusão pós-evento. Nega cefaleias prévias de qualquer tipo, exceto um episódio de dor

occipital intensa e autolimitada há 10 dias, para o qual não procurou atendimento. Nega uso de anticoagulantes, câncer prévio ou imunossupressão. Mãe faleceu aos 58 anos por 'derrame'."

Repare no que esse parágrafo faz: fixa o **tempo até o pico**, registra a **testemunha**, descarta ativamente as alternativas relevantes (crise, trauma, febre), e recupera a **cefaleia sentinela** de dez dias atrás, que só apareceu porque alguém perguntou "já teve alguma dor parecida antes, mesmo que fraca?".

Para levar

- Localize antes de nomear: primeiro **onde** está a lesão, depois **o que** ela é.
- O perfil temporal é o primeiro exame: súbito é vascular, horas a dias é inflamatório ou infeccioso, semanas a meses é expansivo, anos é degenerativo.
- Na cefaleia, a pergunta que mais salva não é "é a pior dor da vida", e sim **"em quanto tempo ela chegou ao máximo"**.
- Cefaleia pior deitado, pior de manhã e pior com esforço é hipertensão intracraniana até prova em contrário — é o crânio se comportando como caixa rígida.
- Em tontura, troque "tontura de quê" por **"quanto tempo dura e o que dispara"**; e pergunte sempre se o paciente consegue ficar de pé sozinho.
- A aura da enxaqueca **caminha** em minutos; a isquemia chega pronta, em segundos.
- Em perda de consciência, o dado mais valioso é o **pós-ictal**: quem acorda orientado em vinte segundos não teve crise tônico-clônica.
- Fraqueza não é fadiga e não é apraxia — pergunte qual das três antes de localizar.
- Peça ao paciente para **desenhar com o dedo** onde está a dormência: bota e luva é nervo, faixa no membro é raiz, linha no tronco é medula.
- No TCE, três perguntas valem o exame inteiro: **quanto tempo apagou, o que lembra, e se usa remédio para afinar o sangue**.
- Em confusão aguda, o dado que define tudo é o **basal**: estava normal quando?
- Em declínio cognitivo, quem decide o diagnóstico é o acompanhante, e a pergunta decisiva é se o paciente ainda administra dinheiro e remédios sozinho.
- **Nenhum paciente com dor lombar sai da sua frente sem que você tenha perguntado sobre urina e sobre a sensibilidade na região do selim.**

Referências

Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. J Vestib Res. 2009;19(1-2):1-13.

Campbell WW, Barohn RJ. DeJong's The Neurologic Examination. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.

Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia. 2017;58(4):522-30.

Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 9th ed. New York: Thieme; 2020.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. Ann Emerg Med. 1999;33(4):373-8.

Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: a novel, evidence-based approach to diagnosing acute dizziness and vertigo. Neurol Clin. 2015;33(3):577-99.

Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2015.

Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti MLA, et al. Sensitivity of computed tomography performed within six hours of onset of headache for diagnosis of subarachnoid haemorrhage: prospective cohort study. BMJ. 2011;343:d4277.

Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines. Stroke. 2019;50(12):e344-418.

Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. Adams and Victor's Principles of Neurology. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.

Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet. 1974;2(7872):81-4.

8

09

CAPÍTULO 9

Anamnese geniturinária e nefrológica

9

Este capítulo resolve dois problemas de uma vez: o de perguntar sobre urina de um jeito que localize o problema ao longo do trajeto (rim, ureter, bexiga, próstata, uretra) e o de conversar sobre sexualidade sem constranger ninguém — inclusive você. No fim, você saberá separar uma cistite simples de uma pielonefrite que vai virar sepse, e saberá por que uma hematúria sem dor num fumante de 60 anos é mais preocupante que uma hematúria com cólica.

Por que essa anamnese é diferente

O trato urinário é um **tubo com pressão**, e quase toda a patologia dele se explica por três coisas: alguma coisa infecta, alguma coisa obstrui, ou o filtro do começo do tubo está falhando. Isso dá à anamnese geniturinária uma vantagem rara: os sintomas localizam bem. Ardência ao urinar e vontade de correr ao banheiro apontam para a **mucosa da bexiga e da uretra** — irritação local. Dor lombar com febre e calafrio aponta para o **parênquima renal** — infecção invadindo tecido. Cólica que não deixa o paciente ficar parado aponta para o **ureter distendido**. Jato fraco e esforço para começar apontam **obstrução na saída**. Edema com urina espumosa aponta para o **glomérulo**. Você não precisa adivinhar: precisa perguntar na ordem do tubo.

A segunda diferença é que **o rim é silencioso**. A doença renal crônica avança por anos sem sintoma nenhum, e quando aparece fadiga, náusea, prurido e edema, já se perdeu muita função. Por isso, nessa anamnese, boa parte do valor não está na queixa e sim nos **fatores de risco**: hipertensão, diabetes, uso crônico de anti-inflamatório, litíase de repetição, história familiar de doença renal, exposição a contraste. A anamnese nefrológica é, em grande medida, uma anamnese de exposições.

A terceira diferença é humana. Essa é a região do corpo sobre a qual as pessoas mais mentem, mais omitem e mais se envergonham. Incontinência é escondida por anos ("é da idade"). Disfunção erétil é escondida por orgulho. Infecções sexualmente transmissíveis são escondidas

por medo de julgamento. Isso significa que a técnica da entrevista — privacidade real, linguagem neutra, normalização — deixa de ser etiqueta e passa a ser **instrumento diagnóstico**. Se você não criar as condições, você não obtém o dado, e um dado não obtido é um dado perdido.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido

- **Pielonefrite com sepse urinária** — a infecção urinária é a principal porta de entrada de sepse no idoso e no diabético.
- **Pielonefrite obstruída (pionefrose)** — infecção acima de um cálculo obstrutivo. É emergência de drenagem, não de antibiótico isolado: antibiótico sem desobstruir não alcança um sistema fechado, como tentar limpar uma pia entupida com água corrente.
- **Obstrução urinária aguda em rim único** (anatômico ou funcional) — evolui para anúria e lesão renal irreversível.
- **Retenção urinária aguda** com bexigoma — dor intensa e risco de lesão renal pós-renal.
- **Torção testicular** — dor escrotal súbita; a janela para salvar a gônada é de cerca de 6 horas.
- **Gangrena de Fournier** — dor perineal desproporcional, toxemia, diabético ou imunossuprimido.
- **Glomerulonefrite rapidamente progressiva** — perda de função renal em dias a semanas, com hematúria, edema e hipertensão. Perde-se o rim se demorar.
- **Hipercalemia grave** na doença renal — assintomática até a arritmia.

As comuns

Cistite não complicada, bacteriúria assintomática, nefrolitíase, hiperplasia prostática benigna, bexiga hiperativa, incontinência de esforço, prostatite, uretrite, doença renal crônica de causa hipertensiva e diabética, lesão renal aguda pré-renal por desidratação e por anti-inflamatório.

As que só aparecem se você perguntar

Uso diário de anti-inflamatório para dor crônica (“não é remédio, é só um analgésico”), uso de suplementos e chás de emagrecimento, doença renal policística na família (“meu pai fazia hemodiálise, não sei por quê”), incontinência escondida há anos, disfunção erétil como primeiro sinal de doença coronariana, hematúria microscópica de exame de rotina nunca investigada, parceiro com corrimento, história de infecção urinária de repetição na infância com refluxo vesicoureteral, e violência sexual.

As perguntas, com o porquê de cada uma

Sintomas de trato urinário baixo

> “Arde ou dói quando o senhor urina? A dor é no começo, no meio ou no fim do jato?”

Disúria no início do jato sugere uretra; ao fim do jato, sugere colo vesical e trígono. A ardência é a mucosa inflamada sendo lavada por urina.

> "Quantas vezes por dia o senhor vai ao banheiro? E de noite, levanta quantas vezes?"

Polaciúria é aumento da frequência com volumes pequenos. **Noctúria** tem três causas que você separa com uma pergunta adicional: "o senhor faz muito xixi de noite, ou pouquinho várias vezes?" — muito volume à noite sugere insuficiência cardíaca, edema que reabsorve deitado, apneia do sono ou uso noturno de diurético; pouco volume várias vezes sugere bexiga irritada ou próstata.

> "Quando dá vontade, o senhor consegue segurar até chegar ao banheiro?"

Urgência, e se não consegue, urge-incontinência.

> "Sente que a bexiga não esvazia? Depois que termina, ainda pinga?"

Esvaziamento incompleto e gotejamento terminal.

9

Infecção urinária: baixa, alta e complicada

A separação entre ITU baixa e alta não é acadêmica: muda via de antibiótico, duração e necessidade de imagem.

> "O senhor teve febre? Chegou a medir? Teve calafrio, aquele tremor de frio que balança a cama?"

Febre alta com **calafrio solene** significa bacteremia, e cistite não dá febre. Essa é a pergunta que mais separa alta de baixa.

> "Está doendo nas costas, na altura da cintura, de um lado só?"

Dor lombar unilateral com febre é pielonefrite. A dor vem da distensão da cápsula renal pelo parênquima inflamado e edemaciado — a cápsula é inelástica e tem terminação dolorosa, como um curativo apertado demais sobre um dedo que incha.

> "Está com náusea, vômito? Conseguiu comer e beber hoje?"

Quem não retém líquido não faz tratamento oral.

	ITU baixa (cistite)	ITU alta (pielonefrite)
Febre	Ausente ou baixa	Alta, com calafrio
Dor	Suprapúbica, em peso	Lombar, unilateral, à punho-percussão
Disúria e urgência	Proeminentes	Podem estar presentes ou não
Estado geral	Preservado	Prostração, náusea, vômito
Conduta	Antibiótico curto, via oral	Duração maior, avaliar internação, avaliar imagem

	ITU baixa (cistite)	ITU alta (pielonefrite)
Pergunta-chave	"Arde e você corre ao banheiro?"	"Teve febre com tremedeira e dor nas costas?"

Depois vem o conceito que o estudante mais erra: **ITU complicada** não é ITU grave — é ITU em terreno alterado, e por isso com maior chance de falha terapêutica e de germe resistente. Rastreie com perguntas diretas:

> "O senhor é homem?" — em **homem**, especialmente jovem, infecção urinária é incomum, porque a uretra longa é uma barreira mecânica eficiente. Toda ITU em homem merece pensar em fator anatômico, prostatite ou uretrite por infecção sexualmente transmissível. Pergunte: "Tem saído alguma secreção pelo canal? Teve relação sem preservativo?" e "Dói entre as pernas, ao sentar, ou ao evacuar?" (prostatite).
>
> "A senhora está grávida ou tem chance de estar?" — em **gestante**, até bacteriúria assintomática é tratada, porque o risco de evoluir para pielonefrite é alto (a progesterona relaxa a musculatura lisa e dilata o ureter, e o útero comprime mecanicamente o trajeto: o sistema vira uma piscina parada, e água parada contamina). Pielonefrite na gestação associa-se a parto prematuro e sepse.
>
> "O senhor tem diabetes? Faz uso de sonda? Já fez alguma cirurgia na bexiga ou no rim? Tem pedra nos rins? Tem transplante? Toma remédio que baixa imunidade?"

Cada "sim" transforma a ITU em complicada.

> "Quantas infecções urinárias a senhora teve no último ano? Elas aparecem depois de relação sexual?"

ITU de repetição e a relação temporal com atividade sexual mudam a estratégia preventiva.

Cólica renal

> "Como começou a dor? De repente ou foi aumentando?"
>
> "Onde começou e para onde ela foi?"

A irradiação da cólica ureteral segue a **inervação simpática segmentar** do ureter, e por isso o mapa é previsível. Cálculo no ureter proximal e na junção ureteropélvica dá dor no flanco e no ângulo costovertebral (T11-L1). Cálculo no ureter médio irradia para a fossa ilíaca e para a virilha. Cálculo no ureter distal e no meato vesical dá dor irradiando para a **região inguinal, testículo ou grande lábio**, e acrescenta urgência e polaciúria, porque o cálculo irrita o trígono vesical — o paciente parece ter cistite e não tem. Essa migração da dor é o melhor "raio-X clínico" da posição do cálculo.

> "O senhor consegue ficar parado, ou fica se mexendo procurando posição?"

Aqui está a analogia mais útil do capítulo: o paciente com **cólica renal não consegue ficar parado** — ele anda, se contorce, senta, levanta, procura posição, porque a dor é visceral e não

tem posição de alívio. O paciente com **peritonite fica imóvel**, porque qualquer movimento roça os folhetos peritoneais inflamados. Quem se contorce, pense em cólica; quem se congela, pense em abdome cirúrgico.

> "Junto com a dor, deu enjoo e vômito?"

Náusea intensa é quase regra por reflexo visceral compartilhado com o plexo celíaco.

> "Já teve pedra antes? Alguém na família tem?"
> "O senhor teve febre junto?"

Esta é a pergunta que muda tudo: **cólica renal com febre é pionefrose até prova em contrário** e exige drenagem urgente.

> "Está urinando normalmente, na quantidade de sempre?"

E aqui está a segunda pergunta crítica: **"O senhor tem os dois rins?"** Cálculo obstrutivo em rim único (por nefrectomia prévia, agenesia ou rim contralateral não funcionante) leva a anúria e lesão renal aguda. Não é uma pergunta óbvia, e é exatamente por isso que precisa ser feita.

9

Hematúria

> "O senhor viu sangue na urina? De que cor ficou — rosada, cor de Coca-Cola, vermelho vivo com coágulo?"

Urina **cor de Coca-Cola ou de chá**, sem coágulos, sugere origem **glomerular** — as hemácias atravessaram a membrana basal e foram degradadas no trajeto tubular ácido. Sangue **vermelho vivo com coágulos** sugere origem do trato urinário baixo ou de vaso maior, pois coágulo não se forma em sangue glomerular (a urotoquinase tubular o impede).

> "O sangue aparece no começo do xixi, no fim, ou o xixi inteiro é vermelho?"

Esta pergunta simples localiza com precisão surpreendente:

Momento	Origem provável	Mecanismo
Inicial (começo do jato, depois clareia)	Uretra, próstata	O primeiro jato lava a uretra
Terminal (só no fim, em gotas)	Colo vesical, trígono, próstata	A contração final espreme a base da bexiga
Total (todo o jato)	Bexiga, ureter, rim	O sangue já está misturado à urina armazenada

> "Doeu? Ou o sangue apareceu sem dor nenhuma?"

Esta é a pergunta oncológica. **Hematúria macroscópica indolor** é câncer urotelial até prova em contrário — especialmente em homem acima de 50 anos e em fumante, porque as aminas aromáticas do cigarro são excretadas pelo rim e ficam em contato prolongado com o urotélio armazenado na bexiga. A bexiga é o órgão que "guarda" o carcinógeno. Pergunte sempre a

profissão: trabalhadores de indústria de tintas, borracha, couro e corantes têm risco ocupacional clássico.

> "A urina tem estado espumosa? Inchou o rosto, principalmente de manhã? A pressão subiu?"

A tríade **hematúria + proteinúria (espuma) + hipertensão + edema** é síndrome nefrítica, e se a função renal cai em dias a semanas, é **glomerulonefrite rapidamente progressiva**, que exige biópsia e imunossupressão com urgência. Pergunte também: "Teve dor de garganta ou infecção de pele nas últimas semanas?" (pós-estreptocócica, 1 a 3 semanas depois), "Tem tossido sangue?" (síndrome pulmão-rim), "Tem dor nas juntas, manchas na pele, febre?" (vasculite, lúpus).

E a honestidade necessária: nem toda urina vermelha é sangue. Pergunte "comeu beterraba? Está tomando rifampicina, fenazopiridina, nitrofurantoína?" e, em mulher, "pode ser que seja da menstruação?". Hemoglobinúria e mioglobinúria (rabdomiólise — "fez exercício muito pesado? ficou muito tempo caído no chão?") dão urina escura sem hemácias.

9

Volume urinário, oligúria e anúria

> "A quantidade de xixi mudou? O senhor está urinando muito menos, ou quase nada?"

Oligúria é volume baixo, e a causa mais comum é pré-renal: desidratação, vômito, diarreia, sangramento, insuficiência cardíaca, uso de anti-inflamatório ou de inibidor da enzima conversora somado a desidratação. Pergunte: "Está bebendo água? Teve diarreia ou vômito? Começou algum remédio novo?"

Anúria verdadeira (praticamente nada de urina) é achado raro e alarmante, e tem poucas explicações: obstrução completa bilateral (ou de rim único), oclusão vascular bilateral, ou necrose cortical. Obstrução é sempre a primeira a excluir, porque é a única com solução mecânica imediata.

> "O senhor está urinando bastante e com muita sede, acordando à noite para beber?"

Poliúria leva a diabetes descompensado, diabetes insipidus, hipercalcemia e diurético.

Sintomas prostáticos: obstrutivos e irritativos

Na hiperplasia prostática benigna, a próstata cresce e aperta a uretra como um anel apertando uma mangueira. A bexiga responde hipertrofiando a musculatura para vencer a resistência — e essa musculatura espessada fica **irritável**. Por isso o paciente tem dois grupos de sintomas com mecanismos diferentes:

Obstrutivos (de esvaziamento)	Irritativos (de armazenamento)
Jato fraco e fino	Polaciúria
Demora para começar (hesitação)	Urgência

Obstrutivos (de esvaziamento)	Irritativos (de armazenamento)
Esforço abdominal para urinar	Noctúria
Jato intermitente, "para e volta"	Urge-incontinência
Gotejamento terminal	
Sensação de esvaziamento incompleto	

> "O jato está mais fraco do que era há cinco anos? O senhor precisa esperar um pouco para começar? Faz força com a barriga? O jato para e volta?"
>
> "O senhor já ficou sem conseguir urinar de jeito nenhum, com a barriga doendo?"

Retenção urinária aguda é emergência de sondagem. Pergunte sempre o gatilho: "tomou algum remédio de gripe, antialérgico, ou passou por cirurgia recente?" — anticolinérgicos e descongestionantes precipitam retenção em quem já tem obstrução parcial.

> "Perdeu peso? Tem dor nos ossos, nas costas? Teve sangue no sêmen?"

Sintomas de alarme para **câncer de próstata**. Pergunte a história familiar: "seu pai ou irmão teve câncer de próstata?".

Incontinência urinária

Comece normalizando, porque esse sintoma é subnotificado de forma dramática:

> "Muita gente perde um pouquinho de xixi sem querer e acha que é normal da idade. Acontece com a senhora?"

E então:

	De esforço	De urgência	De transbordamento
Quando perde	Ao tossir, rir, espirrar, levantar peso, correr	Logo depois de uma vontade súbita e irresistível	Gotejamento contínuo, sem vontade clara
Volume	Pequeno, em jatos	Moderado a grande	Pequeno e constante
Mecanismo	Falha do suporte uretral e do esfíncter; a pressão abdominal vence a resistência	Contração não inibida do detrusor (bexiga hiperativa)	Bexiga cheia que extravasa por obstrução ou por detrusor sem contração
Contexto típico	Mulher multípara, pós-menopausa, obesa	Qualquer idade; comum no idoso e no neurológico	Homem com prostatismo; diabético com bexiga neurogênica

	De esforço	De urgência	De transbordamento
Pergunta literal	"Escapa quando a senhora tosse ou espirra?"	"Dá aquela vontade que não dá tempo de chegar?"	"Fica pingando o tempo todo sem a senhora sentir?"

Pergunte ainda: "Quantos absorventes por dia a senhora usa por causa disso?" (quantifica o impacto) e "A senhora deixou de fazer alguma coisa — sair, viajar, se exercitar — por causa disso?" (mede o que realmente importa para o tratamento). Em mulher, pergunte sobre partos vaginais, peso dos bebês e uso de fórceps; em homem com incontinência, pergunte sobre cirurgia prostática prévia e sobre doença neurológica.

Doença renal crônica: a anamnese de exposições

Como a doença é silenciosa, aqui você caça fatores, não sintomas.

> "Há quanto tempo o senhor tem pressão alta? Ela fica controlada?"
>
> "Há quantos anos tem diabetes? Já falaram que tem açúcar no exame de urina, ou proteína?"

Hipertensão e diabetes são, juntos, a maior parte da doença renal crônica no Brasil.

> "O senhor toma anti-inflamatório? Nimesulida, diclofenaco, ibuprofeno? Quantas vezes por semana? Há quantos anos?"

Esta pergunta precisa ser feita pelos **nomes**, porque o paciente não considera analgésico um medicamento. Anti-inflamatórios reduzem a prostaglandina que mantém a arteríola aferente dilatada — ou seja, fecham a torneira de entrada do glomérulo, e em quem já está desidratado ou usa bloqueador do sistema renina-angiotensina isso derruba a filtração rapidamente.

> "Já teve pedra nos rins? Quantas vezes? Já fez alguma cirurgia ou litotripsia?"
>
> "Alguém na família faz ou fez hemodiálise? Alguém tem rim com cistos, rim policístico?"

A **doença renal policística autossômica dominante** transmite-se verticalmente, e o paciente frequentemente sabe apenas que "o pai fazia diálise". Pergunte também sobre aneurisma cerebral e morte por "derrame" em jovens na família, pela associação com aneurismas intracranianos.

> "O senhor tem se sentido cansado, sem apetite, com enjoo, com coceira no corpo? As pernas incham no fim do dia?"

Sintomas urêmicos tardios: fadiga, anorexia, náusea, prurido, hálito urêmico, edema, dispneia.

> "Já fez algum exame com contraste? Vai fazer? Está tomando algum suplemento, chá, remédio de farmácia de manipulação, anabolizante?"

Nefrotoxicidade é um dos poucos capítulos da nefrologia em que a anamnese previne a doença. Além de anti-inflamatórios e contraste iodado, pergunte por aminoglicosídeos, vancomicina, anfotericina, inibidores de bomba de prótons (nefrite intersticial), lítio, quimioterápicos, e por

suplementos de academia e chás emagrecedores, que frequentemente contêm substâncias não declaradas. Em quem vai receber contraste, os fatores que mais aumentam risco são doença renal prévia, diabetes, desidratação e insuficiência cardíaca — todos obtidos por anamnese.

Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis

Esta parte da entrevista só funciona se três condições forem atendidas: **privacidade real** (acompanhante fora da sala, porta fechada), **linguagem neutra** e **normalização explícita**. A técnica que melhor funciona é anunciar por que você vai perguntar e que você pergunta a todos:

> "Eu faço algumas perguntas sobre saúde sexual para todos os meus pacientes, porque isso influencia no diagnóstico. Fica tudo entre nós. Tudo bem?"

Depois, use linguagem que não pressuponha nada:

> "O senhor tem relações com homens, mulheres, ou ambos?"
>
> "Nos últimos seis meses, com quantas pessoas o senhor teve relação?"
>
> "O senhor usa preservativo? Sempre, às vezes, ou raramente?" — pergunte a frequência, não só o sim ou não, porque "uso" quase sempre significa "às vezes".
>
> "Tem relação vaginal, anal, oral?" — importa porque determina onde coletar amostra; uretrite, faringite e proctite gonocócica exigem sítios diferentes.
>
> "Seu parceiro ou parceira teve algum corrimento, ferida ou diagnóstico recente?"
>
> "O senhor já fez exame de HIV, sífilis e hepatite? Quando foi o último?"
>
> "Já ouviu falar de PrEP, o remédio que se toma para prevenir o HIV? O senhor usa?"

E pergunte sobre sintomas de forma concreta: "saiu alguma secreção pelo canal?", "apareceu alguma ferida, caroço ou verruga na região genital, no ânus ou na boca?", "dói ao urinar?", "teve ínguas na virilha?", "teve dor ou inchaço no testículo?".

Duas observações de postura. Primeiro, **não reaja** — nem com surpresa, nem com aprovação moral. A neutralidade é o que mantém o canal aberto. Segundo, evite pressupor monogamia, orientação, identidade de gênero ou prática sexual a partir do estado civil ou da aparência: "o senhor é casado" não responde a nenhuma dessas perguntas.

Dor escrotal e testicular

> "A dor começou de repente ou foi aumentando ao longo de dias?"

Torção testicular é súbita, muitas vezes noturna ou após esforço, intensa, com náusea e vômito, em adolescente ou adulto jovem, sem febre e sem sintomas urinários. **Epididimite** instala-se em dias, costuma vir com disúria ou febre. Na dúvida, o tempo manda: dor escrotal aguda com menos de 6 horas é torção até que a ultrassonografia mostre o contrário, e nenhuma anamnese é boa o suficiente para excluí-la sozinha.

Disfunção sexual

> "O senhor está satisfeito com a vida sexual? Tem tido dificuldade de conseguir ou manter a ereção?"

A disfunção erétil merece um lugar de destaque porque é, literalmente, um **teste de estresse vascular gratuito**. A ereção depende do endotélio produzir óxido nítrico e relaxar o músculo liso dos corpos cavernosos. As artérias penianas têm cerca de 1 a 2 milímetros de diâmetro, contra 3 a 4 milímetros das coronárias. A mesma placa de ateroma que ainda não obstruiu a coronária já obstrui a artéria peniana — como um cano fino que entope antes do cano grosso na mesma casa. Por isso a disfunção erétil de causa vascular **precede eventos coronarianos em média de dois a cinco anos**. Um homem de 50 anos com disfunção erétil nova merece avaliação de risco cardiovascular completa, e essa é uma das melhores oportunidades de prevenção que a anamnese oferece.

Para separar as causas, uma pergunta resolve muito:

> "O senhor acorda com ereção de manhã, ou consegue ereção sozinho?"

Ereções matinais e masturbatórias preservadas, com falha apenas na relação, apontam causa **psicogênica ou relacional**; perda global e progressiva aponta causa **vascular, neurológica ou hormonal**. Pergunte também sobre medicações (antidepressivos, betabloqueadores, tiazídicos, finasterida), álcool, tabagismo, diabetes, cirurgia pélvica e sintomas de hipogonadismo ("perdeu massa muscular, pelo, ficou sem disposição e sem desejo?").

Sinais de alarme

- Febre com calafrio e dor lombar — **pielonefrite**; se com hipotensão, taquicardia, confusão ou queda do débito urinário, **sepse urinária**.
- Cólica renal **com febre** — obstrução infectada, drenagem urgente.
- Anúria, ou cólica em paciente com **rim único**.
- **Hematúria macroscópica indolor**, sobretudo acima de 50 anos, em fumante ou com exposição ocupacional.
- Hematúria com edema, hipertensão e queda rápida da função renal — glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- Retenção urinária aguda com bexiga palpável e dor.
- **Dor escrotal súbita em jovem** — torção até prova em contrário.
- Dor perineal desproporcional ao exame, com crepitação ou toxemia, em diabético — gangrena de Fournier.
- ITU em **homem**, em **gestante**, em **transplantado**, em **portador de sonda** ou com cálculo — sempre complicada.
- Perda de peso, dor óssea, sintomas urinários novos no idoso — neoplasia.
- Hipercalemia sintomática ou doença renal avançada com dispneia, confusão ou pericardite — indicação dialítica.

Armadilhas

Aceitar "infecção urinária" como diagnóstico dado. Muitos pacientes chamam de infecção urinária qualquer desconforto ao urinar. Peça os sintomas, não o rótulo. E lembre-se: urina com cheiro forte ou turva, isoladamente, não diagnostica nada — é achado de baixo valor discriminatório, e vale dizer isso com honestidade.

Tratar bacteriúria assintomática. Bactéria na urina sem sintoma só se trata em **gestante** e antes de procedimento urológico invasivo. Fora disso, tratar seleciona resistência sem benefício. A anamnese é quem define a diferença — o exame não.

Esquecer de perguntar a possibilidade de gravidez. Em qualquer mulher em idade fértil com queixa abdominal, pélvica ou urinária, a gravidez muda diagnóstico e tratamento. A pergunta é obrigatória e deve ser feita em privacidade.

Não perguntar sobre anti-inflamatórios pelo nome. "Não tomo remédio nenhum, só uma nimesulidinha quando dói a coluna" é uma frase que você vai ouvir centenas de vezes.

9

Perguntar sobre sexo com o acompanhante na sala. Isso não gera uma resposta ruim: gera uma resposta falsa, que é pior, porque você vai acreditar nela.

Usar eufemismo excessivo ou jargão. "O senhor tem vida sexual ativa?" é vago e responde pouco. "Tem dispareunia?" não é português falado. Prefira frases concretas e simples.

Pressupor heterossexualidade, monogamia ou abstinência. A pressuposição fecha o assunto antes de ele começar.

Confundir incontinência com poliúria e noctúria. São três queixas diferentes com causas diferentes, e o paciente usa "fazer muito xixi" para todas as três.

Um exemplo de HDA escrita

Homem, 67 anos, tabagista de 40 maços-ano, aposentado da indústria de tintas.

"Há 3 semanas, notou episódios intermitentes de hematúria macroscópica, com urina vermelho-vivo por todo o jato e presença de pequenos coágulos, sem dor associada em nenhum momento, sem febre, disúria ou dor lombar. Os episódios duram cerca de um dia e a urina retorna à coloração normal entre eles, o que motivou a demora em procurar atendimento. Refere jato urinário mais fraco há cerca de 2 anos, com hesitação e noctúria de 2 episódios, sem piora recente. Nega perda de peso, dor óssea e trauma. Nega uso de anticoagulantes, anti-inflamatórios ou beterraba. Sem história prévia de litíase. Pai com câncer de próstata aos 70 anos."

Repare: o texto afirma explicitamente a **ausência de dor** e o caráter **total** da hematúria, porque são esses dois dados que constroem a hipótese de neoplasia urotelial; registra a exposição ocupacional e o tabagismo; e descarta ativamente os simuladores (pigmentos, menstruação, anticoagulante).

Para levar

- Pense no trato urinário como um tubo: ardência e urgência são mucosa baixa, febre com dor lombar é parênquima renal, jato fraco é obstrução na saída, espuma e edema são glomérulo.
- **Cistite não dá febre.** Febre com calafrio e dor lombar unilateral é pielonefrite, e pielonefrite com cálculo é drenagem, não só antibiótico.
- ITU em **homem, gestante, sondado, transplantado ou com cálculo** é sempre complicada — e em homem jovem, pense também em infecção sexualmente transmissível.
- Na cólica renal, a irradiação da dor diz a altura do cálculo, e quem se contorce tem cólica, quem fica imóvel tem peritônio.
- Sempre pergunte se o paciente **tem os dois rins**.
- Hematúria **inicial** é uretra, **terminal** é colo vesical, **total** é bexiga, ureter ou rim.
- **Hematúria macroscópica indolor em fumante acima de 50 anos é câncer urotelial até prova em contrário.**
- Anúria verdadeira é obstrução até que se prove o contrário, porque é a única causa com solução mecânica imediata.
- Pergunte anti-inflamatório **pelo nome comercial**, e o número de dias por semana — o paciente não chama analgésico de remédio.
- Incontinência: escapa ao tossir é esforço, escapa após vontade súbita é urgência, pinga o tempo todo é transbordamento.
- Saúde sexual exige privacidade real, linguagem neutra e o anúncio de que você pergunta a todos — a técnica aqui é instrumento diagnóstico, não etiqueta.
- **Disfunção erétil é angina do pênis:** artéria fina entope antes da grossa, e ela costuma anunciar a doença coronariana com anos de antecedência.

9

Referências

Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. J Urol. 1992;148(5):1549-57.

Davis R, Jones JS, Barocas DA, et al. Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in adults: AUA guideline. J Urol. 2012;188(6 Suppl):2473-81.

Hooton TM. Uncomplicated urinary tract infection. N Engl J Med. 2012;366(11):1028-37.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl. 2012;2(1):1-138.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl. 2013;3(1):1-150.

Partin AW, Dmochowski RR, Kavoussi LR, Peters CA, editors. Campbell-Walsh-Wein Urology. 12th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. J Urol. 2014;192(2):316-24.

Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.

Skorecki K, Chertow GM, Marsden PA, Taal MW, Yu ASL, editors. Brenner and Rector's The Kidney. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

9

10

CAPÍTULO 10

Anamnese ginecológica e obstétrica

Este capítulo resolve o problema de entrar num território em que quase toda queixa tem uma variável escondida — a possibilidade de gravidez — e em que a entrevista precisa ser ao mesmo tempo minuciosa e cuidadosa. Você vai sair daqui sabendo montar uma história menstrual que fecha diagnóstico, reconhecer os sinais de alarme de cada trimestre, e conduzir com segurança a conversa sobre violência sexual e violência por parceiro íntimo.

Por que essa anamnese é diferente

Existe uma pergunta que atravessa este capítulo inteiro e que precisa ser feita antes de qualquer hipótese: **existe a possibilidade de gravidez?** Não é uma pergunta de rotina: é uma pergunta que reorganiza o diferencial, contraindica medicações, muda a indicação de imagem e transforma uma dor pélvica banal numa emergência. Toda mulher em idade fértil com dor abdominal ou pélvica tem gravidez ectópica no seu diferencial até que um teste diga o contrário. Repita isso para si mesmo até virar reflexo, porque a gravidez ectópica rota é uma das principais causas evitáveis de morte materna, e ela se apresenta exatamente como muitas coisas benignas.

A segunda diferença é que o **ciclo menstrual é um sinal vital**. Ele é o produto final de um eixo que começa no hipotálamo, passa pela hipófise, chega ao ovário e termina no endométrio — e qualquer perturbação relevante nesse trajeto, incluindo estresse, perda de peso, excesso de exercício, doença tireoidiana, hiperprolactinemia e síndrome dos ovários policísticos, se anuncia primeiro como irregularidade menstrual. Perguntar bem sobre o ciclo é obter, de graça, um exame funcional de quatro órgãos.

A terceira diferença é a **dupla temporalidade** da obstetrícia: você está avaliando duas pessoas, e o que é urgente para uma pode não ser para a outra. Além disso, a mesma queixa muda completamente de significado conforme a idade gestacional: sangramento no primeiro trimestre faz pensar em abortamento e ectópica; no terceiro, em placenta prévia e descolamento.

Contração no terceiro trimestre pode ser trabalho de parto normal; antes de 37 semanas, é prematuridade. Sem a idade gestacional, nenhuma queixa obstétrica pode ser interpretada.

E a quarta diferença, que é de postura: esta é a consulta em que mais se fala de corpo, de sexo, de perdas e de intimidade. Privacidade é condição técnica. Acompanhante — inclusive marido, mãe e filha — deve sair da sala em algum momento da consulta, sempre, como rotina, e não apenas quando você desconfia de alguma coisa. Se for rotina para todas, ninguém se sente acusada.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido

- **Gravidez ectópica rota** — dor pélvica e atraso menstrual; choque hipovolêmico sem sangramento externo proporcional.
- **Pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia** — cefaleia, escotomas, epigastralgia, hipertensão; convulsão e hemorragia cerebral.
- **Síndrome HELLP** — epigastralgia e mal-estar em gestante, com hemólise, plaquetopenia e lesão hepática.
- **Descolamento prematuro de placenta** — dor abdominal intensa, útero endurecido, sangramento escuro; sofrimento fetal agudo.
- **Placenta prévia com sangramento** — sangramento vermelho vivo, indolor, no terceiro trimestre.
- **Hemorragia pós-parto** e **abortamento infectado** — sepse e choque.
- **Doença inflamatória pélvica com abscesso tubo-ovariano** — dor, febre, risco de rotura e peritonite.
- **Torção anexial** — dor súbita intensa, perda da gônada em horas.
- **Sepse por infecção puerperal.**

As comuns

Dismenorreia primária, sangramento uterino anormal por disfunção ovulatória, síndrome dos ovários policísticos, miomatose uterina, candidíase e vaginose bacteriana, cistite, endometriose, gestação de curso normal com queixas fisiológicas, climatério sintomático, abortamento espontâneo de primeiro trimestre.

As que só aparecem se você perguntar

Dispareunia profunda de anos ("achei que era normal doer"), endometriose mascarada por anticoncepcional contínuo, dismenorreia incapacitante que faz a adolescente faltar à escola todo mês, uso irregular do anticoncepcional, pré-eclâmpsia em gestação anterior nunca mencionada, perdas gestacionais precoces que a paciente não conta como gestações, rastreamento de câncer de colo nunca feito, incontinência pós-parto, transtorno de humor no puerpério, e **violência sexual e violência por parceiro íntimo**.

10

As perguntas, com o porquê de cada uma

A história menstrual completa

> "Com que idade a senhora menstruou pela primeira vez?"

A **menarca** situa o eixo: menarca antes dos 8 anos é puberdade precoce; ausência de menarca aos 15 anos, ou aos 13 sem nenhum sinal puberal, é amenorreia primária.

> "Quando foi o primeiro dia da sua última menstruação?"

A **data da última menstruação** é o dado mais importante da ficha inteira. Anote sempre o **primeiro dia**, porque é dele que se contam idade gestacional e fase do ciclo.

> "De quanto em quanto tempo ela vem? Contando do primeiro dia de uma até o primeiro dia da seguinte."

Ciclo normal tem entre 24 e 38 dias. Explique o método de contagem, porque metade das mulheres conta do fim de um ao começo do outro.

> "Ela vem sempre na data certa, ou atrasa e adianta?"

Regularidade é o melhor marcador clínico de **ovulação**. Ciclos regulares como relógio quase sempre são ovulatórios; ciclos que variam muito sugerem anovulação, e anovulação prolongada expõe o endométrio a estrogênio sem progesterona — como um jardim adubado sem nunca ser podado, ele cresce de forma desorganizada, sangra irregularmente e, com os anos, aumenta o risco de hiperplasia e câncer de endométrio.

> "Quantos dias dura o sangramento?"

Até 8 dias é considerado normal.

> "Quantos absorventes a senhora usa por dia nos dias de maior fluxo? Eles ficam encharcados? A senhora precisa trocar de madrugada? Sai coágulo? Do tamanho de quê?"

Esta é a maneira de **quantificar o fluxo**, e é muito superior a perguntar "é muito ou pouco", porque cada mulher compara apenas consigo mesma. Encharcar mais de um absorvente por hora por várias horas, precisar acordar à noite para trocar, e coágulos maiores que uma moeda são marcadores de sangramento aumentado. Complete com: "A senhora já teve anemia? Já precisou tomar ferro ou receber sangue?" — a repercussão é o que define gravidade.

> "A senhora tem cólica? Ela atrapalha? A senhora falta ao trabalho ou à escola por causa dela? Melhora com remédio?"

Dismenorreia que incapacita, que não responde a anti-inflamatório, ou que começou anos depois da menarca (dismenorreia secundária), levanta endometriose, adenomiose e miomas. A cólica primária é a prostaglandina do endométrio contraindo o miométrio e reduzindo seu próprio fluxo sanguíneo — é, literalmente, uma angina uterina, e por isso a dor é em cólica e responde a anti-inflamatório.

Para **sangramento uterino anormal**, pergunte pelos quatro eixos que o descrevem: frequência (vem com que intervalo), duração (quantos dias), volume (quantos absorventes) e regularidade (é previsível). E acrescente:

> "A senhora sangra fora da época da menstruação? Sangra depois da relação sexual?"

Sangramento pós-coito é red flag para lesão de colo uterino — pólipo, cervicite e, principalmente, câncer de colo — e pede exame especular e rastreamento imediato, não tranquilização.

> "Depois que a senhora entrou na menopausa, teve algum sangramento, mesmo que pequeno?"

Sangramento pós-menopausa é câncer de endométrio até prova em contrário, e exige investigação com ultrassonografia e frequentemente biópsia. Não existe sangramento pós-menopausa "normal".

Amenorreia

Organize o raciocínio como uma árvore, de baixo para cima no eixo:

Amenorreia primária (nunca menstruou):

> "A senhora teve desenvolvimento das mamas? Pelos? Com que idade?"

Se **há caracteres sexuais secundários**, o eixo funcionou e o problema costuma ser de **saída**: agenesia de útero e vagina (síndrome de Mayer-Rokitansky), septo vaginal, hímen imperfurado. Pergunte: "A senhora tem cólica todo mês, mas não desce sangue?" — dor cíclica sem fluxo é obstrução, e o sangue está preso.

Se **não há caracteres sexuais secundários**, o eixo não funcionou: disgenesia gonadal (Turner — pergunte sobre baixa estatura), hipogonadismo hipogonadotrófico, atraso constitucional. Pergunte: "Tem alguém na família que menstruou muito tarde?" e "A senhora sente cheiros normalmente?" (anosmia aponta síndrome de Kallmann).

Amenorreia secundária (menstruava e parou por três meses ou mais, ou por três ciclos):

1. **Gravidez sempre primeiro.** "Existe chance de a senhora estar grávida?" — e faça o teste mesmo se ela disser que não.
2. **Eixo central:** "A senhora perdeu peso? Está treinando muito? Passou por algum estresse grande? Come normalmente?" — amenorreia hipotalâmica funcional. "Sai leite da mama sem estar amamentando? Tem dor de cabeça ou mudou a visão?" — hiperprolactinemia e tumor hipofisário. Pergunte também os medicamentos: antipsicóticos, metoclopramida e antidepressivos elevam prolactina.
3. **Tireoide:** "Ganhou peso, sente frio, intestino preso, cabelo caindo?" — o hipotireoidismo desregula o eixo e eleva prolactina.
4. **Ovário:** "A senhora tem pelos no rosto, acne, dificuldade de emagrecer, manchas escuras no pescoço?" — síndrome dos ovários policísticos. "Tem calorões, secura vaginal, e menos de 40 anos?" — insuficiência ovariana prematura.

5. **Útero:** "A senhora fez curetagem, aborto ou alguma cirurgia no útero antes de parar de menstruar?" — sinéquias uterinas (síndrome de Asherman), em que o endométrio foi lesado e as paredes aderiram, como duas superfícies coladas por dentro de um saco.

Dor pélvica aguda

> "Quando foi sua última menstruação? Existe chance de gravidez?"

Primeiro, sempre. E então:

> "A dor começou de repente, num segundo, ou foi aumentando?"

Dor súbita e intensa: **torção anexial**, **rotura de cisto**, **gravidez ectópica rota**. Dor progressiva em dias: **doença inflamatória pélvica**, **apendicite**, **infecção urinária**.

> "A dor é de um lado só? Ela desce para o ombro?"

Dor referida no ombro em mulher com dor pélvica é um sinal precioso: sangue livre na cavidade irrita o diafragma, cuja inervação (nervo frênico, C3-C5) compartilha os mesmos segmentos medulares da pele do ombro, e o cérebro atribui a dor ao território mais familiar. Em contexto de atraso menstrual, isso é hemoperitônio por ectópica rota até prova em contrário — é a mesma lógica de um chamado telefônico que chega pela linha errada porque dois ramais compartilham a central.

> "A senhora teve corrimento diferente? Febre? Dói na relação, lá no fundo?"

Doença inflamatória pélvica: dor pélvica, corrimento, febre, dispareunia profunda, dor à mobilização do colo. Pergunte fatores: parceiro novo, múltiplos parceiros, dispositivo intrauterino inserido recentemente, episódio prévio.

> "A dor começou em volta do umbigo e depois foi para o lado direito de baixo? Perdeu a fome?"

A migração periumbilical para fossa ilíaca direita com anorexia é o roteiro clássico da **apendicite**, e ela permanece no diferencial de toda dor pélvica à direita.

> "Teve náusea e vômito intensos junto com a dor?"

Torção anexial costuma vir com vômitos proeminentes e dor em cólica intermitente que depois se torna contínua; é mais comum quando há cisto ou massa ovariana, e a janela para preservar o ovário é curta.

Dor pélvica crônica

Definida como dor pélvica por mais de seis meses. Aqui a anamnese é longa e paciente, e a pergunta que mais falta é sobre relação sexual.

> "A dor tem alguma relação com a menstruação? Piora nos dias que antecedem, ou durante?"

Dor **cíclica**, que piora no período menstrual, aponta **endometriose** e **adenomiose**. O mecanismo é direto: o tecido endometrial ectópico responde aos mesmos hormônios, sangra no mesmo momento, e o sangue em local fechado inflama e forma aderências.

> "A senhora sente dor na relação sexual? É na entrada, ou lá no fundo?"

Esta é a pergunta que quase nunca é feita e que quase sempre muda o diagnóstico. **Dispareunia superficial** (na entrada) aponta vulvovaginite, atrofia, vaginismo, vestibulodinia. **Dispareunia profunda** (no fundo, em certas posições) aponta endometriose, aderências, doença inflamatória pélvica crônica, síndrome miofascial do assoalho pélvico. Muitas mulheres convivem com isso por anos porque ninguém perguntou e porque lhes disseram que doer é normal. Não é.

> "Dói para evacuar durante a menstruação? Tem sangue nas fezes nesse período?"

Endometriose profunda com acometimento intestinal.

> "A senhora já engravidou ou tenta engravidar? Há quanto tempo?"

Infertilidade associada à dor cíclica reforça endometriose.

> "A senhora já fez cirurgia no abdome ou na pelve? Cesárea, apendicite, laqueadura?"

Aderências pós-operatórias.

> "Se eu apertar aqui na parede da barriga, é essa mesma dor?"

Dor miofascial da parede abdominal e do assoalho pélvico é subdiagnosticada e responde a tratamento específico; é dor reproduzível à palpação de pontos-gatilho, sem relação com o ciclo.

Corrimento vaginal

> "Como é o corrimento — cor, cheiro, quantidade? Coça? Arde?"

Característica	Candidíase	Vaginose bacteriana	Tricomoníase
Aspecto	Branco, grumoso, "leite coalhado"	Acinzentado, fino, homogêneo	Amarelo-esverdeado, bolhoso, abundante
Odor	Sem odor marcante	**Odor de peixe**, pior após relação	Pode ter odor forte
Sintoma dominante	**Prurido intenso**, ardor	Odor e corrimento; pouco prurido	Prurido, ardor, dispareunia
Pergunta literal	"Coça muito? Parece leite talhado?"	"Tem cheiro ruim, principalmente depois da relação?"	"É esverdeado e espumoso? Seu parceiro tem sintoma?"

O odor de peixe da vaginose piora após a relação porque o sêmen alcalino volatiliza as aminas produzidas pelas bactérias anaeróbias — é química de cozinha acontecendo na vagina. Pergunte também sobre uso recente de antibiótico, diabetes e ducha vaginal (que destrói a flora de

lactobacilos e é causa, não solução). E acrescente sempre: "Tem dor pélvica ou febre junto?" — corrimento com dor pélvica alta muda para doença inflamatória pélvica, que é outro problema.

Contracepção

> "A senhora usa algum método para não engravidar? Qual?"
>
> "Como a senhora toma a pílula? Consegue tomar todo dia no mesmo horário? Nesse último mês, quantos comprimidos a senhora acha que esqueceu?"

A pergunta sobre **adesão real** precisa ser feita sem julgamento e de forma que permita a resposta honesta. Formule de modo permissivo: "Muita gente esquece de tomar alguns dias no mês — com a senhora acontece?". Falha de método é a explicação de boa parte das gestações "impossíveis".

> "A senhora usa preservativo também? Porque a pílula previne gravidez, mas não previne infecção."
>
> "Teve vômito ou diarreia, ou tomou algum antibiótico recentemente?" — podem reduzir a absorção.

Em quem usa dispositivo intrauterino: "A senhora checou o fio? Teve cólica diferente ou corrimento novo?". E, sempre: "A senhora fuma? Quantos cigarros? Tem enxaqueca com aura?" — tabagismo acima dos 35 anos e enxaqueca com aura contraindicam contraceptivo combinado pelo risco tromboembólico e de AVC.

História obstétrica

Use a notação **GPA**: G de gestações, P de partos (discriminando vaginais e cesáreas), A de abortamentos. Uma mulher G4P2A1 com uma gestação atual tem quatro gestações, dois partos, um abortamento.

> "Quantas vezes a senhora engravidou, contando todas — inclusive as que não foram até o fim?"

Essa formulação é importante: muitas mulheres não contam perdas precoces como gestações.

Para **cada gestação**, pergunte o desfecho:

> "Com quantas semanas nasceu? Foi parto normal ou cesárea? Por que foi cesárea? Quanto o bebê pesou? Ele está bem hoje?"

E depois as três informações que mais mudam o risco atual:

> "A senhora já teve pressão alta na gravidez, pré-eclâmpsia, ou convulsão na gravidez?"

Pré-eclâmpsia prévia é o mais forte fator de risco isolado para pré-eclâmpsia na gestação atual, e indica profilaxia com ácido acetilsalicílico em baixa dose iniciada no primeiro trimestre. Além disso, é marcador de risco cardiovascular para o resto da vida da mulher — a gravidez funcionou como um teste de esforço vascular que ela não passou.

> "Algum bebê nasceu antes do tempo? Com quantas semanas?"

Prematuridade prévia é o principal preditor de prematuridade recorrente e muda o seguimento (medida de colo uterino, progesterona).

> "A senhora teve perdas? Quantas? Com quantas semanas?"

Abortamentos de repetição (duas ou três perdas) levantam síndrome antifosfolípide, alterações uterinas, cromossomopatias e doença tireoidiana. Perdas de segundo trimestre, indolores e rápidas, levantam **insuficiência istmocervical**. Pergunte sempre com delicadeza e sem pressa; para muitas mulheres essas são as perguntas mais difíceis da consulta.

Pergunte também sobre diabetes gestacional, macrossomia, hemorragia pós-parto, depressão pós-parto, e dificuldade de amamentação — todos recorrem.

Pré-natal

> "Qual foi o primeiro dia da sua última menstruação? A senhora tem certeza da data?"

A idade gestacional pela **data da última menstruação** assume ciclos regulares de 28 dias com ovulação no 14º dia. Quando a data é incerta, quando os ciclos são irregulares, ou quando houve uso recente de contraceptivo, ela erra.

> "A senhora fez ultrassom no começo da gravidez? Com quantas semanas? O que deu?"

A **ultrassonografia do primeiro trimestre** é o padrão para datar, porque no início todos os embriões crescem em ritmo praticamente idêntico — o comprimento cabeça-nádega é uma régua confiável até cerca de 13 semanas. Depois, a variação genética individual entra em cena e a datação perde precisão progressivamente. A regra prática: **a idade gestacional se estabelece uma vez, o mais cedo possível, e não se redefine depois**.

Queixas e alarmes por trimestre:

Primeiro trimestre. Queixas esperadas: náusea e vômito, mastalgia, sonolência, polaciúria. Pergunte: "A senhora está conseguindo comer e beber? Perdeu peso?" — vômitos incoercíveis com perda de peso e desidratação configuram hiperêmese. Alarmes: **sangramento** (abortamento, ectópica) e **dor pélvica**. Pergunte: "Teve sangramento? Quanto? Saiu algum tecido? Dói?"

Segundo trimestre. Costuma ser o período de menos queixas. Pergunte: "A senhora já sentiu o bebê mexer? Desde quando?" (por volta de 18 a 20 semanas na primeira gestação, mais cedo nas seguintes). Alarmes: **perda de líquido** ("molhou a calcinha de um jeito que não dá para segurar? é água ou urina?"), contrações regulares, encurtamento de colo, sangramento.

Terceiro trimestre. Queixas esperadas: pirose, lombalgia, edema de membros inferiores, falta de ar ao deitar, dificuldade de dormir, contrações irregulares de treinamento. Os alarmes são os que você precisa saber de cor:

> "O bebê está mexendo do jeito de sempre? Diminuiu?"

Redução dos movimentos fetais é um dos poucos sinais que a gestante pode monitorar sozinha e é motivo de avaliação imediata.

> "Teve sangramento? Veio com dor ou sem dor?"

Sangramento **indolor**, vermelho vivo, sugere **placenta prévia**; sangramento **com dor intensa e útero endurecido** sugere **descolamento prematuro de placenta**, que pode ter sangramento pequeno e ser gravíssimo, porque boa parte do sangue fica retida atrás da placenta.

> "Perdeu líquido pela vagina?"

Rotura prematura de membranas.

> "A senhora está com dor de cabeça que não passa? Enxergando pontos brilhantes, luzes ou embaçado? Está doendo aqui na boca do estômago, embaixo das costelas, do lado direito?"

Este é o tripé sintomático da **pré-eclâmpsia grave**, e cada elemento tem mecanismo: a cefaleia e os escotomas vêm do edema e da vasoconstrição cerebral (a mesma disfunção endotelial generalizada da doença), e a **epigastralgia ou dor em hipocôndrio direito** vem da distensão da cápsula hepática por edema e microhemorragias — é o fígado inchando dentro de uma cápsula que não estica, e é o sintoma que anuncia HELLP. Uma gestante com epigastralgia no terceiro trimestre não tem gastrite até que se meça a pressão e se pedem plaquetas e transaminases.

Complete o pré-natal com: vacinas ("tomou a vacina do tétano/dTpa? da gripe? da hepatite B? da covid?"), sorologias ("fez os exames de sífilis, HIV, hepatite, toxoplasmose? deu alguma coisa alterada?"), e medicações e exposições ("está tomando algum remédio, chá, suplemento? bebe? fuma? usa alguma droga?"). Sobre **teratógenos**, pergunte por classe e por nome: isotretinoína, ácido valproico e outros anticonvulsivantes, varfarina, inibidores da enzima conversora e bloqueadores do receptor de angiotensina, metotrexato, lítio, misoprostol. E pergunte antes de prescrever qualquer coisa a qualquer mulher em idade fértil.

Climatério e menopausa

Menopausa é o diagnóstico retrospectivo de 12 meses sem menstruação. Climatério é a transição.

> "Há quanto tempo a senhora não menstrua?"
>
> "A senhora tem calorões? Quantos por dia? Eles atrapalham o sono?"
>
> "Tem tido secura vaginal, ardência, dor na relação? Tem urinado com mais frequência ou tido infecção urinária mais vezes?"

A **síndrome geniturinária da menopausa** é extremamente prevalente, responde bem a tratamento local e quase nunca é relatada espontaneamente — a mulher presume que é o preço inevitável da idade.

> "Como está o sono? E o humor? Está mais irritada, mais triste?"

E, sempre: **"Depois que parou de menstruar, teve algum sangramento?"** — a pergunta oncológica do climatério.

Aproveite a consulta para a saúde óssea e cardiovascular: "Já fez densitometria? Já quebrou algum osso com queda pequena? Alguém na família teve fratura de quadril?"

Rastreamento perguntado de forma útil

Perguntar "a senhora faz exames de rotina?" produz um "sim" inútil. Pergunte com data e resultado:

> "Quando foi seu último preventivo, o exame do colo do útero? Que ano? Alguma vez deu alguma alteração? A senhora chegou a fazer algum tratamento no colo?"
>
> "A senhora já fez mamografia? Quando foi a última? Já precisou repetir ou fazer ultrassom depois?"
>
> "Alguém na sua família teve câncer de mama ou de ovário? Com que idade? Mais de uma pessoa?"

História familiar com casos precoces ou múltiplos muda a idade de início e a modalidade do rastreamento.

> "A senhora tomou a vacina contra HPV?"

10

Violência sexual e violência por parceiro íntimo

Esta é a parte da consulta que exige mais preparo e menos improviso. Três princípios orientam tudo.

Primeiro, condições. A pergunta só é feita **a sós**. Não existe exceção: nem com o marido, nem com a mãe, nem com a filha, nem com o companheiro que "faz questão de ficar". Se o acompanhante resistir a sair, torne isso rotina institucional e não pessoal: "Aqui eu converso um pouco a sós com todas as pacientes, é parte da consulta. O senhor pode aguardar ali fora que já chamo." Nunca use um familiar, e muito menos um filho, como intérprete.

Segundo, formulação. Não use checklist, não dispare uma bateria de perguntas, não pressione por detalhes. Pergunte uma vez, de forma aberta, e deixe espaço. Uma abertura que funciona bem, por normalizar e por não acusar:

> "Como muitas mulheres passam por situações de violência em casa e isso afeta a saúde, eu pergunto para todas: a senhora se sente segura em casa? Alguém tem te machucado, te ameaçado, ou te forçado a ter relação sexual?"

Se a resposta for não, pare. Uma pergunta feita com respeito, mesmo respondida com "não", já comunica que aquele consultório é um lugar onde isso pode ser dito — e muitas mulheres voltam meses depois para contar.

Terceiro, o que fazer diante de um sim. A sequência é: **acolher, validar, avaliar risco, cuidar, oferecer caminhos, notificar**.

Acolher e validar vem antes de qualquer outra coisa, e cabe em poucas frases ditas com calma: "Obrigado por confiar em mim. Sinto muito que isso esteja acontecendo. Isso não é culpa sua, e a senhora não está sozinha."

Avaliar risco imediato com poucas perguntas e sem interrogatório: "A senhora está em perigo agora? Tem para onde ir hoje? Ele tem arma? As ameaças aumentaram nos últimos tempos? Tem crianças em casa?" Aumento de frequência e gravidade, ameaça de morte, acesso a arma de fogo, estrangulamento prévio e gravidez são os marcadores de maior letalidade.

Cuidar do que é clínico e tem janela de tempo: em violência sexual recente, há condutas que dependem de horas — contracepção de emergência, profilaxia pós-exposição para HIV, profilaxia para outras infecções sexualmente transmissíveis, imunização, coleta de material, apoio em saúde mental. Não adie por causa de burocracia, e **o atendimento em saúde não depende de boletim de ocorrência**.

Oferecer caminhos sem impor: informe sobre serviços de referência, assistência social, delegacia especializada, casa-abrigo e canais de denúncia (no Brasil, o Ligue 180 e o Disque 100). Deixe claro que a decisão é dela. Pressionar uma mulher a denunciar ou a sair de casa contra a própria avaliação de risco pode aumentar o perigo, e essa é uma lição difícil mas importante: quem conhece melhor o risco é ela.

Notificar: no Brasil, a **notificação compulsória** de violência interpessoal e autoprovocada ao sistema de vigilância epidemiológica é obrigação do serviço de saúde e tem finalidade epidemiológica e de proteção — é diferente de denúncia policial, e não exige autorização da paciente. Em casos envolvendo **criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência**, há também comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes. Explique isso à paciente com honestidade, sem surpresa e sem ameaça: ela precisa saber o que vai acontecer com a informação que acabou de te dar. As normas variam e são atualizadas — conheça o fluxo do seu serviço antes de precisar dele, não durante.

Registrar de modo objetivo, com as palavras da paciente entre aspas, descrevendo lesões sem interpretar intenção e sem julgamento. O prontuário pode se tornar documento.

E uma advertência final de postura: não investigue como detetive, não confronte o acompanhante, não force a revelação, e não transforme a suspeita em interrogatório. Seu papel é **manter a porta aberta, garantir segurança imediata e conectar a rede**.

Sinais de alarme

- **Atraso menstrual com dor pélvica** — gravidez ectópica até prova em contrário; com dor no ombro, lipotimia ou hipotensão, rotura.
- **Sangramento pós-menopausa** — câncer de endométrio até prova em contrário.

- **Sangramento pós-coito** — lesão de colo; investigar câncer de colo.
- Sangramento com repercussão hemodinâmica ou anemia sintomática.
- Dor pélvica súbita e intensa com vômitos — torção anexial.
- Dor pélvica com febre e corrimento — doença inflamatória pélvica, abscesso tubo-ovariano.
- Gestante com **cefaleia persistente, escotomas ou epigastralgia** — pré-eclâmpsia grave e HELLP.
- Gestante com convulsão — eclâmpsia.
- **Redução de movimentos fetais.**
- Sangramento no terceiro trimestre, com ou sem dor.
- Perda de líquido antes de 37 semanas.
- Contrações regulares antes de 37 semanas.
- Febre no puerpério, lóquios fétidos, sangramento aumentado.
- Qualquer relato de violência, com ou sem lesão visível.

Armadilhas

Não perguntar sobre gravidez. É a omissão mais cara deste capítulo. "Ela disse que não tem chance" não é um teste de gravidez.

Aceitar "menstruação normal" sem quantificar. Cada mulher compara apenas consigo mesma. Pergunte absorventes, coágulos, trocas noturnas e anemia.

Não perguntar sobre dor na relação. É a pergunta que mais falta em dor pélvica crônica e a que mais frequentemente revela endometriose.

Contar apenas as gestações que "deram certo". Pergunte explicitamente por perdas, e conte-as.

Tratar epigastralgia de gestante como gastrite. Meça a pressão antes de prescrever antiácido.

Datar a gestação duas vezes. Estabeleça a idade gestacional uma vez, pelo melhor critério disponível, e mantenha.

Perguntar sobre violência com o acompanhante na sala — ou, pior, na frente do agressor. Isso pode aumentar o risco da paciente e produzir uma negativa falsa.

Prescrever sem checar teratogenicidade em mulher em idade fértil.

Usar jargão. "Dispareunia", "metrorragia", "coitarca" não são palavras do português falado. Diga "dor na relação", "sangramento fora da época", "primeira relação".

Assumir heterossexualidade ou atividade sexual a partir do estado civil, da idade ou da aparência.

Um exemplo de HDA escrita

Mulher, 28 anos, G2P1A0, DUM há 7 semanas.

"Há 12 horas iniciou dor abdominal em hipogástrio, mais intensa à direita, de início súbito, contínua, intensidade 8/10, sem fator de melhora, acompanhada de discreto sangramento vaginal escuro, em quantidade menor que uma menstruação habitual, sem eliminação de tecidos. Refere atraso menstrual de aproximadamente 3 semanas em ciclos previamente regulares de 29 dias, com teste de gravidez de farmácia positivo há 10 dias, sem ultrassonografia realizada até o momento. Há 2 horas, apresentou dor irradiada para o ombro direito e episódio de lipotimia ao levantar-se. Nega febre, corrimento, disúria ou alteração do hábito intestinal. Antecedente de doença inflamatória pélvica tratada aos 24 anos; uso de dispositivo intrauterino retirado há 6 meses. Gestação anterior sem intercorrências, parto vaginal a termo."

Repare no que o parágrafo faz: fixa a **idade gestacional presumida**, registra o **teste positivo sem ultrassonografia** (ou seja, gravidez de localização ainda desconhecida), descreve o **sangramento escuro e escasso** típico da ectópica, e traz os dois dados que fecham a urgência — **dor referida no ombro** e **lipotimia** —, além dos fatores de risco de doença tubária prévia.

10

Para levar

- A primeira pergunta de toda queixa abdominal ou pélvica em mulher em idade fértil é a possibilidade de gravidez — e a resposta definitiva vem do teste, não da entrevista.
- **Atraso menstrual mais dor pélvica é gravidez ectópica até prova em contrário**; dor referida no ombro é sangue irritando o diafragma.
- O ciclo menstrual é um sinal vital: regularidade fala de ovulação, e ovulação fala de todo o eixo.
- Quantifique o fluxo em **absorventes, coágulos, trocas noturnas e anemia** — não em "muito" ou "pouco".
- **Sangramento pós-menopausa é câncer de endométrio até que se prove o contrário.** Sangramento pós-coito é lesão de colo até que se prove o contrário.
- Pergunte sempre sobre dor na relação, e distinga superficial de profunda — é o atalho para endometriose e para dor miofascial.
- Conte todas as gestações, inclusive as perdidas: pré-eclâmpsia, prematuridade e abortamento prévios reescrevem o risco atual.
- Sem idade gestacional, nenhuma queixa obstétrica pode ser interpretada — e a datação se faz uma vez, pelo ultrassom mais precoce.
- **Epigastralgia em gestante no terceiro trimestre é pré-eclâmpsia até que se meça a pressão** — é a cápsula do fígado distendida, não gastrite.
- Redução de movimentos fetais é avaliação imediata, sem exceção.
- Sobre violência: pergunte **a sós**, uma vez, sem checklist; acolha, avalie a segurança imediata, ofereça caminhos sem impor, notifique conforme a lei e registre com as palavras dela.
- Privacidade nesta consulta não é gentileza: é a condição técnica sem a qual os dados que importam não existem.

Referências

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-60.

Berek JS, editor. Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.

Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Tratado de ginecologia Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.

Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(4):1159-68.

Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018;143(3):393-408.

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cad Saude Publica. 2007;23(11):2577-88.

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.

10

11

CAPÍTULO 11

Anamnese musculoesquelética e reumatológica

Este capítulo resolve o problema de sair de "dor nas juntas" com uma hipótese, e não com uma queixa repetida no prontuário. A ideia central é que quase todo raciocínio reumatológico começa com duas perguntas simples — o ritmo da dor e o desenho das articulações acometidas — e que essas duas respostas, sozinhas, já dividem o mundo em metades muito diferentes. O resto do capítulo é aprender a fazer essas perguntas em português falado e a reconhecer as poucas situações em que a conversa precisa parar e virar emergência.

Por que essa anamnese é diferente

A maior parte das anamneses que você já aprendeu persegue um órgão: o coração, o pulmão, o intestino. A anamnese musculoesquelética persegue **um padrão espalhado no corpo e no tempo**. Uma única articulação dolorida diz quase nada; o mesmo joelho dolorido, mais rigidez de uma hora ao acordar, mais punhos dos dois lados, mais três meses de evolução, já é uma doença com nome. Aqui você não está mapeando um ponto, está mapeando uma figura — e uma figura só aparece quando você pergunta por várias articulações, inclusive as que o paciente não citou.

A segunda diferença é que **o sintoma principal, a dor, é comum demais para ser informativo sozinho**. Dor lombar acontece em cerca de oito de cada dez adultos em algum momento da vida; dor no ombro e no joelho são das queixas mais frequentes de qualquer ambulatório. Se você tratar cada dor como um enigma, vai investigar o mundo inteiro. O trabalho da anamnese aqui é quase o oposto do que você faz na dor torácica: lá você procura a agulha no palheiro; aqui você primeiro confirma que é palha, e só depois procura agulha. A ferramenta que faz isso são as **red flags**, e elas são perguntadas cedo, não no fim.

A terceira diferença é que muita doença reumatológica **não mora na articulação**. O olho, a pele, o intestino, a boca e os vasos contam a história que a articulação esconde. Uma monoartrite de joelho com uma placa descamativa no cotovelo é outra doença; a mesma monoartrite com uma uretrite três semanas antes é outra ainda. Por isso, nesta anamnese, você sempre gasta duas ou três perguntas fora do aparelho locomotor — e são elas que costumam fechar o diagnóstico.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

Antes de abrir a boca, tenha três listas na cabeça.

As que matam rápido ou destroem rápido. *Artrite séptica* — uma articulação pode ser destruída em dias, e a mortalidade não é desprezível. *Fratura, incluindo fratura vertebral por fragilidade. Síndrome da cauda equina* — janela cirúrgica de horas. *Espondilodiscite e abscesso epidural. Metástase óssea e mieloma* apresentando-se como lombalgia. *Arterite de células gigantes* em maiores de 50 anos com cefaleia e dor na cintura escapular, porque cega. *Vasculites sistêmicas e lúpus grave*, que chegam pela articulação e continuam no rim. *Miopatia grave por estatina (rabdomiólise).*

As comuns, que respondem pela imensa maioria. Lombalgia mecânica inespecífica. Osteoartrite de joelho, quadril, mãos e coluna. Tendinopatias e bursites — manguito rotador, epicondilite, bursite trocantérica, fascite plantar. Síndromes compressivas, como o túnel do carpo. Gota. Fibromialgia. Dor cervical mecânica.

As que só se descobrem se você perguntar. Artrite reumatoide precoce, quando ainda é só rigidez matinal e mãos "travadas". Espondiloartrite axial, que passa cinco a dez anos como "dor nas costas de quem trabalha pesado". Artrite psoriásica em quem nunca contou da psoríase do couro cabeludo porque "é caspa". Artrite reativa após diarreia ou uretrite. Polimialgia reumática. Lúpus. Doença inflamatória intestinal com artrite periférica. Hipotireoidismo, que dá dor difusa e cãibra. Deficiência de vitamina D, hiperparatireoidismo e osteomalácia, que dão dor óssea difusa.

As perguntas, com o porquê de cada uma

A primeira bifurcação: inflamatório ou mecânico

Essa é a pergunta mais rentável de toda a reumatologia, e você a faz com três ou quatro frases.

> "Quando o senhor acorda de manhã, as juntas ficam duras, travadas? Quanto tempo o senhor leva até soltar e conseguir usar a mão normalmente — minutos ou mais de uma hora?"

O mecanismo é bonito e vale entender. Durante o repouso prolongado, o líquido inflamatório rico em proteínas e células se acumula dentro e ao redor da articulação, e a sinóvia inflamada fica edemaciada. Ao acordar, a articulação está literalmente encharcada — é preciso movimento para bombear esse fluido de volta para os linfáticos. Por isso a **rigidez inflamatória é longa**

(acima de trinta a sessenta minutos) e melhora com o uso. Na osteoartrite, o problema é cartilagem gasta e osso subcondral, não edema inflamatório: há uma rigidez curta, de "engrenagem parada", que solta em cinco ou dez minutos e **piora ao longo do dia**, conforme a articulação é carregada.

> "A dor melhora quando o senhor se movimenta ou quando fica parado?"

Pergunta espelhada, e é indispensável perguntar as duas metades na mesma frase, senão o paciente responde o que você sugeriu. Melhora com movimento e piora no repouso: inflamatório. Melhora com repouso e piora com uso: mecânico.

> "A dor acorda o senhor de madrugada? Chega a te fazer levantar da cama e andar pela casa?"

Dor que desperta na segunda metade da noite e obriga a levantar é fortemente inflamatória — é o mesmo mecanismo do repouso prolongado, e é o sintoma mais característico da dor lombar inflamatória. Cuidado: dor mecânica também pode atrapalhar o sono quando o paciente vira de lado; o que discrimina é **acordar e precisar se mexer para melhorar**.

Característica	Dor inflamatória	Dor mecânica
Rigidez matinal	Maior que 30-60 min	Menor que 30 min, geralmente 5-10
Efeito do movimento	Melhora	Piora
Efeito do repouso	Piora	Melhora
Dor noturna	Acorda na 2ª metade da noite, precisa levantar	Incomoda ao mudar de posição, mas não obriga a levantar
Início	Insidioso, semanas	Após esforço/trauma, ou insidioso com uso
Idade típica de início	Frequentemente antes dos 40 (espondiloartrite)	Qualquer, mais com a idade
Edema articular	Presente, com calor	Ausente ou derrame frio
Sintomas sistêmicos	Febre, perda de peso, fadiga	Ausentes
Resposta a AINE	Geralmente boa e rápida	Parcial

Honestidade: nenhum desses itens é decisivo isolado. A rigidez matinal prolongada é o de melhor desempenho, mas há osteoartrite erosiva de mãos com rigidez de 40 minutos e há espondiloartrite com rigidez curta. O que vale é o **conjunto**, e é por isso que você pergunta todos.

Monoartrite aguda: a emergência que se perde por não perguntar

Uma articulação, quente, inchada, dolorosa, instalada em horas ou poucos dias — isso é **artrite séptica até prova em contrário**, e a prova é a punção, não a sua impressão. A conversa aqui é curta e dirigida.

> "Em quanto tempo esse joelho inchou — foi de uma hora para outra, de um dia para o outro, ou foi devagar ao longo de semanas?"

Horas a dois dias favorece séptica, gota ou pseudogota. Semanas favorece inflamatória crônica, tuberculose articular ou tumor.

> "Teve febre ou calafrio? Chegou a tremer de frio, batendo os dentes?"

Calafrio com tremor tem peso maior do que "febre" relatada sem termômetro. Mas atenção — e isso derruba estudante: **metade dos pacientes com artrite séptica não tem febre**, especialmente idosos e imunossuprimidos. Ausência de febre não afasta nada.

> "O senhor teve alguma ferida, furúnculo, infecção de pele, ou fez alguma infiltração, punção ou cirurgia nessa articulação nas últimas semanas? Usa alguma droga injetável?"

Você está procurando a porta de entrada. Pele adjacente, procedimento recente e uso de droga injetável são os grandes fatores de risco, junto com prótese articular, artrite reumatoide prévia, diabetes e imunossupressão.

> "Já teve crise igual a essa antes? Quantas vezes? Passou sozinha em uma semana?"

A gota é **recorrente e autolimitada**: crises que abrem em horas, atingem o pico em 12 a 24 horas e cedem em 7 a 10 dias mesmo sem tratamento. Uma primeira crise em hálux de homem de 45 anos, com história de repetição e alívio completo entre elas, é gota com alta probabilidade. Mas o ponto mais importante do capítulo: **gota e artrite séptica coexistem**, e um paciente gotoso conhecido pode ter uma articulação infectada. Nunca use "ele tem gota" como razão para não puncionar.

> "O senhor usa diurético? Bebe cerveja ou destilado? Comeu muito churrasco, frutos do mar ou vísceras nos últimos dias? Começou algum remédio novo?"

Tiazídico e de alça, álcool (principalmente cerveja, pela guanosina), carne vermelha e frutos do mar elevam o urato. E há o detalhe contraintuitivo: **iniciar alopurinol pode desencadear crise**, porque a queda rápida do urato mobiliza cristais depositados. Perguntar "começou remédio novo" captura isso.

O padrão de acometimento: o desenho que a doença faz no corpo

Depois do ritmo, o desenho. Aqui você precisa perguntar por articulações que o paciente não mencionou, porque ele só conta a que dói mais.

> "Fora esse joelho, alguma outra junta incomodou nos últimos meses — mãos, punhos, pés, ombros, quadris, pescoço, coluna? Nos dois lados ou só de um?"

Pense no corpo como um mapa e na doença como um carimbo. Cada doença tem seu carimbo característico.

Padrão	O que sugere
Poliartrite simétrica de pequenas articulações (metacarpofalângicas, interfalângicas proximais, punhos), poupando interfalângicas distais	Artrite reumatoide
Oligoartrite assimétrica de grandes articulações de membros inferiores	Espondiloartrite, artrite reativa, artrite psoriásica
Interfalângicas distais acometidas, com dedo inteiro inchado ("dedo em salsicha")	Artrite psoriásica
Interfalângicas distais e proximais com nódulos duros, sem calor	Osteoartrite de mãos (nódulos de Heberden e Bouchard)
Dor axial — lombar e glútea alternante, com rigidez matinal longa, em jovem	Espondiloartrite axial
Monoartrite aguda de hálux, tornozelo ou joelho	Gota, pseudogota, séptica
Cintura escapular e pélvica, dor e rigidez sem sinovite evidente, acima de 50 anos	Polimialgia reumática
Poliartralgia migratória com rash e fadiga em mulher jovem	Lúpus, artrites virais

Vale a pergunta específica sobre dor glútea:

> "A dor nas costas às vezes desce para a nádega? É sempre do mesmo lado ou troca de lado?"

Dor glútea alternante é quase uma assinatura de sacroileíte, e é uma pergunta que quase ninguém faz.

Lombalgia: a maioria é benigna, e é por isso que as red flags importam

Comece estabelecendo o terreno. Cerca de 90% das lombalgias agudas são mecânicas inespecíficas e melhoram em quatro a seis semanas independentemente do que você faça. Imagem precoce em lombalgia sem red flag não melhora desfecho e frequentemente piora: encontra achados degenerativos presentes em pessoas assintomáticas e transforma um paciente em um doente. A anamnese, portanto, existe para achar os 5 a 10% que são outra coisa.

> "O senhor tem mais de 50 anos e essa é a primeira vez que tem dor forte nas costas assim?"

Primeira dor lombar significativa após os 50 anos, e sobretudo após os 70, aumenta a chance de fratura, tumor e infecção.

> "Teve alguma queda, batida, acidente? Mesmo pequeno — escorregou no banheiro, caiu sentado?"

Em quem tem osteoporose ou usa corticoide, **um trauma trivial basta** para fratura vertebral. Em jovem, o trauma tem que ser de alta energia para importar.

> "O senhor já teve câncer de qualquer tipo, mesmo tratado e curado há anos?"

Antecedente de neoplasia é a red flag isolada de maior peso para metástase vertebral. Mama, próstata, pulmão, rim e tireoide são os que mais metastatizam para osso.

> "Tem tido febre? Perdeu peso sem querer nos últimos meses — quantos quilos, em quanto tempo?"

Febre aponta para espondilodiscite e abscesso epidural; perda de peso involuntária, para neoplasia. Quantifique sempre em quilos e em tempo.

> "A dor acorda o senhor à noite? Dói mesmo deitado, parado, sem se mexer?"

Dor que não alivia em nenhuma posição é o que mais sugere causa não mecânica: tumor, infecção, aneurisma. A dor mecânica quase sempre encontra uma posição de alívio.

> "Perdeu força na perna? Está tropeçando, arrastando o pé, tendo dificuldade para subir escada ou para ficar na ponta do pé?"

Isso é melhor do que perguntar "tem fraqueza", porque o paciente traduz dor em fraqueza. Pergunte por uma tarefa.

> "O senhor usa corticoide — prednisona, dexametasona — por tempo prolongado? Tem HIV, faz quimioterapia, usa imunossupressor? É diabético? Faz hemodiálise? Usa droga injetável?"

Corticoide crônico traz fratura e infecção. Imunossupressão traz infecção com pouca febre e pouco sinal.

> "Tem tido dificuldade para segurar ou para começar a fazer xixi? Escapou fezes sem perceber? Está dormente na região entre as pernas, quando senta no vaso ou se limpa? Sente as duas pernas fracas?"

Essa é a pergunta da **cauda equina**, e é a mais importante deste capítulo inteiro. Retenção urinária com incontinência por transbordamento, incontinência fecal, anestesia em sela e déficit motor bilateral compõem uma emergência cirúrgica com janela de horas. Estudante nenhum pergunta por anestesia em sela, porque é constrangedor; faça assim, com a tarefa concreta ("quando senta no vaso"), e fica natural.

Para a ciática, a pergunta que localiza:

> "A dor desce pela perna? Até onde — até o joelho, ou passa do joelho e vai até o pé? Dorme algum dedo?"

Dor que **passa do joelho** e segue um trajeto de dermátomo sugere radiculopatia; dor que para na coxa ou na nádega costuma ser referida, mecânica ou de articulação sacroilíaca.

E a que separa estenose de canal de doença vascular:

> "Quando o senhor anda, começa a doer ou a pesar a perna? Melhora se o senhor para, ou só melhora se o senhor senta e curva o corpo para frente? Empurrar carrinho de supermercado ajuda?"

Claudicação neurogênica melhora com **flexão da coluna**, não apenas com a parada — daí o "sinal do carrinho de supermercado". Claudicação vascular melhora só com parar em pé, em tempo previsível e reprodutível de distância.

Pescoço e cervicobraquialgia

> "A dor fica no pescoço ou desce pelo braço? Até o cotovelo ou até os dedos? Quais dedos formigam?"

A topografia dos dedos aponta a raiz: polegar e indicador sugerem C6; dedo médio, C7; anular e mínimo, C8. Isso ajuda a separar da síndrome do túnel do carpo, em que o formigamento poupa o quinto dedo e piora à noite, acordando o paciente, que sacode a mão para melhorar.

> "Quando o senhor olha para cima ou vira a cabeça para o lado que dói, a dor no braço piora?"

Extensão e rotação fecham o forame e reproduzem a dor radicular.

E a red flag cervical, sempre:

> "Está derrubando objeto da mão sem querer? Está com dificuldade para abotoar camisa, para pegar moeda? O andar mudou, ficou mais inseguro?"

Perda de destreza fina e marcha instável sugerem **mielopatia cervical**, que é compressão medular e não radicular — e muda a conduta.

Ombro, joelho e quadril: perguntas que localizam a estrutura

A lógica é simples: cada estrutura é carregada por um movimento específico. Se você perguntar pelo movimento, o paciente localiza a estrutura para você.

> "Dói quando o senhor levanta o braço para pentear o cabelo ou pegar algo no armário alto? Dói quando deita sobre esse ombro à noite?"

Dor no arco médio de elevação e **dor ao deitar sobre o lado** são muito típicas de patologia do manguito rotador e bursite subacromial. Ombro que perde amplitude em todas as direções, inclusive quando outra pessoa move o braço, e que dói muito, sugere capsulite adesiva — frequente em diabéticos.

> "Consegue levantar o braço sozinho ou precisa ajudar com a outra mão?"

Incapacidade real de iniciar a elevação sugere rotura completa do manguito.

> "A dor do ombro veio depois de um esforço, ou apareceu sozinha? Piora ao respirar fundo? Aparece quando o senhor caminha rápido e passa quando para?"

Nunca esqueça que **ombro pode ser coração, vesícula ou diafragma**. Dor no ombro esquerdo desencadeada por esforço e aliviada pelo repouso é angina até que se pense em outra coisa.

> "Dói mais quando o senhor levanta da cadeira, quando sobe escada, ou quando desce escada?"

Esse trio é ouro no joelho. **Descer escada e levantar da cadeira** carregam a articulação patelofemoral — típico da síndrome dolorosa patelofemoral e da artrose de patela. Dor medial ao descarregar peso, com rigidez curta e crepitação, sugere artrose femorotibial medial.

> "O joelho trava, ou falseia? Já ficou preso sem conseguir esticar?"

Travamento verdadeiro sugere lesão meniscal ou corpo livre; falseio sugere instabilidade ligamentar ou fraqueza de quadríceps.

> "Ele incha? Inchou logo depois da torção, em menos de duas horas, ou no dia seguinte?"

Derrame em menos de duas horas após trauma é hemartrose — pense em ruptura de ligamento cruzado anterior ou fratura. Derrame que aparece no dia seguinte sugere lesão meniscal ou sinovite reativa.

> "A dor do quadril fica na virilha, na lateral da coxa, ou na nádega?"

Aqui mora uma armadilha clássica. **Artrose de quadril dói na virilha** e irradia para a face anterior da coxa e até o joelho — há pacientes operados de joelho cujo problema estava no quadril. Dor na face **lateral**, que piora ao deitar sobre o lado e ao subir escada, costuma ser bursite trocantérica ou tendinopatia glútea. Dor na **nádega** remete a coluna e sacroilíaca.

> "Consegue calçar meia e cortar a unha do pé sozinho?"

Pergunta funcional que mede rotação interna do quadril melhor do que qualquer descrição de dor.

Os sintomas extra-articulares que mudam tudo

São seis ou sete perguntas, levam dois minutos, e refazem o diagnóstico com frequência surpreendente.

> "Já teve o olho vermelho, doendo, com a luz incomodando?"

Olho vermelho doloroso com fotofobia é **uveíte anterior** e aponta para espondiloartrite. Olho vermelho sem dor e com secreção é conjuntivite, e não tem esse valor.

> "Tem feridas na boca? Aparecem e somem sozinhas? E na região genital?"

Aftas orais recorrentes com aftas genitais levantam Behçet; aftas orais isoladas e indolores aparecem no lúpus.

> "Tem ou já teve alguma placa descamativa no couro cabeludo, no cotovelo, no joelho, atrás da orelha ou no umbigo? Alguém na família tem psoríase? As unhas têm buraquinhos ou estão descolando?"

O paciente chama a psoríase do couro cabeludo de "caspa" e não a menciona. As alterações ungueais (pitting e onicólise) são pistas fortes de artrite psoriásica.

> "Quando o senhor pega no gelo ou entra num lugar frio, os dedos mudam de cor? Ficam brancos, depois roxos, depois vermelhos?"

O **fenômeno de Raynaud** trifásico é a porta de entrada das doenças do tecido conjuntivo, sobretudo esclerose sistêmica e lúpus. Pergunte pela sequência de cores, não só por "mão fria".

> "Quando o senhor pega sol, a pele reage com manchas ou o senhor fica mal, com cansaço e dor?"

Fotossensibilidade aponta lúpus.

> "A boca fica seca a ponto de precisar de água para engolir pão? Os olhos ardem, parece que tem areia?"

Xerostomia e xeroftalmia são a síndrome de Sjögren, primária ou associada.

> "Tem diarreia com frequência? Já teve sangue ou muco nas fezes? Dor de barriga que vem e volta há meses?"

Diarreia crônica com artrite periférica sugere doença inflamatória intestinal.

> "Nas semanas antes da junta inchar, o senhor teve diarreia forte ou ardência para urinar com corrimento?"

Artrite reativa clássica aparece uma a quatro semanas após infecção entérica ou geniturinária. Essa pergunta exige tato e privacidade, e você precisa fazê-la mesmo assim.

Fibromialgia e dor difusa crônica

Aqui a atitude importa mais do que a técnica. A fibromialgia é uma condição real de processamento aumentado da dor no sistema nervoso central — o volume do rádio ficou alto, e todo estímulo chega amplificado. Ceticismo do médico é iatrogênico: pacientes que percorrem anos de consultas sendo tratados como exagerados pioram. Diga isso em voz alta, em algum momento: "A dor que a senhora sente é real, e tem um mecanismo."

> "A dor é no corpo todo, dos dois lados, em cima e embaixo da cintura? Há quanto tempo?"

Dor difusa, bilateral, acima e abaixo da cintura, por mais de três meses.

> "Como está o sono? A senhora dorme e acorda descansada, ou acorda como se tivesse trabalhado a noite inteira?"

Sono não reparador é quase obrigatório no quadro, e sua ausência deve fazer você reconsiderar.

> "Está cansada mesmo depois de descansar? Tem sensação de que a memória ficou ruim, que se perde no meio da frase?"

Fadiga e "névoa mental" completam a tríade.

> "Aconteceu alguma coisa difícil na sua vida quando isso começou — perda, separação, sobrecarga, alguma situação de violência?"

Pergunte com cuidado e sem sugerir que a dor é "da cabeça". A conexão existe e é terapeuticamente útil, mas o enquadramento errado destrói o vínculo.

E, sempre, as perguntas que descartam o que imita fibromialgia:

> "Tem sentido mais frio que os outros, pele seca, intestino preso, ganho de peso? Está usando estatina? Bebe quanto por semana?"

Hipotireoidismo, miopatia por estatina, deficiência de vitamina D, apneia do sono e depressão maior produzem quadros parecidos e são tratáveis.

Trauma, esforço repetitivo, ocupação e medicamentos

> "O que o senhor faz no trabalho, nas suas palavras? Quantas horas por dia, e o que o corpo faz nessas horas — levanta peso, digita, fica em pé parado, usa ferramenta que vibra?"

Descrição de tarefa, não nome de profissão. "Auxiliar de produção" não diz nada; "empurro caixas de 20 quilos oito horas por dia" diz tudo.

> "Mudou alguma coisa nas últimas semanas — mudou de função, começou academia, fez mudança de casa, começou a cuidar de um neto pequeno?"

Tendinopatia quase sempre tem um "aumento de carga" nas semanas anteriores.

> "Quais remédios o senhor toma, incluindo os que compra sem receita?" E depois, nominalmente: "Toma remédio para colesterol? Tomou antibiótico recentemente, desses de comprimido grande, tipo ciprofloxacino ou levofloxacino? Usa ou usou corticoide?"

Três armadilhas medicamentosas merecem a pergunta pelo nome:

- **Estatina**: mialgia simétrica proximal, em coxas e ombros, com ou sem elevação de CK. Pergunte se começou ou mudou a dose nos últimos meses, e se houve associação com fibrato ou antifúngico.
- **Quinolona**: tendinopatia e ruptura de tendão, sobretudo o de Aquiles, podendo aparecer semanas após o uso e sendo bem mais provável em idosos e em quem usa corticoide junto.
- **Corticoide**: fratura por fragilidade, osteonecrose de cabeça femoral (dor em virilha que piora com carga, em quem usou dose alta), e miopatia proximal indolor.

Acrescente inibidores de aromatase (artralgia difusa em mulheres tratadas de câncer de mama) e diuréticos (gota).

Sinais de alarme (red flags)

- Monoartrite aguda quente — puncione, mesmo em gotoso conhecido, mesmo sem febre.
- Febre com dor articular ou vertebral, ou calafrio com tremor.
- Retenção ou incontinência urinária ou fecal, anestesia em sela, fraqueza bilateral de membros inferiores — cauda equina, cirurgia de urgência.
- Déficit motor progressivo, perda de destreza fina, marcha instável — mielopatia.
- Antecedente de câncer com dor óssea ou lombar nova.
- Perda de peso involuntária, sudorese noturna, dor que não alivia em nenhuma posição.
- Dor lombar de início após os 50 anos ou antes dos 18.
- Trauma mínimo em usuário de corticoide, idoso ou osteoporótico — pense em fratura.
- Imunossupressão, HIV, diálise, uso de droga injetável, prótese articular.
- Acima de 50 anos com cefaleia nova, dor ao mastigar, alteração visual e dor em cintura escapular — arterite de células gigantes, corticoide imediato antes do exame confirmatório.
- Urina escura com dor muscular difusa — rabdomiólise.

Armadilhas

Aceitar o rótulo do paciente. "Tenho reumatismo", "tenho bico de papagaio", "é artrose" — nenhum desses é diagnóstico. Pergunte quem disse, quando, com base em quê.

Perguntar só pela articulação que dói mais. O padrão é o diagnóstico, e o padrão só aparece se você percorrer o mapa.

Confundir "inchaço" com sinovite. O paciente chama edema de membro inferior, tornozelo grosso no fim do dia e gordura de "inchaço". Pergunte: "inchou a junta em si, o senhor viu ela mudar de forma, ficou quente e vermelha?"

Traduzir mal "fraqueza". Para o paciente, "fraqueza" muitas vezes significa dor ao usar. Pergunte por uma tarefa: levantar da cadeira sem apoio, subir escada, pentear o cabelo.

Pular o fator de melhora. Sem ele você não separa inflamatório de mecânico, nem claudicação neurogênica de vascular.

Perguntas indutivas. "A dor melhora quando o senhor se mexe, não é?" já entregou a resposta. Pergunte sempre com as duas alternativas na mesma frase.

Não perguntar pela pele, pelo olho e pelo intestino. É onde se perde artrite psoriásica, espondiloartrite e doença inflamatória intestinal.

Pedir ressonância de coluna sem red flag. Você vai achar protrusão discal, porque quase todo mundo tem, e vai tratar uma imagem em vez de um paciente.

Achar que ausência de febre afasta artrite séptica. Não afasta.

Tratar a fibromialgia com ceticismo. Além de cruel, é clinicamente errado — e faz o paciente esconder informação de você.

Um exemplo de HDA escrita

Mulher, 38 anos, procura o serviço por dor e inchaço em mãos há 4 meses, de início insidioso, simétrico, acometendo punhos e articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais bilateralmente, com poupança das interfalângicas distais. Refere rigidez matinal de aproximadamente 90 minutos, que melhora com o uso das mãos e piora em dias de repouso. Nega febre, mas relata fadiga importante e perda de 3 kg não intencional no período. Dor noturna ocasional, que a faz mudar de posição. Sem trauma, sem mudança de atividade ocupacional (auxiliar administrativa, digita 6 h/dia há 8 anos, sem relação da dor com a jornada). Nega psoríase, aftas, olho vermelho, fotossensibilidade, Raynaud, diarreia crônica e uretrite recente. Nega uso de estatina, quinolona ou corticoide; faz uso de ibuprofeno por conta própria, com alívio parcial de cerca de 6 horas. Nega antecedente de câncer e de fratura. Tia materna com "reumatismo deformante". Refere dificuldade progressiva para abrir garrafa e torcer pano.

Para levar

- Duas perguntas resolvem metade da reumatologia: quanto tempo dura a rigidez de manhã, e se a dor melhora com movimento ou com repouso.
- Rigidez maior que trinta a sessenta minutos que melhora com o uso é inflamatória; rigidez de cinco minutos que piora com o uso é mecânica.
- Monoartrite aguda quente é artrite séptica até a punção dizer o contrário — e ausência de febre não afasta, e ser gotoso conhecido não protege.
- O diagnóstico está no padrão, não na articulação: simétrico ou assimétrico, pequenas ou grandes, periférico ou axial.
- Em lombalgia, a maioria é mecânica e passa sozinha; a anamnese existe para encontrar a minoria que não é — e a pergunta de cauda equina é inegociável.
- Dor que não melhora em nenhuma posição e acorda o paciente não é mecânica.
- Dor de quadril mora na virilha; dor na lateral é bursa; dor na nádega é coluna ou sacroilíaca.
- Em ombro e joelho, pergunte pelo movimento, não pelo local: deitar sobre o lado, levantar da cadeira, descer escada.
- Cinco perguntas fora da articulação — olho, pele, boca, intestino, dedos no frio — reescrevem o diagnóstico com frequência.
- Fibromialgia é dor real com mecanismo real; trate-a com respeito, pergunte por sono, fadiga e sofrimento, e descarte hipotireoidismo e estatina antes de fechar.
- Sempre pergunte o nome dos remédios: estatina dói no músculo, quinolona rompe tendão, corticoide quebra osso.

11

Referências

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum. 2010;62(9):2569-81.

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med. 2001;344(5):363-70.

Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. BMJ. 2013;347:f7095.

Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR, editors. Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.

Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Swartz MH. Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

11

12

CAPÍTULO 12

Anamnese endócrina e metabólica

Este capítulo resolve um incômodo específico: o paciente endócrino chega com queixas que parecem nada — cansaço, peso que mudou, cabelo caindo — e você sai da consulta sem saber o que perguntou de útil. A saída é entender que, aqui, **nenhum sintoma vale isoladamente e todos valem em conjunto**. O trabalho da anamnese endócrina é montar agrupamentos, e este capítulo ensina quais agrupamentos procurar e com que frases.

12

Por que essa anamnese é diferente

Imagine um termostato. Ele não tem um sintoma próprio: quando quebra, a casa inteira fica quente ou fria, e cada cômodo reclama de um jeito diferente. O hormônio funciona assim — atua em todo lugar, e a queixa que chega até você é o cômodo que reclamou mais alto. Por isso a queixa principal do paciente endócrino é quase sempre **inespecífica**: fadiga, ganho de peso, queda de cabelo. Se você investigar cada uma separadamente, vai pedir exames em todas as direções. Se você perguntar pelos outros cômodos, o padrão aparece.

A segunda diferença é o **tempo lento**. A tireoide leva meses a anos para produzir um quadro completo, e o paciente se acostuma; ele não percebe que ficou diferente. Por isso, uma das perguntas mais rentáveis do capítulo é a comparação temporal e a testemunha externa: "como o senhor estava há um ano?", "alguém da família comentou alguma mudança em você?". A foto de um ano atrás no celular do paciente já fechou muitos diagnósticos de Cushing e de hipotireoidismo.

A terceira diferença é que muito da doença endócrina não produz sintoma nenhum até produzir uma catástrofe. Diabetes destrói retina, rim e nervo em silêncio; osteoporose é silenciosa até a fratura. Aqui a anamnese deixa de ser só diagnóstica e passa a ser **ativa de rastreio**: você pergunta por complicações que o paciente não veio contar, porque ele não sabe que elas existem e porque nunca ninguém perguntou.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido. Cetoacidose diabética e estado hiperosmolar. Hipoglicemia grave, sobretudo em idoso com sulfonilureia ou insulina. Crise adrenal — hipotensão e hiponatremia em quem parou corticoide ou tem Addison não diagnosticado. Coma mixedematoso. Crise tireotóxica. Crise hipertensiva de feocromocitoma. Hipercalcemia grave. Hiponatremia sintomática.

As comuns. Diabetes tipo 2 e pré-diabetes. Obesidade e síndrome metabólica. Hipotireoidismo primário. Nódulo tireoidiano. Dislipidemia. Deficiência de vitamina D. Osteoporose pós-menopausa. Síndrome dos ovários policísticos. Hipogonadismo masculino.

As que só se descobrem se você perguntar. Hipotireoidismo subclínico mascarado de depressão. Hipertireoidismo em idoso, que não tem agitação e sim apatia, fibrilação atrial e emagrecimento — o "hipertireoidismo apático". Síndrome de Cushing por corticoide inalatório, injeção intra-articular ou pomada — que o paciente não considera remédio. Insuficiência adrenal por interrupção abrupta de corticoide. Hiperparatireoidismo primário achado como "cálculo renal e osteoporose". Feocromocitoma. Uso de anabolizante e de hormônio "manipulado" para emagrecer ou para desempenho. Diabetes tipo 1 de início tardio (LADA) rotulado como tipo 2 que "não responde".

12

As perguntas, com o porquê de cada uma

As queixas que trazem o paciente, e por que o valor está no agrupamento

Fadiga, mudança de peso, intolerância ao calor ou ao frio, poliúria e polidipsia, queda de cabelo, alteração menstrual, disfunção sexual, sudorese, tremor, alteração de humor. Cada uma dessas, sozinha, tem valor preditivo baixíssimo — fadiga é a queixa mais comum da atenção primária, e a esmagadora maioria não é endócrina. O que muda tudo é o **conjunto de três ou quatro na mesma direção**.

Por isso, quando o paciente traz uma queixa inespecífica, você não a aprofunda sozinha: você abre o leque.

> "Além do cansaço, me conta: seu peso mudou nesse tempo? Para mais ou para menos, quantos quilos? O senhor sente mais frio ou mais calor que as pessoas ao seu redor? O intestino mudou? O cabelo está caindo? A pele está mais seca? Está com mais sede, urinando mais? O sono está como?"

São dez segundos de perguntas e elas transformam "cansaço" em um vetor. Cansaço + frio + intestino preso + pele seca + ganho de peso aponta para uma direção. Cansaço + calor + intestino solto + perda de peso + tremor aponta para a oposta.

Diabetes: a anamnese que quase todo estudante faz pela metade

Comece pelos sintomas clássicos, sabendo que o tipo 2 frequentemente não os tem.

> "O senhor tem sentido muita sede, daquelas de beber água a noite toda? Está levantando à noite para urinar — quantas vezes? Emagreceu sem querer? Está com mais fome que o normal? A vista embaçou e voltou ao normal depois?"

O mecanismo vale explicar, porque organiza tudo: a glicose só ultrapassa o limiar renal por volta de 180 mg/dL; acima disso ela arrasta água por osmose e produz **poliúria**, que desidrata e produz **polidipsia**. Sem insulina eficaz, a célula não usa glicose, então o corpo consome gordura e músculo — daí **perda de peso com polifagia**, o paradoxo de emagrecer comendo. E o cristalino, embebido em glicose alta, muda de índice de refração — daí a **visão que embaça e melhora sozinha** quando a glicemia se ajusta, um sintoma que o paciente quase nunca relata espontaneamente.

Depois, a história do tratamento — com ênfase na adesão **real**, não na declarada.

> "Desde quando o senhor sabe que tem diabetes? Como descobriu — foi em exame de rotina ou o senhor estava passando mal?"

Tempo de doença é o principal determinante de complicação microvascular. E a forma de descoberta separa tipo 1 e tipo 2: instalação em semanas com cetoacidose em pessoa magra é outra doença.

> "Quais remédios o senhor toma para o diabetes, em que dose e em que horário? Consegue me dizer o nome ou tem a caixa aí?"

Peça para ver as caixas. A diferença entre o que está na receita e o que está na cartela é rotineira.

> "Numa semana comum, quantas vezes acontece de o senhor esquecer ou deixar de tomar? Tem semana em que acaba o remédio antes de conseguir pegar de novo?"

Essa é a formulação que funciona. Perguntar "o senhor toma direitinho?" produz "tomo" em quase todo mundo, porque a pergunta comunica qual resposta você quer. Normalizar o esquecimento ("na correria, é comum esquecer; com você acontece quantas vezes por semana?") multiplica a chance de ouvir a verdade.

> "Já ficou sem o remédio por falta na farmácia ou por dinheiro?"

Barreira de acesso é causa de "má adesão" muito mais frequente do que desleixo, e a conduta é completamente diferente.

Hipoglicemia — e a pergunta crucial que vem depois.

> "Já teve episódio de tremor, suor frio, coração acelerado, fome súbita, que melhorou comendo? Com que frequência? Já precisou de ajuda de outra pessoa para se recuperar? Já desmaiou ou teve convulsão por causa disso?"

Hipoglicemia que exige terceiros é hipoglicemia grave, e muda dose e meta de tratamento.

> "Quando o açúcar cai, o senhor sente antes ou só percebe quando já está ruim? Já mediu o dedo e viu 50 sem ter sentido nada?"

Essa é a pergunta do **hipoglicemia unawareness**, a perda de percepção adrenérgica que ocorre depois de hipoglicemias repetidas — o corpo reajusta o alarme para um patamar mais baixo, e o paciente perde o aviso prévio. É condição de risco alto, e muda a meta glicêmica para cima. Quase nenhum estudante pergunta isso.

> "O senhor mede o açúcar em casa? Quantas vezes por semana, e em que horários? Tem um caderninho ou o aparelho guarda? Pode me mostrar?"

Peça os valores, não a impressão. "Fica sempre bom" costuma significar que só mede em jejum e nunca depois das refeições.

E então o **rastreio ativo de complicações por pergunta** — a parte que separa a consulta boa da consulta burocrática.

Alvo	A pergunta	O que está sendo procurado
Retina	"Fez exame de fundo de olho com oftalmologista? Quando foi o último? A vista mudou, tem manchas ou pontos pretos que se mexem?"	Retinopatia; hemorragia vítrea
Nervo periférico	"Sente formigamento, dormência ou queimação nos pés? Começou nos dedos e foi subindo, como se estivesse calçando uma meia ou uma bota?"	Polineuropatia em distribuição de bota e luva
Pé	"Já teve ferida, bolha ou calo que demorou a fechar no pé? O senhor olha a sola do pé todo dia? Consegue olhar, ou precisa de espelho ou de ajuda? Como corta as unhas? Anda descalço em casa?"	Úlcera e pé de risco
Autonômico	"Sente tontura quando levanta rápido? Empacha depois de comer, sente que a comida fica parada? Intestino alterna preso e solto? Sua demais ou parou de suar nos pés?"	Neuropatia autonômica; gastroparesia
Sexual	"O senhor tem tido dificuldade de ereção? Isso mudou nos últimos anos?"	Disfunção erétil — marcador precoce de doença vascular
Arterial periférico	"Quando o senhor caminha, dói a panturrilha e melhora ao parar? Depois de quantos metros?"	Claudicação intermitente
Coração	"Sente aperto no peito ou falta de ar ao esforço? Consegue subir um lance de escada sem parar? E há um ano, conseguia?"	Doença coronariana, muitas vezes silenciosa no diabético
Rim	"Já disseram que tem proteína na urina? A urina faz espuma? Está inchando os pés ou o rosto de manhã?"	Nefropatia

Duas observações. A **pergunta sobre o pé é a mais esquecida de toda a medicina interna** — e é a que evita amputação. Pergunte também se o paciente **consegue enxergar e alcançar** a sola do pé: um diabético obeso com retinopatia não inspeciona o próprio pé, por mais que você mande. E a **disfunção erétil** no diabético é, com frequência, a primeira manifestação de doença endotelial difusa; ela antecede eventos coronarianos em anos, e o paciente não a traz porque acha que é "idade".

Hipo e hipertireoidismo: o par de perguntas espelhadas

A tireoide regula a velocidade de tudo. Pense nela como o acelerador do carro: pouco hormônio, o motor gira devagar e o carro esfria; hormônio demais, o motor acelera, esquenta e consome combustível. Quase todos os sintomas decorrem diretamente disso, e você pode perguntar os dois lados na mesma frase.

Pergunta espelhada	Hipo	Hiper
"O senhor sente mais frio ou mais calor que os outros? Briga pelo ar-condicionado em casa?"	Frio, agasalha-se mais	Calor, sua muito, quer o ventilador
"O intestino está preso ou solto?"	Constipação	Evacuações mais frequentes
"O peso mudou?"	Ganho modesto, 3-5 kg	Perda apesar de comer bem ou mais
"O coração dispara? Sente o coração batendo no peito parado?"	Bradicardia	Palpitação, taquicardia, fibrilação atrial
"As mãos tremem quando o senhor segura um copo ou assina?"	Não	Tremor fino
"Como está o humor e o pensamento?"	Lentificação, desânimo, memória ruim	Ansiedade, irritabilidade, insônia
"A pele e o cabelo mudaram?"	Pele seca, cabelo quebradiço, queda, perda da cauda da sobrancelha	Pele quente e úmida, cabelo fino
"A voz mudou? Alguém disse que está mais grossa ou arrastada?"	Rouquidão, edema de cordas	—
"A menstruação mudou?"	Fluxo aumentado, ciclos irregulares	Fluxo reduzido, oligomenorreia
"Está com câibra ou dor muscular?"	Mialgia, câimbras	Fraqueza proximal, dificuldade de levantar da cadeira

12

Pergunta espelhada	Hipo	Hiper
"O olho mudou de aspecto? Arde, lacrimeja, parece mais saltado? Vê dobrado?"	Edema periorbital	Orbitopatia de Graves — e diplopia é alarme

Duas armadilhas. No **idoso**, o hipertireoidismo pode se apresentar apenas com fibrilação atrial, emagrecimento e apatia — sem tremor e sem agitação. E o hipotireoidismo em jovem é rotineiramente rotulado como depressão; a diferença está nos sintomas físicos associados (frio, pele seca, constipação, rouquidão) e na queda de cabelo.

Pergunte sempre pelo antecedente:

> "Alguém na sua família tem problema de tireoide? A senhora já fez cirurgia ou tomou iodo radioativo? Teve algum problema de tireoide depois de alguma gravidez? Usa amiodarona, lítio ou algum xarope ou suplemento com iodo? Fez tomografia com contraste recentemente?"

Nódulo tireoidiano e sinais de alarme

> "Há quanto tempo o senhor notou esse caroço? Ele cresceu rápido, em semanas? A voz ficou rouca e não melhorou? Está difícil engolir ou sente que a respiração aperta quando deita? Apareceram caroços no pescoço, ao lado?"

Crescimento rápido, rouquidão persistente (que sugere acometimento do nervo laríngeo recorrente), disfagia, dispneia e linfonodo cervical são os alarmes clínicos. Acrescente:

> "O senhor fez radioterapia no pescoço quando criança ou jovem? Alguém na família teve câncer de tireoide, ou tumor de adrenal, ou cálculo de rim com problema de cálcio?"

Irradiação cervical na infância é fator de risco forte. A história familiar de carcinoma medular e neoplasia endócrina múltipla é rara, mas só aparece se perguntada.

Obesidade, sem julgamento

A obesidade é uma doença de regulação, não um defeito de caráter, e a anamnese precisa comunicar isso na primeira frase — senão você perde o acesso à informação. Peça permissão antes de falar de peso.

> "Tudo bem se a gente falar sobre peso hoje? Se preferir, deixamos para outra consulta."
>
> "Me conta a história do seu peso ao longo da vida. Quanto o senhor pesava na adolescência, aos 20, aos 30? Teve algum momento em que o peso subiu rápido? O que estava acontecendo na sua vida nessa época?"

A história longitudinal identifica gatilhos: gravidez, parada de tabagismo, início de medicação, lesão que tirou a mobilidade, luto, mudança de turno de trabalho.

> "O que o senhor já tentou antes? Quais dietas, por quanto tempo, quanto perdeu e o que aconteceu depois? Já usou remédio para emagrecer, inclusive fórmula manipulada?"

O padrão de perder e recuperar é a regra biológica, não fracasso pessoal — o corpo defende o peso mais alto que atingiu, reduzindo o gasto e aumentando a fome. Dizer isso ao paciente costuma ser terapêutico.

> "Acontece de o senhor comer uma quantidade grande em pouco tempo, com sensação de que não consegue parar, e depois se sentir mal com isso? Com que frequência?"

Rastreio de compulsão alimentar, que muda o tratamento.

> "O senhor come mais quando está ansioso, triste ou entediado? Come à noite, depois do jantar, ou chega a acordar para comer?"

Fome emocional e síndrome do comer noturno.

> "Quantas horas o senhor dorme? Ronca? Alguém já viu o senhor parar de respirar dormindo? Acorda cansado, com dor de cabeça? Dorme no sinal, no ônibus, vendo televisão?"

Apneia obstrutiva do sono é causa e consequência, e a privação de sono aumenta grelina e reduz leptina — literalmente dá mais fome.

> "Quais remédios o senhor usa?" — e depois, nominalmente: corticoide, insulina e sulfonilureia, antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, risperidona), antidepressivos (amitriptilina, paroxetina, mirtazapina), lítio, valproato, betabloqueador, anticoncepcional injetável de progestágeno, gabapentina e pregabalina.

E as perguntas que buscam causa secundária, raras mas decisivas:

> "O ganho de peso foi no corpo todo ou concentrou na barriga e no rosto? Apareceram estrias largas e roxas? A pele ficou fina, machuca à toa? Está fraco para subir escada?"

Isso é Cushing, e distingue do ganho de peso comum.

Perda de peso involuntária

Quantifique. Sempre.

> "Quantos quilos o senhor perdeu e em quanto tempo? Quanto pesava antes? A roupa está folgada, o cinto desceu quantos furos?"

O critério que importa é **mais de 5% do peso corporal em 6 a 12 meses, sem intenção** — para quem tinha 80 kg, são 4 kg. Use a marca do cinto e a roupa quando não há balança, e peça uma foto antiga.

> "O apetite está bom ou diminuiu?"

Essa bifurcação organiza a árvore inteira. **Perda de peso com apetite preservado ou aumentado**: hipertireoidismo, diabetes descompensado, má absorção (celíaca, insuficiência pancreática, parasitose), feocromocitoma. **Perda de peso com apetite reduzido**: neoplasia,

depressão, infecção crônica (tuberculose, HIV, endocardite), doença inflamatória intestinal, insuficiência cardíaca, renal ou hepática avançadas, DPOC, demência, e — no idoso — problema dentário, disfagia, isolamento social e falta de dinheiro para comida.

> "Está com febre? Sua à noite a ponto de trocar a roupa de cama? Tosse há mais de três semanas? Como está o intestino? Tem sangue nas fezes? Perdeu o interesse pelas coisas, está triste? Consegue mastigar bem, os dentes estão bons? Tem comida em casa suficiente?"

As três últimas perguntas são as que médicos experientes fazem e estudantes não fazem — e resolvem uma fração grande dos casos em idosos.

Osteoporose e fratura por fragilidade

> "A senhora já quebrou algum osso depois dos 50 anos? Como foi a queda — foi da própria altura, tropeçou em casa?"

Fratura após queda da própria altura é fratura por fragilidade e, por si, define osteoporose clínica independentemente da densitometria. Punho, úmero, quadril e vértebra são os sítios.

> "A senhora diminuiu de altura? Alguém comentou que a senhora ficou curvada? Precisou encurtar a bainha das calças?"

Perda de mais de 3 a 4 cm sugere fratura vertebral, que costuma ser assintomática ou lida como "dor nas costas".

> "Com que idade a senhora parou de menstruar? Fez alguma cirurgia de retirada do útero e dos ovários?"

Menopausa precoce, antes dos 45 anos, é fator de risco relevante. Em homens, pergunte por hipogonadismo e por privação androgênica no tratamento de câncer de próstata.

> "Usa ou usou corticoide por mais de três meses? Fuma? Quanto bebe por dia? Alguém na sua família, principalmente sua mãe, quebrou o quadril? A senhora toma leite, come queijo? Pega sol?"

E o rastreio de causas secundárias: doença celíaca, cirurgia bariátrica, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo, mieloma.

As suspeitas dirigidas: Cushing, Addison, feocromocitoma, hiperparatireoidismo

Cushing. O cortisol em excesso redistribui gordura para o centro, quebra colágeno e proteína muscular e aumenta a glicose.

> "O rosto ficou mais redondo? Apareceu uma gordura na base do pescoço, entre os ombros? As pernas e os braços ficaram mais finos enquanto a barriga aumentou? Apareceram estrias largas, roxas ou vinho, com mais de um centímetro? A pele ficou fina, o senhor fica roxo com qualquer esbarrão? Está difícil levantar da cadeira sem

> apoiar as mãos, ou subir escada? A pressão subiu? O açúcar subiu? A menstruação sumiu? Nasceu pelo no rosto? Tem tido mudança no humor?"

E, sempre, a causa mais comum: **corticoide exógeno**, tratado adiante.

Addison. Falta de cortisol e de aldosterona.

> "O senhor está com cansaço que não passa com repouso, e que foi piorando ao longo de meses? Emagreceu? Sente tontura ou escurece a vista quando levanta rápido? A pele escureceu — nas dobras das mãos, nos cotovelos, nas cicatrizes, na gengiva? Tem tido vontade específica de comer sal, pegar o saleiro? Enjoo, vômito, dor de barriga? Perdeu pelo da axila e do púbis?"

A hiperpigmentação acontece porque o ACTH sobe e compartilha precursor com o hormônio estimulador de melanócitos — a hipófise, gritando por cortisol, acaba escurecendo a pele. É um mecanismo elegante e dá uma pista que nenhum outro diagnóstico dá. E o **desejo por sal** é um sintoma específico e quase nunca perguntado.

Feocromocitoma. A tríade clássica é cefaleia, sudorese e palpitação, em crises.

> "O senhor tem crises — momentos em que, de repente, dá dor de cabeça forte, o coração dispara e o senhor sua frio, tudo junto? Quanto tempo dura, minutos? Fica pálido ou vermelho? Depois fica exausto? Isso aparece quando o senhor faz força, abaixa, urina, ou toma algum remédio? A pressão é difícil de controlar mesmo com vários remédios?"

12

Peso: a tríade completa e episódica tem valor; cefaleia isolada, nenhum. Hipertensão paroxística com palidez durante a crise (não rubor) é mais sugestiva.

Hiperparatireoidismo. O mnemônico clássico — ossos, cálculos, gemidos abdominais e transtornos psíquicos — traduz-se em perguntas simples.

> "Já teve pedra no rim? Quantas vezes? Está urinando muito e com muita sede? Tem dor nos ossos? Já quebrou osso à toa? Tem prisão de ventre, enjoo, dor no estômago? Sente-se para baixo, esquecido, sem energia, e não sabe explicar por quê? Alguém já disse que seu cálcio estava alto no exame?"

A última pergunta resolve muitos casos: o cálcio elevado já estava em algum exame antigo e ninguém olhou.

Corticoide, anabolizante e suplementos — o que o paciente não chama de remédio

Essa seção existe porque a pergunta "o senhor toma algum remédio?" falha sistematicamente aqui.

> "Além dos comprimidos, o senhor usa alguma pomada, spray para o nariz, bombinha para o pulmão, colírio? Já tomou injeção na coluna, no joelho ou no ombro? Toma alguma injeção de vez em quando quando a crise vem?"

Corticoide inalatório em dose alta, pomada potente em área extensa, infiltração repetida e injeção de depósito produzem Cushing e, ao pararem, insuficiência adrenal. O paciente jamais mencionaria isso espontaneamente.

> "Já usou corticoide e parou de uma vez? Quando parou, ficou muito mal, com fraqueza, enjoo, tontura?"

Supressão do eixo: quem usou dose suprafisiológica por mais de três a quatro semanas pode levar meses para recuperar, e uma infecção nesse período vira crise adrenal.

> "Usa ou usou alguma coisa para ganhar massa, ou aplicada, na academia? Testosterona, 'bomba', durateston, stanozolol?"

Pergunte sem julgamento e sem rodeio. Anabolizantes causam acne, ginecomastia, atrofia testicular, infertilidade, dislipidemia grave, hipertensão, eventos cardiovasculares e supressão do eixo gonadal que pode ser prolongada. Em mulheres, virilização e alteração de voz irreversível.

> "Toma algum chá, fórmula manipulada, suplemento comprado pela internet, algo para emagrecer ou para energia?"

Fórmulas para emagrecer contêm com frequência hormônio tireoidiano, anfetamínicos, diuréticos e benzodiazepínicos. Suplementos "para energia" contêm iodo em doses altas. Biotina em dose alta interfere em ensaios laboratoriais e produz TSH falsamente baixo com T4 falsamente alto — um paciente aparentemente hipertireoideo que não é.

12

Sinais de alarme (red flags)

- Poliúria, polidipsia e perda de peso rápida com náusea, vômito, dor abdominal e respiração profunda — cetoacidose.
- Confusão, sonolência e desidratação grave em idoso diabético — estado hiperosmolar.
- Hipoglicemia que exigiu ajuda de terceiros, ou perda da percepção de hipoglicemia.
- Hipotensão, náusea, vômito e fraqueza extrema em quem usa ou parou corticoide — crise adrenal; trate antes de confirmar.
- Febre, taquicardia desproporcional, agitação ou delirium em hipertireoideo — crise tireotóxica.
- Nódulo tireoidiano de crescimento rápido, com rouquidão persistente, disfagia, dispneia ou linfonodo cervical.
- Diplopia ou perda visual em paciente com doença de Graves — orbitopatia com risco de compressão do nervo óptico.
- Perda de peso involuntária maior que 5% em 6 meses, sobretudo com apetite reduzido, febre ou sudorese noturna.
- Úlcera em pé de diabético, ainda que indolor — sobretudo com pele quente, edema e eritema (infecção ou Charcot).
- Fratura após queda da própria altura, ou perda de altura maior que 4 cm.
- Hipertensão refratária com crises de cefaleia, sudorese e palpitação.
- Hipercalcemia com confusão, poliúria e desidratação.

Armadilhas

Aceitar "tomo tudo certinho". Pergunte quantas vezes por semana esquece e se já faltou remédio na farmácia; normalize antes de perguntar.

Não pedir para ver as caixas e o glicosímetro. O que o paciente toma e o que está prescrito divergem com frequência.

Esquecer o pé. É a pergunta que evita amputação, e é a mais omitida.

Não perguntar por disfunção erétil. É marcador vascular precoce e o paciente não traz sozinho.

Investigar fadiga isoladamente. Sem o agrupamento, você vai pedir exames em todas as direções.

Aceitar o rótulo "tireoide" ou "metabolismo lento". Pergunte quem disse, com que exame, quando.

Julgar o paciente obeso, ou transformar a consulta em sermão. Além de antiético, faz o paciente omitir compulsão, uso de fórmula e episódios de fome noturna.

Perguntar "o senhor toma remédio?" e parar aí. Pomada, bombinha, colírio, injeção, chá, suplemento e "bomba" de academia não são "remédio" no vocabulário do paciente.

Esperar o hipertireoidismo agitado no idoso. Ele se apresenta apático, com fibrilação atrial e emagrecimento.

Não quantificar a perda de peso. "Emagreci um pouco" pode ser 2 kg ou 15 kg, e a conduta é oposta.

Um exemplo de HDA escrita

Homem, 58 anos, diabético tipo 2 há 12 anos, vem por cansaço progressivo há cerca de 6 meses. Faz uso de metformina 850 mg duas vezes ao dia e gliclazida 60 mg pela manhã; refere esquecer a dose da noite cerca de três vezes por semana e relata dois períodos de uma semana sem medicação por falta na farmácia nos últimos três meses. Refere episódios de tremor, sudorese fria e fome súbita no fim da tarde, cerca de duas vezes por mês, que cedem com alimentação; nega necessidade de ajuda de terceiros, mas relata que já aferiu glicemia capilar de 54 mg/dL sem ter sentido sintomas prévios. Automonitorização apenas em jejum, duas vezes por semana, com valores entre 140 e 190 mg/dL. Ao questionamento dirigido: refere parestesia em queimação em ambos os pés, iniciada nos dedos e ascendente até o terço distal das pernas há cerca de 2 anos; não inspeciona a sola dos pés e refere dificuldade para enxergá-la; nega úlcera atual, mas relata bolha no hálux direito há 6 meses, que levou 3 semanas para cicatrizar. Último exame de fundo de olho há 4 anos. Refere disfunção erétil progressiva há 3 anos, não relatada previamente a nenhum médico. Nega claudicação, dor torácica e dispneia aos esforços habituais, mantendo

capacidade de subir um lance de escada. Refere urina espumosa ocasional, sem edema. Nega uso de corticoide, anabolizante ou suplementos.

Para levar

- Em endocrinologia, nenhum sintoma vale sozinho: o diagnóstico está no agrupamento, e por isso você abre o leque de perguntas mesmo quando a queixa é só cansaço.
- A doença endócrina é lenta, e o paciente se acostuma — use comparação temporal e testemunha externa: "como o senhor estava há um ano?", "alguém comentou alguma mudança?".
- Adesão não se pergunta com "toma direitinho?"; pergunta-se com "quantas vezes por semana acontece de esquecer?" e "já faltou remédio?".
- Em diabetes, o rastreio de complicações é feito por pergunta, não só por exame: olho, nervo, pé, ereção, panturrilha, coração, rim.
- A pergunta sobre o pé — ferida, calo, se enxerga a sola, se anda descalço — é a que evita amputação, e é a mais esquecida.
- Hipoglicemia sem aviso prévio é condição de risco alto e só aparece se você perguntar se ele sente antes de cair.
- Tireoide é o acelerador do corpo: pergunte tudo em pares espelhados — frio ou calor, preso ou solto, ganhou ou perdeu peso.
- Hipertireoidismo no idoso é apático, com fibrilação atrial e emagrecimento; não espere agitação.
- Perda de peso involuntária é quantificada em quilos e em porcentagem, e a bifurcação que organiza a árvore é o apetite.
- Fratura por queda da própria altura já é osteoporose, com ou sem densitometria.
- Peça permissão antes de falar de peso, pergunte a história do peso na vida inteira e trate obesidade como doença de regulação, nunca como falha de caráter.
- Pomada, bombinha, colírio, injeção na articulação, chá, fórmula manipulada e "bomba" de academia não são "remédio" para o paciente — pergunte por cada um pelo nome.

12

Referências

American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S20-42.

Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman-Cecil Medicine. 26th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Hall JE, Hall ME. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. 14th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.

Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

Melmed S, Auchus RJ, Goldfine AB, Koenig RJ, Rosen CJ, editors. Williams Textbook of Endocrinology. 14th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Vilar L. Endocrinologia clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.

12

13

CAPÍTULO 13

Anamnese dermatológica, oftalmológica e otorrinolaringológica

Este capítulo junta três territórios que têm uma coisa em comum: são os únicos em que o exame físico parece dispensar a conversa. Dá para olhar a lesão, olhar o olho, olhar a garganta — e é justamente por isso que o estudante para de perguntar e perde o diagnóstico. A tese aqui é simples: **nesses três territórios, a história diz o que a imagem não diz** — quando começou, o que mudou, o que o paciente passou em cima, e se aquilo é uma urgência disfarçada de banalidade.

13

Bloco 1 — Pele

Por que essa anamnese é diferente

A lesão de pele é o único "sintoma" que você vê com os próprios olhos, e isso produz uma ilusão perigosa: a de que basta olhar. Acontece que a pele tem um repertório limitado de reações e um vocabulário morfológico pequeno — mácula, pápula, vesícula, placa, nódulo. Dezenas de doenças diferentes usam as mesmas palavras. O que as separa é a **história**: a velocidade de instalação, o ponto de partida, a direção da disseminação, o que veio antes, e se coça ou dói.

Há ainda um mecanismo que muda tudo e quase ninguém explica ao estudante: **quase toda lesão que chega ao consultório já foi modificada**. O paciente passou pomada, chá, álcool, dentifrício, "aquele creme da vizinha". Corticoide tópico apaga o eritema e a descamação de uma micose e transforma a borda nítida em algo irreconhecível — é a chamada *tinea incognita*. Antifúngico em eczema irrita. Antisséptico resseca. Se você não perguntar o que foi passado,

você não está olhando a doença: está olhando a doença mais o tratamento errado, como quem tenta identificar uma pegada depois que passou a chuva.

O mapa de hipóteses

Matam rápido: necrólise epidérmica tóxica e síndrome de Stevens-Johnson, DRESS, fasciite necrotizante e celulite necrotizante, meningococcemia (petéquias com febre), pênfigo extenso, eritrodermia com instabilidade hemodinâmica. **Comuns:** dermatite de contato, eczema atópico, micoses superficiais, escabiose, urticária, acne, psoríase, dermatite seborreica, celulite simples, herpes. **Só se você perguntar:** farmacodermia leve em curso de virar grave, melanoma, escabiose de contactantes, sífilis secundária, prurido de causa sistêmica (colestase, doença renal, linfoma, ferropenia), dermatose ocupacional.

As perguntas, com o porquê

> "Quando apareceu a primeira lesão? Onde exatamente ela começou? Me mostre esse primeiro lugar."

A **lesão primária no sítio inicial** é a menos alterada pelo tempo, pelo coçar e pelo tratamento. É nela que está o diagnóstico.

> "E daí, como foi se espalhando — de dentro para fora, de cima para baixo? Surgiu tudo de uma vez ou foi aparecendo aos poucos?"

Direção e ritmo são assinaturas. Tronco primeiro com poupança de palmas: exantema viral. Palmas e plantas acometidas: sífilis secundária, riquetsiose, mão-pé-boca, farmacodermia. Lesão que caminha em linha reta ao longo de um membro: esporotricose linfática ou linfangite.

> "Coça, dói, arde, ou não sente nada?"

Prurido aponta eczema, escabiose, urticária, líquen. **Dor** aponta infecção, herpes-zóster e vasculite. **Anestesia** em placa é hanseníase, e essa é uma pergunta que o Brasil obriga: "essa mancha é dormente? Se eu encostar aqui com o olho fechado, o senhor sente igual ao outro lado?"

> "Coça mais em que hora do dia? Alguém em casa também está coçando?"

Prurido que piora à noite e afeta contactantes é escabiose até prova em contrário.

> "O que o senhor passou nela? Pomada, creme, chá, álcool, pasta de dente, algum remédio de farmácia? Melhorou, piorou, ou melhorou e depois voltou pior?"

A resposta "melhorou enquanto eu passava e voltou pior quando parei" é a história típica de corticoide em micose.

> "Piora no sol? Aparece só onde a roupa não cobre?"

Distribuição fotoexposta (face, decote em V, dorso das mãos, poupando a área sob o queixo e atrás da orelha) aponta fotossensibilidade, fototoxicidade medicamentosa, lúpus e dermatomiosite.

13

> "Que remédio o senhor começou nas últimas seis semanas? Inclusive antibiótico, remédio para convulsão, para gota, anti-inflamatório, e os que comprou sem receita."

Essa é a **janela temporal** da farmacodermia, e é o item mais importante do bloco. O exantema maculopapular por droga aparece tipicamente entre 4 e 14 dias após a primeira exposição — não no dia seguinte, o que confunde o paciente ("mas eu já tomava isso há uma semana"). Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica costumam abrir entre 4 dias e 4 semanas; DRESS pode levar de 2 a 8 semanas. Em reexposição, tudo acontece em horas. Os culpados que você deve perguntar pelo nome: alopurinol, sulfametoxazol-trimetoprim e outras sulfas, carbamazepina, fenitoína, lamotrigina, fenobarbital, nevirapina, penicilinas e cefalosporinas, anti-inflamatórios.

> "No trabalho, sua pele encosta em quê? Usa luva? A lesão melhora nas férias ou no fim de semana?"

Melhorar no afastamento é o dado mais forte de dermatose ocupacional, e vale mais do que qualquer teste inicial.

E a pergunta de melanoma, feita pela história e não pelo olho:

> "Essa pinta é nova, ou o senhor tem desde sempre? Nos últimos meses ela mudou — cresceu, mudou de cor, ficou com a borda irregular, começou a coçar, sangrou sozinha? Tem alguma ferida que não fecha há mais de um mês?"

A regra que a anamnese oferece é a do "patinho feio": uma lesão que se comporta de modo diferente das outras do mesmo paciente. Pergunte também por queimaduras solares com bolha na infância, exposição ocupacional ao sol, uso de câmara de bronzeamento e história familiar de melanoma.

13

E as **emergências dermatológicas**, que se levantam com quatro perguntas:

> "O senhor teve febre e se sentiu muito mal antes ou junto com as manchas? Está ardendo a pele, doendo ao encostar, mais do que parece? A boca, os olhos e a região genital estão feridos, com dificuldade de engolir ou de abrir os olhos? A pele está descolando, formando bolha, sai se esfregar?"

Dor cutânea desproporcional ao aspecto, acometimento de duas ou mais mucosas, sinal de descolamento e febre alta compõem o quadro de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica — e o divisor entre os dois é apenas a extensão de descolamento (abaixo de 10% da superfície corporal, SSJ; acima de 30%, NET). Para a celulite necrotizante, a tríade que levanta a bandeira é **dor desproporcional, evolução em horas e toxemia**; pergunte "a área cresceu de manhã para a tarde? O senhor consegue marcar com caneta onde estava o vermelho há duas horas?" e "está saindo líquido, apareceu bolha escura, ficou dormente no meio?" — anestesia no centro da placa é necrose de terminações nervosas e é sinal tardio e grave.

Sinais de alarme

Dor desproporcional ao aspecto; progressão em horas; bolha, área acinzentada ou anestesia central; crepitação; febre com toxemia; acometimento de mucosas; pele que descola ao toque;

petéquias que não desaparecem à digitopressão com febre; edema de face, língua ou lábios com dispneia; eritrodermia; lesão nova, que muda, sangra ou não cicatriza; imunossupressão com qualquer lesão infecciosa.

Armadilhas

Examinar só a lesão que o paciente mostrou, sem despir e sem ver couro cabeludo, unhas, umbigo, dobras, genitais e boca. Não perguntar o que foi passado na lesão. Chamar tudo de "alergia" e fechar o raciocínio. Não perguntar por remédio iniciado há semanas, porque parece tempo demais. Aceitar "é fungo" ou "é só uma pinta" como diagnóstico dado por terceiros. Esquecer de perguntar se a mancha é dormente. Interpretar melhora inicial com corticoide como confirmação de "alergia".

HDA escrita

Homem, 34 anos, com exantema maculopapular pruriginoso iniciado há 3 dias no tronco, com progressão craniocaudal e posterior acometimento de membros, incluindo região palmar. Refere início de sulfametoxazol-trimetoprim há 9 dias por infecção urinária, sem uso prévio da droga. Associa febre de 38,5 °C e mal-estar. Nega uso de qualquer produto tópico sobre as lesões. Refere ardência ocular com fotofobia leve e duas úlceras em mucosa oral, surgidas hoje, com dificuldade para deglutir. Nega descolamento cutâneo ao toque até o momento. Nega lesões prévias semelhantes e antecedente de reação a medicamentos.

Para levar

- A lesão que interessa é a primeira, no lugar onde começou — peça para mostrar.
- Sempre pergunte o que foi passado em cima: quase toda lesão chega modificada.
- A janela da farmacodermia é de dias a semanas, não de horas — pergunte por tudo que começou nas últimas seis semanas.
- Prurido noturno com contactantes coçando é escabiose.
- Mancha dormente é hanseníase até prova em contrário.
- Dor desproporcional, evolução em horas e toxemia significam necrose — cirurgia, não antibiótico oral.
- Mucosa acometida em duas ou mais localizações com pele que descola é SSJ/NET: suspenda a droga e interne.
- Melanoma se levanta por história: lesão nova, que mudou, que sangra, que não cicatriza, diferente das outras do mesmo paciente.

13

Bloco 2 — Olho

Por que essa anamnese é diferente

O olho tem um repertório de queixas ainda menor que o da pele: vermelho, dói, não enxergo, vejo dobrado, vejo coisas voando. E tem uma particularidade cruel — **o tempo até o tratamento define a perda permanente**. Em glaucoma agudo de ângulo fechado, em oclusão de artéria central da retina e em arterite de células gigantes, a janela é de horas. Por isso a anamnese ocular é curta, muito dirigida, e existe basicamente para responder a uma pergunta: *isso pode cegar hoje?*

O eixo que organiza tudo é a combinação de **três variáveis: dor, acuidade visual e secreção**. Pense num semáforo: vermelho sem dor e sem perda visual é quase sempre verde para conduta ambulatorial; vermelho com dor e com perda visual é vermelho para você — encaminhamento no mesmo dia.

O mapa de hipóteses

Matam a visão rápido: glaucoma agudo de ângulo fechado, oclusão de artéria central da retina, arterite de células gigantes, endoftalmite, celulite orbitária, descolamento de retina com mácula ainda preservada, ceratite por lente de contato (*Pseudomonas*, *Acanthamoeba*), trauma penetrante, queimadura química (sobretudo álcali). **Comuns:** conjuntivite viral, alérgica e bacteriana; olho seco; hordéolo e calázio; hemorragia subconjuntival; erro refrativo; corpo estranho corneano superficial. **Só se você perguntar:** uveíte ligada a espondiloartrite ou doença inflamatória intestinal, neurite óptica como primeira manifestação de esclerose múltipla, amaurose fugaz como aviso de AVC, retinopatia diabética assintomática, glaucoma crônico.

As perguntas, com o porquê

Olho vermelho. Três perguntas decidem quase tudo.

> "Está doendo o olho por dentro, uma dor funda, ou é mais uma areia, uma coceira? Está enxergando igual ao outro olho, ou embaçou? Está saindo secreção, gruda o olho de manhã? A luz incomoda muito?"

Dado	Conjuntivite	Uveíte anterior	Ceratite	Glaucoma agudo	Esclerite
Dor	Ardência, areia	Moderada, funda	Forte, superficial	Muito forte	Profunda, "rói", acorda à noite
Visão	Preservada	Embaçada	Embaçada	Muito reduzida, halos ao redor das luzes	Pode reduzir

13

Dado	Conjuntivite	Uveíte anterior	Ceratite	Glaucoma agudo	Esclerite
Secreção	Purulenta ou aquosa abundante	Ausente	Escassa	Ausente	Ausente
Fotofobia	Leve	Intensa	Intensa	Presente	Presente
Vermelhidão	Difusa, periférica	Ao redor da córnea (ciliar)	Ciliar	Difusa, olho "duro"	Setorial, violácea
Pista extra	Contactante doente	Espondiloartrite, DII, episódios prévios	Lente de contato, trauma	Meia-luz, colírio dilatador, dor de cabeça e vômito	Artrite reumatoide, vasculite

Perguntas que fecham cada suspeita:

> "A dor de cabeça veio junto, com enjoo e vômito? Isso começou num lugar escuro, no cinema, à noite?"

Glaucoma agudo: a midríase em ambiente de baixa luminosidade fecha o ângulo. Muitos desses pacientes chegam ao pronto-socorro com hipótese de abdome agudo ou enxaqueca, porque vomitam — e o olho passa despercebido.

> "O senhor já teve isso antes? Tem alguma doença de coluna, psoríase, doença de intestino, artrite?"

Uveíte recorrente com doença sistêmica.

> "Usa lente de contato? Dorme com ela? Lava com água da torneira? Reutiliza a solução?"

Isso é obrigatório — olho vermelho em usuário de lente é ceratite até prova em contrário, e *Acanthamoeba* está ligada à água da torneira e à natação com lente.

> "Caiu alguma coisa química no olho? O senhor lavou? Com o quê, por quanto tempo?"

Queimadura química é a única condição oftalmológica em que se trata antes de perguntar: irrigação imediata, abundante e prolongada.

Perda visual súbita. Aqui a primeira pergunta é sempre a mesma:

> "Doeu ou não doeu? Foi num olho só ou nos dois? Perdeu tudo ou perdeu um pedaço do campo? Voltou sozinho ou continua?"

Quadro	Dor	Padrão da perda	Pistas na história
Oclusão de artéria central da retina	Indolor	Total, súbita, "apagou"	Idoso, fibrilação atrial, carótida; é um AVC do olho

Quadro	Dor	Padrão da perda	Pistas na história
Oclusão de veia central	Indolor	Embaçamento súbito, variável	Hipertensão, glaucoma
Descolamento de retina	Indolor	"Cortina" ou "sombra" subindo ou descendo, precedida de flashes e moscas	Miopia alta, cirurgia de catarata, trauma
Neurite óptica	**Dor à movimentação do olho**	Perda central, cores desbotadas, evolução em horas a dias	Mulher jovem; episódio neurológico prévio
Amaurose fugaz	Indolor	Perda total transitória, minutos, "cortina que desceu e subiu"	Doença carotídea — é AIT, investigue hoje
Arterite de células gigantes	Cefaleia, dor no couro cabeludo	Perda súbita, pode ser precedida de episódios transitórios	Acima de 50 anos, dor ao mastigar, dor em cintura escapular
Hemorragia vítrea	Indolor	Chuva súbita de pontos, visão "encharcada de tinta"	Diabético com retinopatia

Duas perguntas valem ouro: **"dói quando o senhor mexe o olho?"** — que isola a neurite óptica de todo o resto — e **"o senhor sente dor ao mastigar, o couro cabeludo dói quando penteia, e tem dor nos ombros e no quadril?"**, que levanta arterite de células gigantes, onde o corticoide é imediato, antes da biópsia.

13

Diplopia.

> "Quando o senhor tapa um olho, a visão dobrada some? Some tapando qualquer um dos dois?"

Essa única pergunta separa dois mundos. **Diplopia binocular** (desaparece ao ocluir qualquer olho) é problema de alinhamento — paralisia de nervo craniano, miastenia, orbitopatia de Graves, lesão de tronco — e é potencialmente grave. **Diplopia monocular** (persiste com um olho tapado) é problema óptico do próprio olho: catarata, astigmatismo, ceratocone, olho seco — e raramente é urgência.

> "A visão dobrada é lado a lado ou uma imagem em cima da outra? Piora no fim do dia? A pálpebra cai? A pupila está diferente?"

Piora vespertina com ptose sugere miastenia. Diplopia com ptose e **pupila dilatada** é paralisia do terceiro nervo com envolvimento pupilar — aneurisma de comunicante posterior até prova em contrário, e é neuroimagem agora.

Moscas volantes e flashes.

> "Apareceram pontinhos pretos que se mexem quando o senhor move o olho? Foi de repente e em grande quantidade, tipo chuva de fuligem? Vê flashes de luz, clarões,

> principalmente no canto e no escuro? Apareceu alguma sombra ou cortina num canto da visão?"

Moscas antigas e estáveis são benignas. **Aumento súbito**, especialmente com fotopsias e com sombra periférica, é descolamento de vítreo com risco de rasgo e descolamento de retina — avaliação em 24 horas. Se a mácula ainda não descolou, a cirurgia preserva a visão central; depois, não.

Trauma e corpo estranho.

> "O que aconteceu exatamente? Estava batendo, martelando, esmerilhando, cortando grama? Usava óculos de proteção? Dói, lacrimeja, sente que tem algo dentro?"

Marteladas em metal e esmeril projetam fragmentos em alta velocidade, capazes de perfurar sem dor importante e sem sinal externo. A história do mecanismo vale mais do que o aspecto: **corpo estranho intraocular se suspeita pela história, não pela inspeção.**

Sinais de alarme

Olho vermelho com dor importante, perda visual ou fotofobia intensa; halos coloridos com cefaleia e vômito; usuário de lente de contato com olho vermelho; perda visual súbita, indolor ou não; dor à movimentação ocular; cortina, flashes ou chuva de moscas novas; diplopia binocular, sobretudo com ptose ou pupila alterada; trauma com objeto em alta velocidade ou substância química; proptose, febre e dor à movimentação (celulite orbitária); pós-operatório recente de catarata com dor e piora visual (endoftalmite).

13

Armadilhas

Rotular todo olho vermelho como conjuntivite e prescrever colírio com corticoide — que agrava ceratite herpética e infecção fúngica. Não perguntar por lente de contato. Não perguntar se a diplopia some ao tapar um olho. Confundir "vista embaçada" (perda visual) com "vista cansada". Aceitar "só apagou um pouquinho" sem testar cada olho separadamente — o paciente que só tem um olho comprometido frequentemente não percebe. Esquecer que amaurose fugaz é evento neurológico e não oftalmológico.

HDA escrita

Mulher, 29 anos, refere embaçamento visual progressivo no olho esquerdo há 4 dias, com percepção de cores "lavadas" e dificuldade de leitura. Descreve dor retro-ocular que piora nitidamente à movimentação do globo. Nega olho vermelho, secreção, fotofobia e trauma. Nega uso de lente de contato. Relata episódio autolimitado de parestesia em membro inferior direito há 8 meses, não investigado. Nega cefaleia, claudicação de mandíbula e sintomas em cintura escapular. Visão do olho direito preservada.

Para levar

- Vermelho sem dor e sem perda visual é quase sempre benigno; vermelho com dor e perda visual é encaminhamento no mesmo dia.
- Toda queixa ocular exige testar um olho de cada vez — o paciente compensa com o olho bom e não percebe a perda.
- "Dói quando o senhor mexe o olho?" isola a neurite óptica.
- "Some quando tapa um olho?" separa diplopia binocular (grave) de monocular (óptica).
- Usuário de lente de contato com olho vermelho é ceratite até prova em contrário.
- Chuva nova de moscas, flashes e cortina é descolamento de retina — 24 horas.
- Amaurose fugaz é um AIT: investigue carótida e coração, não o olho.
- Acima de 50 anos com perda visual, cefaleia e dor ao mastigar, corticoide antes da biópsia.
- Queimadura química se irriga antes de se perguntar qualquer coisa.

Bloco 3 — Ouvido, nariz e garganta

Por que essa anamnese é diferente

Aqui você trabalha em corredores estreitos, e o risco tem duas naturezas: **obstrução da via aérea**, que mata em minutos, e **função sensorial que não volta**, como a audição perdida de uma semana. O restante é quase todo banal e autolimitado. Portanto a anamnese otorrinolaringológica é uma triagem rápida entre três categorias: o que sufoca, o que perde função em definitivo, e o resfriado.

Há também um problema de vocabulário particularmente traiçoeiro nesta região. "Tontura" pode ser vertigem, pré-síncope ou desequilíbrio. "Catarro" pode ser secreção nasal, escarro ou gotejamento posterior. "Garganta inflamada" pode ser dor ao engolir, dor contínua ou sensação de bola. Traduzir é metade do trabalho.

O mapa de hipóteses

Matam rápido: abscesso periamigdaliano e parafaríngeo, angina de Ludwig, epiglotite, corpo estranho em via aérea, angioedema, epistaxe maciça, mastoidite com complicação intracraniana, otite externa maligna em diabético. **Comuns:** rinossinusite viral, rinite alérgica, otite média aguda, otite externa, faringotonsilite, cerume impactado, epistaxe anterior, disfonia por uso vocal. **Só se você perguntar:** surdez súbita neurossensorial (urgência), neoplasia de cabeça e pescoço em tabagista, colesteatoma, otite média com efusão em adulto (que em unilateral obriga a pensar em tumor de nasofaringe), refluxo laringofaríngeo, corpo estranho nasal em criança.

As perguntas, com o porquê

Otalgia e otorreia.

> "A dor é dentro do ouvido ou em volta? Dói quando o senhor puxa a orelha ou aperta na frente do buraquinho? Entrou água, foi à piscina ou ao mar? Usa cotonete ou fone que entra no canal?"

Dor à tração do pavilhão e à pressão no trago é **otite externa**; otite média dói por dentro e costuma vir depois de coriza, com hipoacusia e febre em criança.

> "Saiu secreção? De que cor, tem cheiro ruim? Saiu e a dor aliviou muito de repente?"

Alívio abrupto com saída de secreção sugere perfuração timpânica. **Otorreia fétida, crônica, com hipoacusia progressiva** levanta colesteatoma, que erode osso e precisa de cirurgia.

> "O senhor é diabético ou faz algum tratamento que baixa a imunidade? A dor é muito forte, pior à noite, e não passa com nada?"

Otalgia intensa e refratária em diabético idoso é **otite externa maligna** (necrotizante), uma osteomielite de base de crânio.

E a pergunta que quase ninguém faz: se o ouvido é normal ao exame, a dor é referida.

> "O senhor tem dor de dente, dor na articulação da mandíbula quando mastiga, dor de garganta? Fuma? Bebe?"

Otalgia com otoscopia normal em adulto tabagista é sinal de alarme para tumor de faringe ou laringe, porque o nervo vago e o glossofaríngeo referem dor para o ouvido.

Hipoacusia.

> "A audição caiu de um dia para o outro, num ouvido só? Em quanto tempo — minutos, horas, ao acordar?"

Surdez súbita neurossensorial é urgência. Perda unilateral instalada em até 72 horas exige avaliação e corticoide idealmente nas primeiras duas semanas — quanto mais cedo, melhor a chance de recuperação. O paciente costuma achar que é cera e esperar um mês; e a maior parte dos serviços trata como se não fosse pressa. É o item mais subvalorizado deste bloco. Um sinal clínico simples ajuda: se ao vibrar um diapasão na testa o som **lateraliza para o ouvido ruim**, é condutiva (cera, efusão); se lateraliza para o ouvido bom, é neurossensorial — urgência.

> "A audição piora em ambiente com barulho ou em ambiente silencioso? Sente o ouvido tampado? Já teve isso depois de mergulho ou voo?"
>
> "Trabalha ou trabalhou em lugar barulhento? Usa protetor? Usa fone alto por quantas horas? Toma algum remédio para pressão ou infecção injetável, ou já fez quimioterapia?"

Ototoxicidade por aminoglicosídeo, cisplatina, furosemida em dose alta e salicilatos existe e não é perguntada.

Zumbido.

> "O zumbido é nos dois ouvidos ou num só? É um chiado contínuo ou pulsa no ritmo do coração?"

Zumbido **unilateral** com hipoacusia assimétrica exige investigar lesão retrococlear (schwannoma vestibular). Zumbido **pulsátil** sugere causa vascular — estenose carotídea, fístula, hipertensão intracraniana — e não é o zumbido banal.

Vertigem. Remeta ao capítulo 8, mas faça aqui a triagem mínima:

> "Quando o senhor diz tontura, é o mundo rodando, é sensação de desmaio, ou é desequilíbrio ao andar? Dura segundos, minutos ou horas? Vem ao virar na cama? Vem junto com perda de audição e zumbido?"

Segundos ao mudar de posição: vertigem posicional paroxística benigna. Horas, com hipoacusia flutuante e zumbido: doença de Ménière. Dias, contínua, sem alteração auditiva: neurite vestibular — mas com qualquer sintoma neurológico associado, é AVC de fossa posterior, e a investigação é do capítulo 8.

Obstrução nasal e rinorreia.

> "O nariz entope dos dois lados ou de um só? Alterna de lado? Piora deitado?"

Alternância entre os lados é o ciclo nasal fisiológico exagerado, típico da rinite. **Obstrução unilateral fixa** é anatômica ou tumoral, e em criança com secreção unilateral fétida é corpo estranho até prova em contrário.

> "A secreção é clara, amarela ou esverdeada? Há quantos dias? Melhorou e depois piorou de novo?"

Cor de secreção **não distingue viral de bacteriana** — vale dizer isso ao paciente. O que sugere sinusite bacteriana é a duração acima de 10 dias sem melhora, sintomas graves com febre alta por mais de 3 ou 4 dias, ou o padrão de **"piora após melhora"**.

> "Coça o nariz, os olhos, espirra em salva? Piora em contato com poeira, mofo, bicho? Tem asma ou eczema?"
>
> "Perdeu o olfato? Perdeu junto com o paladar? Voltou?"
>
> "Usa descongestionante em spray? Há quanto tempo?"

Uso prolongado de oximetazolina produz rinite medicamentosa, com obstrução de rebote cada vez pior — o paciente usa mais, e piora mais.

Epistaxe.

> "Sangra de qual narina? Começou depois de assoar, coçar, com o tempo seco? Quanto sangrou — pingou, encheu um copo? O sangue escorre pela garganta?"

Sangue que desce pela garganta em volume sugere **sangramento posterior**, mais grave e mais difícil de controlar. Sempre pergunte:

> "O senhor toma varfarina, rivaroxabana, apixabana, clopidogrel, aspirina? Toma anti-inflamatório? Faz controle de INR — quando foi o último? A pressão está controlada?"

Anticoagulação com epistaxe repetida ou volumosa muda o cenário inteiro e exige avaliar hemodinâmica e reverter quando indicado.

Odinofagia e as perguntas do abscesso.

> "Consegue engolir a própria saliva? Está babando, cuspindo em um copo? Consegue abrir a boca normalmente? A voz mudou, ficou abafada, como se estivesse com batata quente na boca? Dói mais de um lado? O pescoço inchou? Consegue respirar bem, deitado?"

Esse conjunto — **trismo, sialorreia, voz abafada, dor unilateral e desvio de úvula** — é abscesso periamigdaliano ou espaço profundo, e é via aérea em risco. Some a isso: incapacidade de engolir saliva, estridor, postura de tripé e preferência por sentar inclinado para frente, que sugerem epiglotite. Edema submandibular bilateral, com elevação da língua, após problema dentário, é angina de Ludwig.

> "Tem dor de garganta há mais de duas semanas, com febre e caroços no pescoço? Está muito cansado? Tomou amoxicilina e apareceu mancha no corpo?"

Exantema após aminopenicilina em faringite é muito sugestivo de mononucleose.

Rouquidão.

> "Há quanto tempo a voz está rouca? Já passou de três semanas? O senhor fuma? Quanto e há quantos anos? Bebe? Está emagrecendo? Dói ao engolir, tem dor no ouvido do mesmo lado? Apareceu caroço no pescoço? Usa a voz para trabalhar? Usa bombinha com corticoide?"

A regra prática: **rouquidão persistente por mais de três semanas em adulto, especialmente tabagista e etilista, exige laringoscopia.** Não trate com "repouso vocal e mais três semanas de observação"; é assim que se perde câncer de laringe em estádio inicial, que é o estádio curável. O somatório de tabaco e álcool multiplica o risco de forma mais que aditiva.

Disfagia alta.

> "Onde a comida para — aqui em cima, no pescoço, ou mais para baixo, no peito? Engasga? Tosse ou o nariz escorre quando engole líquido? A dificuldade é maior com líquido ou com sólido?"

Disfagia alta (orofaríngea) é problema de transferência: o paciente engasga no primeiro segundo, tosse, regurgita pelo nariz — e a causa costuma ser neurológica (AVC, Parkinson, miastenia) ou estrutural (divertículo de Zenker, tumor). Dificuldade **maior com líquido** aponta para essa categoria. Disfagia baixa, com sensação de parada retroesternal e maior dificuldade com sólidos, é esofágica e pertence a outro capítulo.

> "Já teve pneumonia repetida? Perdeu peso? A comida volta pelo nariz? Sente mau hálito e regurgita comida não digerida horas depois?"

Pneumonia de repetição indica aspiração. Regurgitação tardia de alimento não digerido com halitose sugere divertículo de Zenker.

Sinais de alarme

Incapacidade de engolir a própria saliva, sialorreia, trismo, voz abafada; estridor, dispneia, postura de tripé; edema de língua e assoalho da boca; perda auditiva unilateral súbita; zumbido unilateral ou pulsátil; otalgia intensa refratária em diabético; otorreia fétida crônica com hipoacusia; otalgia com exame de ouvido normal em tabagista; obstrução nasal unilateral fixa com epistaxe recorrente; epistaxe volumosa em anticoagulado; rouquidão acima de três semanas em tabagista; disfagia com perda de peso; massa cervical persistente por mais de três semanas em adulto.

Armadilhas

Aceitar "tontura" sem traduzir. Tratar surdez súbita como cera e mandar voltar em um mês. Usar cor de secreção para decidir antibiótico. Não perguntar por anticoagulante na epistaxe. Não perguntar se o paciente consegue engolir a própria saliva na dor de garganta. Dar mais tempo à rouquidão do tabagista. Examinar o ouvido, achar normal, e encerrar sem procurar a causa referida. Não perguntar por corpo estranho em criança com secreção nasal unilateral e fétida.

HDA escrita

Homem, 62 anos, tabagista de 40 anos-maço e etilista diário, refere rouquidão progressiva e contínua há cerca de 3 meses, sem períodos de melhora e sem relação com uso vocal ou quadro gripal. Associa odinofagia leve à direita nas últimas 4 semanas e otalgia direita intermitente, com otoscopia prévia descrita como normal em atendimento anterior. Refere perda ponderal de 6 kg em 3 meses, não intencional. Nega dispneia, estridor, disfagia para sólidos e sialorreia. Notou aumento de volume cervical direito há 3 semanas, indolor e progressivo. Fez uso de corticoide oral por 5 dias, sem alteração da voz.

Para levar

- Nesse território, duas coisas correm contra o relógio: a via aérea, que fecha em minutos, e a audição súbita, que não volta depois de semanas.
- Perda auditiva unilateral instalada em até 72 horas é urgência, não cera.
- Na dor de garganta, a pergunta que decide internação é se o paciente consegue engolir a própria saliva.
- Trismo, sialorreia e voz abafada são abscesso até prova em contrário.
- Otalgia com ouvido normal em tabagista é dor referida de tumor até que se prove outra coisa.
- Rouquidão acima de três semanas em adulto merece laringoscopia, não mais três semanas.
- Zumbido unilateral ou pulsátil é diferente de zumbido comum e exige investigação.
- Cor da secreção nasal não define antibiótico; duração e o padrão de piora após melhora definem.

- Obstrução nasal unilateral fixa, em criança com secreção fétida, é corpo estranho; em adulto com epistaxe, é tumor até prova em contrário.
- Epistaxe em anticoagulado é outro problema: pergunte a droga, o INR e se o sangue desce pela garganta.

Para levar

- Nos três territórios, o olho do examinador engana: a imagem mostra o estado atual, a história mostra o processo — velocidade, direção e o que veio antes.
- Em todos eles, a mesma pergunta rende mais do que qualquer outra: "o que o senhor já passou, pingou ou tomou nisso?" — tratamento prévio deforma o quadro.
- A janela temporal é o que separa urgência de rotina: minutos na via aérea e na queimadura química, horas no glaucoma agudo e na oclusão arterial, dias na surdez súbita e no descolamento de retina, semanas na rouquidão do tabagista.
- Dor desproporcional ao que se vê é sinal de gravidade na pele, no olho e no ouvido.
- Sintoma unilateral fixo e persistente — narina, ouvido, zumbido, rouquidão, lesão que não cicatriza — é o padrão que mais frequentemente esconde tumor.
- Sempre teste e pergunte por cada lado separadamente: o paciente compensa com o lado bom e só percebe a perda quando ela é grande.
- Traduza o vocabulário antes de raciocinar: "tontura", "catarro", "vista cansada", "alergia" e "garganta inflamada" não são diagnósticos, são palavras.
- Febre com toxemia associada a qualquer uma dessas queixas tira o caso da rotina ambulatorial na hora.

13

Referências

Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.

Flint PW, Francis HW, Haughey BH, et al., editors. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. CA Cancer J Clin. 1985;35(3):130-51.

Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Salmon JF. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. 9th ed. Edinburgh: Elsevier; 2020.

13

14

CAPÍTULO 14

Anamnese hematológica e oncológica

Este capítulo resolve três problemas que o estudante costuma empurrar para o laboratório: descobrir de onde vem uma anemia perguntando, separar sangramento de plaqueta de sangramento de coagulação só pela história, e reconhecer, na conversa, o paciente cujo problema é um câncer — inclusive o que já tem o diagnóstico e chegou com uma complicação do tratamento. É também o capítulo em que se aprende a falar de prognóstico sem mentir e sem destruir.

Por que essa anamnese é diferente

Na maior parte da medicina, a queixa aponta para o órgão: dor no peito aponta para o tórax, disúria aponta para a bexiga. Em hematologia, o sangue não tem endereço. Ele passa por todos os tecidos, e por isso uma doença do sangue se manifesta como um sintoma de qualquer outro sistema: cansaço que parece depressão, falta de ar que parece asma, confusão que parece demência, dor lombar que parece hérnia de disco. O território hematológico é o único em que **o sintoma nunca fica onde a doença está**. Isso obriga a uma inversão de método: em vez de aprofundar o sintoma até o órgão, você usa o sintoma como porta e sai imediatamente procurando as três pistas que o sangue deixa — falta de transporte de oxigênio, falha de hemostasia e proliferação celular anormal.

A segunda diferença é que, aqui, o exame laboratorial chega antes do raciocínio com uma frequência desconfortável. O paciente aparece com um hemograma na mão. E o estudante, aliviado, lê o número e para de pensar. Esse é o erro central do capítulo: **anemia não é diagnóstico, é sinal**. Dizer "anemia ferropriva" e prescrever sulfato ferroso sem perguntar de onde o ferro está saindo é o equivalente hematológico de tratar febre com antitérmico e ir embora. Um homem de 60 anos com anemia por deficiência de ferro tem câncer de cólon até prova em contrário, e essa prova não está no hemograma. Está na colonoscopia — e o que indica a colonoscopia é a anamnese.

A terceira diferença é o peso emocional. Esta é a anamnese em que a palavra "câncer" pode estar na cabeça do paciente desde antes de ele sentar, mesmo que ele não a diga. Perguntar sobre perda de peso, gânglio e sudorese noturna é caminhar sobre esse medo. Fazer isso com pressa produz um paciente que omite. Fazer com tempo produz uma história completa. A anamnese oncológica é, em grande parte, uma habilidade de não apressar.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido: neutropenia febril em paciente em quimioterapia; síndrome de compressão medular por metástase; hipercalcemia maligna sintomática; síndrome da veia cava superior; leucemia aguda em apresentação (sangramento com infecção e palidez em dias a semanas); sangramento maciço em coagulopata ou anticoagulado; púrpura trombocitopênica trombótica; tromboembolismo pulmonar; síndrome de lise tumoral.

As comuns: anemia ferropriva por perda menstrual ou digestiva; anemia de doença crônica e da doença renal; deficiência de B12 e folato; anemia por doença hepática e por álcool; trombocitopenia medicamentosa; trombose venosa profunda provocada; adenomegalia reacional infecciosa; anemia falciforme e traço falciforme no Brasil.

As que só se descobrem se você perguntar: mieloma múltiplo em quem tem "dor nas costas"; linfoma em quem tem prurido, sudorese noturna e um gânglio que ele não mostrou; câncer colorretal em quem tem anemia e nega sangramento até você perguntar de outro jeito; doença de von Willebrand em mulher que "sempre menstruou muito"; trombofilia em mulher com perdas gestacionais de repetição; síndrome hereditária de câncer numa família que ninguém mapeou; câncer gástrico em quem usa inibidor de bomba há anos por "gastrite".

14

As perguntas, com o porquê de cada uma

Anemia: perguntar de onde o ferro está saindo

Comece pelo que o paciente sente, e principalmente pela **velocidade**, porque a velocidade separa perda aguda de carência lenta melhor do que qualquer índice do hemograma.

> "O senhor está mais cansado do que era? Desde quando? Foi de uma hora para outra, ou foi devagar, a ponto de o senhor nem saber direito quando começou?"

O corpo compensa anemia lenta com maestria: aumenta o débito cardíaco, desloca a curva de dissociação da hemoglobina e o paciente chega andando com hemoglobina de 6. Perda rápida, ao contrário, não dá tempo de compensar: aparece taquicardia, tontura ao levantar e falta de ar aos pequenos esforços com hemoglobina bem maior. **Anemia de instalação insidiosa com sintomas leves é carência; anemia com sintomas desproporcionais é perda aguda ou hemólise.** Essa é a analogia útil: a carência é uma torneira pingando num tanque que vai baixando devagar e o corpo vai aprendendo a nadar mais raso; a hemorragia é uma rachadura no tanque, e não dá tempo de aprender nada.

> "Falta o ar para subir escada? Há seis meses o senhor subia esse mesmo lance sem parar? Tem sentido o coração acelerado, zumbido no ouvido, vista escurecendo ao levantar?"

Ancorar num marco funcional concreto é o que transforma "cansaço" em dado mensurável. Zumbido e escurecimento visual ao levantar sugerem anemia significativa e hipovolemia associada.

> "A senhora sente vontade de comer alguma coisa que não é comida — gelo, terra, tijolo, giz, papel? Sente formigamento nas pernas, ou uma inquietação nas pernas à noite que só melhora se mexer?"

Pica (inclusive pagofagia, a compulsão por gelo) e síndrome das pernas inquietas são muito específicos para deficiência de ferro e aparecem antes da anemia se instalar. São perguntas que quase ninguém faz e que praticamente entregam o diagnóstico.

Agora o essencial: a fonte.

> "Como é sua menstruação? Quantos dias dura? Quantos absorventes a senhora usa por dia nos dias de maior fluxo — e eles ficam encharcados ou só manchados? Tem que trocar de madrugada? Saem coágulos? Do tamanho de quê — grão de arroz, moeda, tampinha?"

Nunca pergunte "sua menstruação é muita?", porque a mulher compara com a única referência que tem: ela mesma. Quantifique. **Mais de 7 dias de sangramento, troca de absorvente encharcado a cada 2 horas ou menos, troca noturna obrigatória e coágulos maiores que uma moeda** caracterizam sangramento aumentado. Em adolescente com esse padrão desde a menarca, pense em doença de von Willebrand, não só em "menstruação forte".

> "Quando o senhor vai ao banheiro, já reparou se as fezes ficam escuras, pretas como borra de café, ou com sangue vivo? Mudou a forma das fezes, ficaram mais finas? Alternou prisão de ventre com diarreia? Tem sensação de que não esvaziou?"

Aqui está a armadilha mais cara do capítulo: sangramento digestivo lento é **invisível**. O paciente que perde 5 mL por dia de um adenocarcinoma de ceco não vê nada — nem melena, nem sangue vivo — e responderá honestamente "não" à pergunta "o senhor sangra?". Por isso a pergunta não pode ser essa. A pergunta deve ser sobre **mudança de hábito intestinal, calibre das fezes, tenesmo, dor abdominal e perda de peso**, mais a decisão clínica que independe da resposta: em homem de qualquer idade e em mulher após a menopausa, anemia ferropriva sem fonte evidente exige investigação de tubo digestivo alto e baixo. Essa é uma regra que vale a pena decorar.

> "Quantas vezes por semana o senhor come carne vermelha, fígado, feijão? É vegetariano ou vegano? Há quanto tempo? Toma suplemento de B12?"

Dieta explica ferro e explica B12 — mas leva anos. Deficiência de B12 em vegano estrito demora, porque as reservas hepáticas duram de 3 a 5 anos.

> "Já fez cirurgia de redução de estômago? Qual tipo, em que ano? Toma as vitaminas que mandaram tomar para sempre?"

Bypass gástrico e gastrectomia produzem deficiência de ferro (menos ácido, menos absorção duodenal), de B12 (perda do fator intrínseco) e de cálcio. É uma causa que se descobre em cinco segundos e se perde para sempre se não perguntar.

> "O senhor tem problema de rim? Faz diálise? Sabe qual é sua creatinina?"

Doença renal crônica produz anemia por falta de eritropoetina — normocítica, proporcional à queda da função renal, e não responde a ferro isolado.

> "Já disseram que a senhora tem 'anemia de nascença'? Alguém da família tem anemia que precisa de transfusão, tirou o baço, teve pedra na vesícula jovem, tem icterícia de vez em quando? A urina já ficou cor de coca-cola?"

Esse bloco rastreia **hemólise hereditária**: esferocitose, deficiência de G6PD, talassemia, doença falciforme. Colecistectomia precoce por cálculo pigmentar e esplenectomia na família são pistas indiretas potentes. Urina escura episódica, icterícia flutuante e crises após infecção ou após certos medicamentos apontam hemólise.

Sangramento anormal: a história que separa plaqueta de fator

Este é o momento mais elegante da anamnese hematológica, porque a distinção se faz **pelo padrão, não pelo exame**. O mecanismo é simples e vale entender de verdade. A hemostasia tem dois tempos. O primeiro tempo é a plaqueta: ela tampona imediatamente a lesão de vasos pequenos, aqueles das mucosas e da pele. O segundo tempo é a cascata de coagulação: ela constrói a rede de fibrina que consolida o coágulo em vasos maiores e em tecidos profundos. Se falha o primeiro tempo, o sangramento é **imediato, superficial e difuso** — gengiva, nariz, pele, útero. Se falha o segundo tempo, o tampão inicial até se forma, o sangramento para, e horas depois recomeça em algum lugar profundo — músculo, articulação, retroperitônio.

A analogia: a plaqueta é o dedo que você põe no furo da mangueira; a fibrina é a fita isolante que se enrola por cima. Sem dedo, vaza na hora e por toda parte. Sem fita, para de vazar, e volta a vazar depois.

Característica	Defeito plaquetário / vascular	Defeito de coagulação
Sítio típico	Pele e mucosa: petéquia, equimose pequena, epistaxe, gengivorragia, menorragia	Profundo: hematoma muscular, hemartrose, retroperitônio
Tempo até sangrar	Imediato após o trauma	Tardio, horas depois; ressangramento
Após extração dentária	Sangra na hora, e para com compressão	Para, e volta à noite ou no dia seguinte

Característica	Defeito plaquetário / vascular	Defeito de coagulação
Lesão típica	Petéquias, púrpura	Hematoma volumoso, articulação inchada e quente
Exemplos	PTI, uremia, von Willebrand, AAS, dengue	Hemofilia, anticoagulante oral, doença hepática, CIVD

As perguntas de rastreio que mais rendem são sobre **desafios hemostáticos passados**, porque a única maneira honesta de saber se alguém coagula bem é saber como ele se comportou quando foi testado pela vida:

> "O senhor já arrancou dente? Sangrou muito depois? Precisou voltar ao dentista para estancar? Já operou alguma coisa — amígdala, apendicite, cesárea? Precisou de transfusão em alguma dessas? A senhora sangrou muito no parto?"

Uma amigdalectomia ou extração dentária sem intercorrência é um **teste de hemostasia já realizado e aprovado** — vale mais que muito exame. Em compensação, "sangrei tanto na extração que voltei três vezes" pede investigação, mesmo com coagulograma atual normal (o coagulograma padrão não detecta von Willebrand nem defeito plaquetário funcional).

> "A senhora tem mancha roxa sem se lembrar de ter batido? Do tamanho de quê? Onde — só nas pernas, ou também no tronco e nos braços? Aparecem pontinhos vermelhos que não somem quando aperta?"

Equimoses pequenas em membros inferiores de mulher são frequentes e pouco significativas — diga isso, é honestidade clínica. Preocupa: equimoses grandes, em tronco e braços, palpáveis, ou petéquias verdadeiras (que não desaparecem à digitopressão).

> "Na família, alguém sangra demais? Algum homem da família da sua mãe com problema de sangramento?"

A herança ligada ao X das hemofilias A e B faz o padrão típico: tios e irmãos maternos afetados. Von Willebrand, em contraste, é autossômica e acomete homens e mulheres.

> "Que remédios o senhor toma, incluindo AAS, anti-inflamatório, ginkgo, e se toma anticoagulante — qual, quantos comprimidos, quando foi o último exame de controle?"

A causa mais comum de sangramento anormal no mundo real é medicamentosa, não genética.

Trombose: provocada ou não provocada

A pergunta que organiza tudo é se havia um motivo.

> "Nos três meses antes de aparecer essa trombose, o senhor fez alguma cirurgia, ficou internado, quebrou algum osso, ficou engessado, ficou de cama por mais de três dias, fez viagem longa de mais de oito horas? A senhora estava tomando anticoncepcional, repositor hormonal, ou grávida, ou tinha acabado de ganhar bebê?"

Trombose provocada por fator transitório maior tem risco de recorrência baixo após o tratamento; **não provocada** tem risco alto e muda a duração da anticoagulação. Essa única distinção é a mais consequente do bloco.

> "Alguém na família teve trombose ou embolia? Com que idade? Mais de uma vez?"

Trombose familiar em jovens, recorrente, sugere trombofilia hereditária.

> "A trombose foi na perna, ou em algum lugar diferente — na barriga, no fígado, no braço, no cérebro?"

Sítio atípico (veias esplâncnicas, seio venoso cerebral, veia hepática) levanta neoplasia mieloproliferativa, hemoglobinúria paroxística noturna e síndrome antifosfolípide.

> "A senhora já perdeu alguma gestação? Quantas? Com quantas semanas cada uma?"

Perdas de repetição, sobretudo após a décima semana, mais trombose, compõem a suspeita de **síndrome antifosfolípide**.

E, sempre, a pergunta oncológica embutida: trombose não provocada em adulto é, com frequência incômoda, a primeira manifestação de um câncer oculto. Pergunte perda de peso, hábito intestinal, sangramento e, na mulher, rastreamentos em dia.

Adenomegalia: o gânglio que preocupa

> "Há quanto tempo o senhor sentiu esse caroço? Ele cresceu, ficou igual ou diminuiu desde então? Dói? Dói quando o senhor bebe álcool? É duro como osso ou elástico? Ele rola sob o dedo ou parece grudado?"

Tempo é o eixo. Gânglio reacional de infecção surge em dias, dói, e regride em semanas. **Persistir mais de 4 a 6 semanas e crescer progressivamente é o que preocupa.** Tamanho acima de 2 cm, consistência endurecida ou "pétrea", aderência a planos profundos, ausência de dor e conglomeração aumentam a chance de malignidade. Dor no gânglio após ingestão de álcool é raríssima, mas quase específica de linfoma de Hodgkin — vale perguntar pela curiosidade diagnóstica que ela representa.

A localização importa: gânglio **supraclavicular** é o mais temido (drena tórax e abdome; à esquerda, o nódulo de Virchow aponta neoplasia abdominal); epitroclear e axilar pedem busca de lesão no membro; cervical alto costuma ser infeccioso em jovem e tumor de cabeça e pescoço em tabagista acima de 40 anos. Pergunte ainda: "apareceu em um lugar só ou em vários lugares do corpo?" — adenomegalia generalizada leva a HIV, sífilis, toxoplasmose, mononucleose, lúpus, medicamentos (fenitoína) e linfoma.

Sintomas B: perguntar com números

"Sintomas B" é o nome que se dá à tríade febre, sudorese noturna e perda de peso quando acompanha um linfoma, e ela tem definição prática porque influencia o estadiamento. Mas o

estudante costuma perguntar de um jeito que não separa nada. Perguntar "tem suado à noite?" produz "sim" de quase todo brasileiro em janeiro. As perguntas literais úteis são:

> "O senhor mediu a febre com termômetro? Quanto deu? Ela vem todo dia, no mesmo horário? Tem febre sem estar gripado, sem nada doendo?"

Febre relevante é acima de 38 graus, recorrente, sem foco.

> "O senhor acorda com a roupa de cama encharcada, a ponto de precisar trocar o pijama ou o lençol no meio da noite? Isso com o ventilador ligado, no frio?"

Esse é o divisor: **suor que molha a roupa a ponto de exigir troca**, não desconforto térmico. É o que separa sudorese noturna patológica de quarto abafado.

> "Quanto o senhor pesava há seis meses? Quanto pesa hoje? A calça está mais folgada, precisou apertar o cinto em quantos furos? O senhor estava tentando emagrecer?"

Perda **não intencional** de mais de 10% do peso em 6 meses é o critério. O truque do cinto e da roupa dá objetividade a quem não se pesa.

Acrescente o prurido: coceira generalizada sem lesão de pele, persistente, principalmente após banho quente, é sintoma clássico de linfoma e de policitemia vera.

Emergências oncológicas que se descobrem perguntando

> "Essa dor nas costas acorda o senhor à noite? Ela melhora quando deita ou piora? O senhor sente formigamento ou fraqueza nas pernas, tem dificuldade para levantar da cadeira? Perdeu o controle da urina, ou ficou sem conseguir urinar? Ficou dormente na região das nádegas e entre as pernas?"

Dor lombar **noturna, progressiva, que não alivia com repouso**, em paciente com câncer conhecido ou com fatores de risco, mais qualquer sinal neurológico, é **compressão medular metastática** — uma emergência de horas, porque o déficit que se instala geralmente não volta. A retenção urinária costuma preceder a incontinência e é o sinal mais precocemente detectável.

> "O senhor tem sentido muita sede, urinado demais, ficado com prisão de ventre forte, enjoado, confuso ou muito sonolento nos últimos dias?"

Essa é a **hipercalcemia maligna**, e a mnemônica clássica em português ajuda: "ossos, pedras, gemidos abdominais e tons psíquicos" — dor óssea, litíase, náusea e constipação, e alteração de consciência. Em quem já tem mieloma ou câncer de mama ou pulmão, esse conjunto é diagnóstico até prova em contrário.

> "A dor no osso é em um ponto só ou em vários? Acorda à noite? O senhor sentiu um estalo e de repente a dor ficou insuportável, sem ter batido?"

Dor óssea localizada, noturna, com fratura sem trauma proporcional, aponta **lesão lítica** — mieloma múltiplo e metástases (mama, próstata, pulmão, rim, tireoide). No mieloma, junte anemia, dor óssea, insuficiência renal e hipercalcemia: são os quatro pilares, e todos os quatro têm pergunta correspondente.

14

O paciente que já está em tratamento oncológico

Essa anamnese tem roteiro próprio e o estudante tende a improvisar. Não improvise:

> "Qual é exatamente o seu diagnóstico, e de quando? Qual é o esquema de quimioterapia — o senhor tem o papel, o cartão, o receituário? Em que ciclo o senhor está? Qual foi o dia da última aplicação?"

O **intervalo desde a última dose** é a informação mais importante de todas, porque o nadir de neutrófilos ocorre tipicamente entre o 7º e o 14º dia após a infusão. Um paciente com febre nesse intervalo é **neutropenia febril até prova em contrário**, e neutropenia febril é uma emergência com antibiótico em menos de uma hora, não um "vamos ver o exame amanhã".

> "O senhor teve febre? Mediu? Deu mais de 37,8? Está com tremor de frio?"

Em neutropênico, um único pico de 38,3 graus, ou 38 graus mantido por uma hora, já define. E a razão é mecanística e vale entender: sem neutrófilo, não há pus, não há abscesso visível, não há sinal flogístico — a febre pode ser o **único** sinal de uma infecção grave. É como perder o alarme de incêndio e ficar só com o cheiro de fumaça.

> "Está com ferida na boca? Consegue comer e beber? Está com diarreia — quantas vezes por dia? Está vomitando, consegue segurar líquido e os remédios? Sente formigamento ou dormência nas pontas dos dedos das mãos e dos pés? Está derrubando objetos, tropeçando, sentindo o chão diferente?"

Mucosite compromete ingestão e é porta de entrada bacteriana. Neuropatia por platinas, taxanos e vincristina é dose-limitante e precisa ser detectada cedo, senão vira sequela. Náusea deve ser perguntada separadamente como antecipatória, aguda e tardia.

14

E a pergunta que todo oncologista faz e o estudante raramente entende:

> "Como está o seu dia? O senhor consegue fazer tudo o que fazia antes, trabalhar normalmente? Precisa deitar durante o dia? Quantas horas por dia o senhor passa na cama ou na poltrona? Consegue se cuidar sozinho — tomar banho, se vestir?"

Isso é o **ECOG**, e a lógica é uma escala de proporção de tempo acordado fora da cama: 0 é vida totalmente normal; 1 é restrição para atividade pesada, mas trabalho leve mantido; 2 é sem trabalhar, mas fora da cama mais da metade do dia e independente para autocuidado; 3 é acamado mais da metade do dia acordado, dependente parcialmente; 4 é totalmente acamado. Não é burocracia: o desempenho funcional prevê tolerância à quimioterapia e sobrevida melhor do que quase qualquer variável isolada, e a partir de 3 muitos tratamentos causam mais dano que benefício.

História familiar de câncer feita direito

Quase todo estudante escreve "HF: câncer". Isso não informa nada. A história familiar útil tem três eixos:

> "Quem exatamente teve câncer — mãe, pai, irmã, tia por parte de quem? Que tipo de câncer, em que órgão? Com que idade foi descoberto? Foi nos dois lados, nos dois seios, nos dois rins? Alguém teve mais de um câncer diferente? Algum homem da família teve câncer de mama? Há judeus asquenazitas na família?"

O que muda conduta é: **parentesco de primeiro grau, idade jovem ao diagnóstico, bilateralidade, múltiplos tumores primários no mesmo indivíduo, e agrupamento de tumores que andam juntos** (mama e ovário; cólon, endométrio e urotélio). Um único caso de câncer de cólon aos 80 anos é praticamente ruído de fundo. Uma mãe com câncer de mama aos 38 e uma tia com câncer de ovário mudam a idade de início do rastreamento, a modalidade (ressonância, não só mamografia) e indicam aconselhamento genético. Duas perguntas de 30 segundos podem antecipar um diagnóstico em uma década.

Prognóstico e objetivos de cuidado, sem retirar esperança

Não existe conversa honesta sobre prognóstico que comece pelo número. Comece pela pergunta:

> "O que o senhor já entendeu sobre a sua doença até agora? E o que o senhor gostaria de saber — tem gente que quer saber tudo, tem gente que prefere que a gente converse mais com a família. Como é para o senhor?"

Essa pergunta faz duas coisas: descobre o que ele já sabe (frequentemente mais do que a equipe imagina) e devolve a ele o controle sobre a quantidade de informação. Depois, verifique o que importa:

> "O que é mais importante para o senhor nesse tempo — estar em casa, não sentir dor, estar lúcido, conseguir chegar a alguma data específica? O que seria inaceitável para o senhor?"

14

Esperança não se mantém omitindo; se mantém **reancorando**: quando a cura deixa de ser possível, a esperança se transfere para controle de sintoma, tempo com a família, autonomia. Dizer "não há mais nada a fazer" é quase sempre falso e sempre cruel; dizer "não temos como curar, e temos muito a fazer para o senhor viver bem o tempo que tiver" é verdadeiro.

Para dar a má notícia, o roteiro mais usado é o **SPIKES**, e ele vale pela lógica, não pela sigla: preparar o ambiente (lugar privado, sentado, sem pressa, com quem o paciente quiser junto); descobrir o que ele já sabe; perguntar quanto ele quer saber; dar a informação em blocos curtos, sem jargão, com um aviso prévio ("infelizmente tenho uma notícia difícil"); acolher a emoção em silêncio antes de explicar qualquer coisa — depois da frase que muda a vida, ninguém escuta os cinco minutos seguintes; e só então combinar o plano e o próximo passo. O erro clássico do estudante é responder ao choro com informação. Responda ao choro com presença.

Sinais de alarme (red flags)

Febre em paciente que fez quimioterapia nos últimos 14 dias; anemia ferropriva em homem ou em mulher pós-menopausa; perda de peso não intencional acima de 10% em 6 meses; gânglio supraclavicular, ou gânglio maior que 2 cm, duro, aderido, persistindo mais de 4 semanas; dor óssea noturna progressiva; dor lombar com fraqueza, dormência em sela, retenção ou incontinência urinária; sangramento espontâneo de mucosas com febre e palidez (leucemia aguda); petéquias que não somem à digitopressão; trombose em sítio atípico ou não provocada em adulto; hipercalcemia sintomática (sede, poliúria, constipação, confusão); dispneia com edema de face e pescoço e veias dilatadas no tórax (veia cava superior); prurido generalizado persistente sem lesão cutânea; qualquer sangramento em anticoagulado com dor abdominal ou cefaleia.

Armadilhas

Tratar a anemia e não procurar a causa. O sulfato ferroso corrige o número e esconde o câncer por seis meses. Todo diagnóstico de anemia deve terminar com a frase "por quê?" escrita no prontuário.

Perguntar "o senhor sangra pelas fezes?" e aceitar o não. Sangramento oculto é, por definição, invisível. A pergunta certa é sobre mudança de hábito intestinal, e a conduta certa independe da resposta.

Perguntar "sua menstruação é muita?". A referência da paciente é ela mesma. Quantifique em absorventes, trocas noturnas e coágulos.

Confundir equimose com petéquia e ambas com "mancha roxa". Peça para mostrar. Petéquia não desaparece à digitopressão; equimose de pequena monta em perna de mulher adulta raramente significa doença.

Aceitar "coagulograma normal" como ausência de distúrbio hemostático. TP e TTPA não avaliam plaqueta funcional nem, de forma confiável, von Willebrand. A história de desafios hemostáticos é mais sensível.

Registrar "HF: câncer". Sem parentesco, tipo e idade, essa informação não existe.

Chamar cansaço de "anemia" antes de examinar. Fadiga tem muitas causas — depressão, hipotireoidismo, apneia do sono, insuficiência cardíaca. Anemia é uma delas, não o padrão.

Não perguntar a data da última quimioterapia num paciente febril. É a pergunta que decide se ele vai para casa ou recebe antibiótico em uma hora.

Falar de prognóstico em números antes de perguntar o que o paciente quer saber. E responder à emoção com mais informação.

14

Um exemplo de HDA escrita

Homem, 58 anos, refere fadiga progressiva há cerca de 4 meses, inicialmente aos grandes esforços e atualmente limitando subir um lance de escada, que antes fazia sem parar. Associa palpitações aos esforços e escurecimento visual ao levantar-se. Nega dispneia em repouso, ortopneia e dor torácica. Refere vontade incomum de mastigar gelo há cerca de 2 meses. Quanto ao hábito intestinal, relata alternância entre constipação e fezes amolecidas nos últimos 3 meses, com fezes de calibre mais fino e sensação de evacuação incompleta; nega hematoquezia e refere não ter observado escurecimento das fezes. Perda ponderal não intencional de 7 kg em 4 meses (de 82 para 75 kg), com necessidade de apertar o cinto em dois furos. Nega febre, sudorese noturna que molhe a roupa e adenomegalias percebidas. Sem uso de AAS, anti-inflamatórios ou anticoagulantes. Nega cirurgia gástrica prévia e doença renal. História familiar: pai com neoplasia de cólon diagnosticada aos 62 anos; tia paterna com neoplasia de endométrio aos 55 anos. Nunca realizou colonoscopia.

Para levar

- Anemia nunca é diagnóstico final: é um sinal, e a anamnese existe para responder "de onde está saindo, ou por que não está sendo feito".
- Velocidade de instalação vale mais que o valor da hemoglobina: sintoma desproporcional ao número significa perda aguda ou hemólise.
- Anemia ferropriva em homem ou em mulher após a menopausa é câncer de tubo digestivo até que a endoscopia e a colonoscopia digam o contrário — e o paciente não precisa ter visto sangue.
- Sangramento de mucosa, imediato e superficial, é problema de plaqueta; hematoma profundo e ressangramento tardio é problema de coagulação.
- Extração dentária, amigdalectomia e parto sem intercorrência são testes de hemostasia que a vida já aplicou: use-os.
- Trombose provocada e não provocada são doenças diferentes na hora de decidir por quanto tempo anticoagular; sítio atípico e perdas gestacionais mudam a investigação.
- O gânglio que preocupa é o que cresce por mais de quatro semanas, passa de 2 cm, é duro, aderido e não dói — e o supraclavicular preocupa sempre.
- Sintoma B só conta quando quantificado: febre medida, suor que obriga a trocar o lençol, perda de mais de 10% do peso sem querer.
- Em paciente que fez quimioterapia nos últimos 14 dias, febre é neutropenia febril e é emergência de uma hora: sem neutrófilo não há pus, e a febre pode ser o único aviso.
- Dor lombar noturna, progressiva, com fraqueza ou retenção urinária, em paciente oncológico, é compressão medular: o que se perde em horas costuma não voltar.
- História familiar de câncer só tem valor com parentesco, tipo, idade ao diagnóstico e bilateralidade — sem isso, não escreva.
- Prognóstico se conversa começando por duas perguntas: o que o senhor já entendeu, e quanto quer saber. Depois da má notícia, acolha o silêncio antes de explicar.

14

Referências

DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA, editors. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.

Hoffman R, Benz EJ Jr, Silberstein LE, et al., editors. Hematology: Basic Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.

Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649-55.

Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. N Engl J Med. 2003;349(13):1227-35.

Wells PS, Hirsh J, Anderson DR, et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients' probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. Thromb Haemost. 2000;83(3):416-20.

Zago MA, Falcão RP, Pasquini R, editors. Tratado de hematologia. São Paulo: Atheneu; 2013.

14

15

CAPÍTULO 15

Anamnese psiquiátrica e o exame do estado mental

Este capítulo resolve o desconforto de quem não sabe como perguntar sobre humor, delírio, álcool e risco de morte sem parecer invasivo ou desajeitado. Ele ensina as perguntas literais, a ordem em que se fazem, e como transformar a conversa em um registro técnico — o exame do estado mental — que qualquer colega consiga ler e reconstruir o paciente. E ensina, sobretudo, que aqui a entrevista não prepara o exame: ela é o exame.

Por que essa anamnese é diferente

Em todas as outras especialidades, a anamnese levanta a hipótese e um exame externo confirma: o eletrocardiograma, a radiografia, a endoscopia. Em psiquiatria não existe esse exame externo. Não há marcador de depressão no sangue nem imagem de esquizofrenia. **A entrevista é, ela própria, o exame complementar** — e isso tem uma consequência prática enorme: a qualidade do dado depende inteiramente da qualidade de quem coleta. Um eletrocardiograma mal conduzido dá um traçado ruim; uma entrevista mal conduzida dá um paciente que mente, e você não fica sabendo.

A segunda diferença é que aqui você coleta dois tipos de informação ao mesmo tempo, com sentidos diferentes. O **conteúdo** é o que o paciente diz: "estou triste há três meses". A **forma** é como ele diz: a latência de resposta, o tom monocórdio, o olhar que não sobe do chão, a roupa igual à de ontem. O conteúdo é a anamnese; a forma é o exame físico da psiquiatria. Um estudante que só anota o conteúdo é como um cardiologista que só ouve a queixa e nunca ausculta.

A terceira diferença é o tempo. Uma entrevista psiquiátrica apressada não colhe nada que importe, porque o material sensível — culpa, substâncias, ideias de morte, alucinações — só

emerge depois que o paciente decide que você aguenta ouvir. E ele decide isso observando se você o interrompeu nos primeiros dois minutos.

A postura: o instrumento antes das perguntas

Alguns cuidados não são etiqueta, são técnica de coleta:

Privacidade real. Pergunte, antes de começar, com quem o paciente prefere estar: "o senhor prefere conversar sozinho comigo primeiro, e depois a gente chama sua filha?" Substância, violência doméstica e ideias de morte praticamente não aparecem diante de acompanhante. Reserve um tempo a sós, sempre.

Não interromper nos primeiros minutos. Deixe o paciente falar sem cortes por dois ou três minutos: além do conteúdo, você observa fluxo, coerência, velocidade e afeto — dados que só existem em fala espontânea.

Validar sem julgar e sem concordar com o delírio. Existe um meio-termo que se aprende com fórmula: reconhecer a emoção sem endossar o conteúdo. "Deve ser assustador sentir que estão te seguindo" valida o medo sem afirmar a perseguição. Do outro lado, discutir com o delírio ("mas isso não faz sentido") encerra a entrevista na prática.

Perguntar sem eufemismo, com tom neutro. Meias-palavras comunicam constrangimento, e constrangimento contagia. Perguntas diretas, no mesmo tom com que se pergunta sobre febre, recebem respostas honestas.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido: risco iminente de autoagressão ou de agressão a terceiros; delirium (que é quadro clínico agudo, não psiquiátrico); intoxicação e abstinência graves, sobretudo de álcool e benzodiazepínico; síndrome serotoninérgica e síndrome neuroléptica maligna; catatonia com recusa alimentar; mania com exaustão e desidratação; anorexia nervosa com instabilidade clínica.

As comuns: depressão maior; transtornos de ansiedade; transtorno de pânico; uso nocivo e dependência de álcool, tabaco e outras substâncias; insônia; reações de ajustamento a perdas reais.

As que só se descobrem se você perguntar: transtorno bipolar em paciente que só relata depressão (porque a hipomania passada foi vivida como "uma fase boa"); trauma e violência doméstica; sintomas psicóticos que o paciente esconde por medo de internação; hipotireoidismo, anemia, apneia do sono e efeito de medicação disfarçados de depressão; uso de benzodiazepínico "do médico" há dez anos; demência inicial mascarada de depressão; luto complicado.

As perguntas, com o porquê de cada uma

Humor: a triagem que cabe em duas perguntas

As duas perguntas de rastreio de depressão, validadas e curtíssimas, cobrem os dois sintomas nucleares:

> "Nas últimas duas semanas, o senhor tem se sentido para baixo, deprimido ou sem esperança?" "Nas últimas duas semanas, o senhor tem sentido pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?"

Se as duas forem negativas, depressão maior fica bem improvável — essa dupla é sensível. Se alguma for positiva, abra o resto. A segunda pergunta rastreia **anedonia**, e ela é a mais discriminativa das duas, porque tristeza todo mundo tem; perder a capacidade de sentir prazer é outra coisa. Aprofunde com concretude:

> "O que o senhor gostava de fazer antes que hoje não dá mais vontade? Se alguém te desse um ingresso para aquele jogo agora, o senhor iria? Quando acontece uma coisa boa, o senhor ainda sente alegria, mesmo que por pouco tempo?"

A diferença entre "não tenho vontade de sair, mas quando saio me divirto" (anedonia ausente) e "fui, e não senti nada" (anedonia presente) é clinicamente relevante.

Depois, os sintomas somáticos e cognitivos, um a um:

> "Como está o sono? Demora a pegar no sono, acorda no meio da noite, ou acorda muito cedo e não volta a dormir? Que horas o senhor acorda? Que horas o senhor gostaria de acordar?"

Despertar precoce com incapacidade de voltar a dormir é o padrão mais associado à depressão melancólica; dificuldade de iniciar o sono aparece mais na ansiedade; hipersonia aparece na depressão atípica e no bipolar.

> "E a fome? Está comendo igual? Perdeu ou ganhou peso sem querer? Quanto, em quanto tempo?"
>
> "A energia: o senhor consegue fazer as tarefas do dia? Tomar banho, arrumar a casa, ir trabalhar? Está deixando coisas acumularem?"
>
> "Consegue ler uma página inteira e lembrar o que leu? Consegue acompanhar um filme até o fim? Está esquecendo compromissos?"

Queixa de memória em deprimido é frequente e assusta — vale nomear isso ("a depressão atrapalha a memória, e melhora com o tratamento"), depois de excluir demência.

> "O senhor tem se culpado por coisas? Sente que é um peso para as pessoas, que decepcionou a família? Sente que está sendo castigado?"

Culpa desproporcional e sensação de ser um fardo são núcleos depressivos e, ao mesmo tempo, marcadores de risco.

> "As pessoas têm comentado que o senhor está mais lento, falando mais devagar, se mexendo menos? Ou o contrário — que não consegue ficar parado?"

Lentificação ou agitação psicomotora observadas por terceiros é um dos poucos sinais objetivos da depressão e indica gravidade.

Mania e hipomania: a pergunta que muda o tratamento

Este bloco é o mais negligenciado da psiquiatria ambulatorial, e o erro tem consequência concreta: antidepressivo isolado em paciente bipolar pode virar a fase. O paciente nunca se queixa de hipomania — ele a lembra como o período em que finalmente estava bem. Por isso a pergunta precisa ser feita pelo **avesso do sofrimento**:

> "Já teve alguma época, pelo menos alguns dias seguidos, em que o senhor se sentiu tão bem, tão acelerado, que as pessoas estranharam ou acharam que não era o seu normal?" "Já passou vários dias dormindo três, quatro horas por noite e, mesmo assim, acordando cheio de energia, sem sentir cansaço?"

A segunda é a melhor pergunta isolada. **Redução da necessidade de sono com aumento de energia** é diferente de insônia: o insone passa mal no dia seguinte; o maníaco não. É a diferença entre um carro com pouco combustível e um carro com o pé preso no acelerador.

Complete: "nessas épocas, o senhor falava mais rápido, as ideias vinham atropeladas? Gastou dinheiro que não tinha, fez compras ou negócios de que se arrependeu, dirigiu de forma arriscada, procurou muito mais sexo do que o habitual? Ficou irritado, brigou com gente na rua?"

E, quase obrigatoriamente, pergunte ao acompanhante:

> "O senhor já viu ele numa fase assim, diferente, acelerado, gastando, sem dormir?"

O insight sobre hipomania costuma estar preservado no familiar e ausente no paciente. Pergunte ainda por episódios após uso de antidepressivo — virada maníaca prévia é um dado quase diagnóstico.

Sintomas psicóticos: com naturalidade e respeito

O estudante trava aqui, e trava porque acha que a pergunta ofende. Ofende quando vem com tom de acusação; não ofende quando vem normalizada e no meio do fluxo:

> "Algumas pessoas, quando estão passando por um período difícil, têm experiências diferentes. Já aconteceu de o senhor ouvir alguém chamando o seu nome, ou vozes conversando, quando não tinha ninguém por perto?" "Essas vozes falam com o senhor, ou falam sobre o senhor entre elas? Elas mandam o senhor fazer coisas? O senhor obedece?"

Alucinação auditiva em segunda pessoa comentando ou em terceira pessoa dialogando tem peso maior; **vozes de comando** têm implicação direta de risco e devem ser perguntadas sempre que houver alucinação.

> "O senhor tem sentido que as pessoas falam do senhor na rua, que estão te observando, seguindo? Tem sentido que estão querendo te prejudicar? Tem a impressão de que a televisão ou as redes sociais mandam mensagens para o senhor especificamente?" "Alguma vez sentiu que alguém podia ler seus pensamentos, ou colocar pensamentos na sua cabeça, ou tirá-los?"

Vá do mais aceitável (sentir-se observado) ao mais específico (ideias de influência e de roubo do pensamento). E, depois de identificado, sempre avalie a **convicção** e a **repercussão**: "o senhor tem certeza disso, ou às vezes pensa que pode ser impressão? O que o senhor tem feito por causa disso — parou de sair, trancou a casa, deixou de comer por medo?" Delírio que já mudou comportamento é urgência maior.

Investigue também o contexto orgânico: alucinação **visual** pura, sobretudo em idoso, em quadro flutuante, é delirium, demência por corpos de Lewy ou intoxicação — não esquizofrenia. Alucinação **tátil** de insetos sob a pele aponta estimulantes e abstinência alcoólica.

Ansiedade e pânico

> "O senhor se preocupa demais, com várias coisas, quase todo dia? Consegue desligar? A preocupação atrapalha o sono, o trabalho?" "Sente o corpo tenso, dor no pescoço, mandíbula travada, ranger de dentes?"

A ansiedade generalizada é preocupação **difusa, crônica e incontrolável**, com repercussão somática.

> "Já teve uma crise em que, do nada, veio um mal-estar muito forte, com coração disparado, falta de ar, formigamento, tremor, e uma sensação de que ia morrer ou enlouquecer? Em quanto tempo chegou no pior? Quanto tempo durou? Tinha alguma coisa acontecendo ou veio sem aviso? Depois disso, o senhor ficou com medo de que acontecesse de novo, e passou a evitar lugares?"

A assinatura do **ataque de pânico** é temporal: pico em menos de 10 minutos, geralmente resolução em 20 a 30 minutos, e — o mais característico — **medo antecipatório** e esquiva subsequentes. O que não fecha com pânico e obriga a pensar em causa orgânica: primeiro episódio após os 45 anos; duração de horas; ausência de componente de medo; sintoma neurológico focal; perda de consciência verdadeira; dor torácica em quem tem fatores de risco coronariano.

Achado	Favorece pânico	Favorece causa orgânica
Idade do primeiro episódio	Adolescência a 35 anos	Acima de 45 anos

Achado	Favorece pânico	Favorece causa orgânica
Curva temporal	Pico em minutos, alívio em ~30 min	Duração de horas, ou súbito e sustentado
Medo de morrer/enlouquecer	Presente e central	Ausente; paciente descreve só o corpo
Gatilho	Frequentemente espontâneo, depois situacional	Esforço, jejum, postura, medicação
Entre as crises	Ansioso, mas bem	Hipertensão paroxística, hipoglicemia, arritmia documentada
Sinais associados	Parestesia perioral por hiperventilação	Síncope real, déficit focal, febre, perda de peso

As causas orgânicas que imitam pânico e merecem pergunta dirigida: hipertireoidismo ("emagreceu comendo bem? calor, tremor, intestino solto?"), arritmia ("dá para sentir se o coração está regular ou embaralhado?"), hipoglicemia ("acontece em jejum, melhora comendo?"), feocromocitoma (crises de cefaleia, sudorese e palpitação com hipertensão), asma, embolia pulmonar e abstinência.

Uso de substâncias: linguagem sem julgamento

Pergunte como se pergunta sobre café. O truque mais eficaz é **pressupor o uso e deixar a negativa fácil**, e perguntar quantidade antes de frequência:

> "Nos dias em que o senhor bebe, quantas doses costuma tomar? E quantos dias por semana?"

Quantifique em **doses-padrão**, traduzindo para o que ele bebe: uma dose-padrão equivale grosseiramente a uma lata de cerveja de 350 mL, uma taça de vinho de cerca de 150 mL ou uma dose de destilado de 40 a 45 mL. "Uma garrafa de cerveja de 600 mL" são quase duas doses; "meia garrafa de pinga por dia" são cerca de oito. Sem essa tradução, "bebo socialmente" não significa nada.

Depois, as quatro perguntas do **CAGE**, que não medem quantidade — medem a relação da pessoa com a bebida, e é por isso que funcionam:

> "O senhor já sentiu que devia diminuir a bebida?" (a percepção interna de excesso) "As pessoas já te aborreceram criticando o seu jeito de beber?" (o conflito social que o uso já produziu) "O senhor já se sentiu mal ou culpado pelo que bebeu?" (a culpa, marcador de conflito interno) "O senhor já bebeu logo ao acordar para ficar calmo ou curar a ressaca?" (a bebida como remédio da própria bebida — sinal de dependência física)

Duas respostas positivas já levantam forte suspeita de uso problemático; a última pergunta, isolada, é a mais grave. Some sempre as perguntas de abstinência, porque elas mudam a conduta

na hora: "quando o senhor fica um ou dois dias sem beber, dá tremor nas mãos, suor, enjoo, agitação? Já teve convulsão ou viu coisas ao parar de beber?" — histórico de convulsão ou de delirium tremens transforma uma desintoxicação ambulatorial em internação.

Para as demais substâncias, siga a mesma neutralidade, indo do mais socialmente aceito ao menos:

> "Fuma? Quantos cigarros por dia, desde que idade? Fuma o primeiro cigarro quanto tempo depois de acordar?" (menos de 30 minutos indica alta dependência de nicotina). "Usa cigarro eletrônico?" "Usa maconha? Com que frequência, e desde quando? Já aconteceu de ficar desconfiado ou ouvir coisas depois de usar?" "Já usou cocaína, crack, anfetamina, ecstasy, LSD? Quando foi a última vez? Já usou algo injetável — seu ou compartilhado?" "E remédio para dormir ou para ansiedade — rivotril, clonazepam, alprazolam, diazepam? Quem receitou? Há quanto tempo o senhor toma? Já tentou parar? O que aconteceu?"

A pergunta sobre benzodiazepínico é indispensável e quase sempre esquecida, porque o paciente não considera "remédio do médico" como substância. Uso crônico produz dependência, piora cognição em idosos, aumenta quedas, e a retirada abrupta pode causar convulsão.

Avaliação de risco de autoagressão

Esta é a parte da entrevista que o estudante mais teme e a que menos pode ser pulada. Comece pelo que dissolve o medo: **perguntar diretamente não induz o comportamento**. Essa preocupação é intuitiva e é falsa; os estudos que a testaram mostram, ao contrário, que perguntar reduz o sofrimento, porque a maioria das pessoas que carrega esse pensamento carrega também a solidão de não poder dizê-lo. O silêncio do médico não protege ninguém — apenas transfere o peso de volta para o paciente.

15

Pergunte em **escada**, do mais geral ao mais específico, com tom calmo:

> "Com todo esse sofrimento, o senhor já chegou a sentir que não valia a pena viver, ou que seria melhor não acordar?" "Já pensou em acabar com a própria vida?" "Esses pensamentos aparecem com que frequência? Duram quanto tempo? O senhor consegue afastá-los?" "O senhor chegou a pensar em como faria?" "Chegou a tomar alguma providência ou a se preparar de alguma forma?" "O que tem segurado o senhor até agora?"

Essa última pergunta é a mais importante de todas e quase nunca é feita: ela identifica os **fatores de proteção** — filhos, fé, vínculos, projetos — que serão o material do plano de cuidado, e comunica ao paciente que você está do lado da vida dele sem discursar.

O que aumenta a preocupação: tentativa prévia (o preditor isolado mais forte); plano definido; acesso a meios; intenção declarada; desesperança marcante; ausência de motivos para viver; isolamento social; uso de álcool ou outra substância associado; agitação intensa e insônia grave;

dor crônica ou doença grave recém-diagnosticada; perda recente significativa; alucinação de comando; e, num paciente antes muito angustiado, uma calma súbita e inexplicada.

Quando a resposta é positiva, a conduta é imediata e tem três partes, nesta ordem: **não deixar o paciente sozinho**, **acionar a retaguarda em saúde mental no mesmo atendimento** — psiquiatria, CAPS, serviço de emergência — e **construir segurança com a rede**, o que significa envolver um familiar ou pessoa de confiança, com o paciente informado disso, para retirar meios do alcance e acompanhar. No Brasil, o CVV atende em ligação gratuita pelo 188, 24 horas, e é uma informação que se dá por escrito, junto com o telefone do serviço e uma data de retorno curta e marcada, não "procure se piorar". Registre no prontuário o que foi perguntado, o que foi respondido e o que foi feito. Uma regra de postura: nunca combine sigilo absoluto antes de saber o que virá; se surgir risco de vida, a proteção da vida vem antes da confidencialidade, e isso se explica ao paciente com respeito, não às escondidas.

Não faça: banalizar ("isso é bobagem, o senhor tem tanta coisa boa"), moralizar, prometer que não vai contar a ninguém, ou encerrar a consulta com um encaminhamento genérico em papel.

O exame do estado mental, item a item

O exame do estado mental é a descrição estruturada do que você observou **durante** a entrevista. Ele é a fotografia do paciente naquele momento — e, como fotografia, deve permitir que outro médico reconstitua a cena. Descreva, não rotule.

Aparência e atitude. Idade aparente, higiene, vestuário, contato visual, postura, cooperação. *"Homem de 40 anos, aparentando mais idade, higiene pessoal comprometida, roupas sujas, contato visual escasso, colaborativo porém com longas pausas."*

Comportamento e atividade psicomotora. Agitação, lentificação, tremor, inquietação, estereotipias. *"Lentificação psicomotora evidente, movimenta-se pouco na cadeira, latência de resposta aumentada."*

Fala. Volume, velocidade, quantidade, prosódia, articulação — a forma, não o conteúdo. *"Fala de baixo volume, ritmo lentificado, respostas monossilábicas, sem disartria."* Ou, na mania: *"Fala aumentada em volume e velocidade, difícil de interromper (pressão de discurso)."*

Humor e afeto. Humor é o que o paciente relata, de preferência com as palavras dele; afeto é o que você observa. *"Humor referido como 'um vazio, doutor'; afeto hipomodulado, congruente com o humor, sem labilidade."* Descreva o afeto em qualidade (deprimido, expansivo, irritável), amplitude (embotado, restrito, hipermodulado), reatividade e congruência.

Pensamento — forma. Como as ideias se encadeiam: curso e organização. *"Pensamento de curso lentificado, organizado, sem afrouxamento de associações."* Na mania: *"fuga de ideias, com associações por som."* Na psicose: *"descarrilamento, respostas tangenciais."*

Pensamento — conteúdo. O que ele pensa: delírios, ideias obsessivas, ruminações, ideação suicida ou homicida. *"Ideias delirantes persecutórias, estruturadas, com convicção total: refere que vizinhos instalaram câmeras. Nega ideação suicida no momento."*

Sensopercepção. *"Refere alucinações auditivas verbais em terceira pessoa, diárias, sem conteúdo de comando. Nega alucinações visuais."*

Cognição. Nível de consciência, orientação, atenção, memória, linguagem, funções executivas — com o instrumento usado. *"Vigil, orientado em tempo e espaço, atenção preservada (meses do ano de trás para frente sem erro), memória de evocação 3/3 após 5 minutos, MEEM 28/30."*

Juízo crítico da realidade. Se distingue o real do produzido pela própria mente. *"Juízo crítico da realidade prejudicado."*

Insight (consciência de morbidade). Se reconhece estar doente e precisar de tratamento — e descreva em degraus. *"Insight parcial: reconhece que 'os nervos estão ruins' e aceita medicação, mas atribui as vozes a fenômeno real e não à doença."*

Causas orgânicas que se apresentam como quadro psiquiátrico

Este é o compromisso ético do capítulo: nenhum diagnóstico psiquiátrico se firma sem que o clínico tenha varrido as causas médicas. As perguntas que rastreiam:

- **Tireoide:** "sente muito frio ou muito calor? Prisão de ventre ou intestino solto? Pele seca, cabelo caindo, voz mais grossa? Tremor, coração acelerado, emagreceu comendo bem?" Hipotireoidismo imita depressão; hipertireoidismo imita ansiedade e mania.
- **Medicações:** "começou ou mudou algum remédio nos últimos meses?" Corticoide (mania, psicose, depressão), interferon, isotretinoína, betabloqueador, anticoncepcional, antiparkinsonianos, anticolinérgicos, varenilina, e a retirada abrupta de antidepressivo ou benzodiazepínico.
- **Substâncias:** intoxicação por estimulantes e cannabis, abstinência de álcool e benzodiazepínico.
- **Infecção:** em idoso, "está urinando com ardência? Tem tossido?" — infecção urinária e pneumonia se apresentam como confusão e mudança de comportamento, sem febre. HIV e neurossífilis produzem quadros psiquiátricos francos: pergunte por sorologias.
- **Demência x depressão:** "o esquecimento veio antes ou depois da tristeza? Ele se queixa da memória, ou quem se queixa é a família? Perdeu-se em lugar conhecido? Deixou de administrar o próprio dinheiro?" O deprimido se queixa muito e responde "não sei"; o demente minimiza e confabula, e é a família que se queixa.
- **Delirium:** "começou de repente, em horas ou dias? Fica pior à noite? Tem horas do dia em que ele volta ao normal?" Início agudo, curso flutuante e desatenção definem delirium — que é uma doença clínica com apresentação psiquiátrica e alta mortalidade se tratada como "confusão da idade".
- **Epilepsia do lobo temporal:** "tem episódios curtos, de segundos a poucos minutos, em que sente um cheiro estranho, um mal-estar subindo do estômago, uma sensação de já ter vivido aquilo, e depois fica confuso ou sonolento? As pessoas dizem que o senhor fica parado,

mexendo a boca, sem responder?" Estereotipia, brevidade e confusão pós-ictal separam isso de crise dissociativa ou de pânico.

- **Lúpus e outras autoimunes:** "tem dor nas juntas, manchas no rosto que pioram no sol, feridas na boca, queda de cabelo, febre sem motivo?"

	Delirium	Demência	Depressão
Início	Agudo, horas a dias	Insidioso, meses a anos	Semanas a meses
Curso no dia	Flutuante, pior à noite	Estável	Pior pela manhã, em geral
Atenção	Muito prejudicada (marca registrada)	Preservada no início	Prejudicada por desinteresse
Consciência	Rebaixada ou hiperalerta	Preservada	Preservada
Quem se queixa	A equipe e a família	A família	O próprio paciente
Respostas cognitivas	Erráticas	Confabuladas, minimiza	"Não sei", desiste rápido

A história colateral

A entrevista psiquiátrica é a única em que a versão do paciente pode estar sistematicamente alterada pela própria doença — na mania, na psicose, na demência e no uso de substância, o insight comprometido faz parte do quadro. Por isso a **história colateral** não é complemento: é parte do exame. Fale com familiar, parceiro, colega de trabalho, agente comunitário. Pergunte especificamente: "quando o senhor notou que ele mudou? O que ele fazia antes que não faz mais? Houve alguma fase em que ele ficou acelerado? Ele está bebendo ou usando alguma coisa? Ele já falou em morrer? Tem arma em casa?" Sempre que possível, avise o paciente que você conversará com o familiar e diga por quê — colher às escondidas custa a aliança inteira.

Sinais de alarme (red flags)

Ideação suicida com plano, preparação ou tentativa prévia; alucinação de comando; agitação com risco a terceiros; recusa alimentar ou de líquidos, catatonia; início agudo de sintoma psiquiátrico com flutuação e desatenção (delirium); primeiro episódio psicótico ou maníaco após os 40 anos; qualquer sintoma focal neurológico; febre com rigidez e alteração de consciência em uso de antipsicótico (síndrome neuroléptica maligna) ou de serotoninérgicos (síndrome serotoninérgica); abstinência alcoólica com história de convulsão ou delirium tremens; perda de peso grave em transtorno alimentar; gestante ou puérpera com sintoma psicótico; calma súbita inexplicada em paciente antes muito angustiado.

Armadilhas

Perguntar só sobre depressão e nunca sobre mania. Metade dos bipolares chega com queixa depressiva e recebe antidepressivo isolado.

Não perguntar sobre suicídio por medo de "dar a ideia". O medo é compreensível e a premissa é falsa; o silêncio é que deixa a pessoa sozinha.

Não entrevistar o paciente a sós, nem perguntar sobre drogas com cara de reprovação. Substância, violência e ideias de morte não aparecem com acompanhante na sala, nem diante de um rosto que julga.

Aceitar o rótulo do paciente. "Eu tenho síndrome do pânico", "eu sou bipolar", "eu tenho TDAH" são hipóteses de terceiros, não diagnósticos. Peça a descrição do episódio.

Interromper nos dois primeiros minutos. Você perde exatamente o que só a fala espontânea mostra.

Confundir humor com afeto no registro. Humor é o relato; afeto é a observação. Escrever "humor deprimido" quando o paciente não disse isso é inventar dado.

Diagnosticar depressão sem TSH, hemograma, revisão de medicações e pergunta sobre álcool. Hipotireoidismo tratado com sertralina continua hipotireoidismo.

Escrever "sem alterações" no exame do estado mental. Isso não é exame; é ausência de exame. Descreva.

Discutir com o delírio. Valide a emoção, não o conteúdo.

15

15

Um exemplo de HDA escrita

Mulher, 34 anos, trazida pela irmã, refere humor deprimido e anedonia diários há cerca de 3 meses, de piora progressiva, com perda de interesse em atividades que antes lhe davam prazer (deixou de tocar violão e de encontrar amigas). Refere despertar precoce, por volta das 4h, sem retorno ao sono, perda ponderal não intencional de 6 kg em 3 meses, fadiga importante com dificuldade para realizar tarefas domésticas, prejuízo de concentração (não consegue acompanhar um filme) e ideias de culpa e de ser um peso para a família. Questionada ativamente, nega ideação suicida no momento, refere que há 2 semanas pensou que "seria melhor não acordar", sem plano, preparação ou tentativa prévia, apontando as filhas como principal motivo para viver. Nega sintomas psicóticos. Quanto a episódios prévios de humor elevado, a paciente nega, mas a irmã relata período de cerca de duas semanas, há 3 anos, com redução de sono para 3 horas por noite sem cansaço, aumento de energia, fala acelerada e compras impulsivas com endividamento. Nega uso de álcool e outras substâncias; em uso de clonazepam 2 mg à noite há 4 anos, iniciado por outro serviço. Nega sintomas de hipo ou hipertireoidismo e mudanças recentes de medicação.

Para levar

- Em psiquiatria não há exame complementar externo: a entrevista é o exame, e a qualidade do dado depende inteiramente de como você pergunta.
- Colha duas coisas ao mesmo tempo: o conteúdo (a anamnese) e a forma (o exame do estado mental).
- Duas perguntas rastreiam depressão: humor deprimido e anedonia nas últimas duas semanas. Se as duas forem negativas, o diagnóstico fica improvável.
- Ninguém se queixa de hipomania: pergunte por dias de sono reduzido com energia aumentada, e pergunte também ao acompanhante.
- Perguntar sobre suicídio não induz o comportamento; pergunte em escada, e termine sempre por "o que tem segurado o senhor até agora".
- Diante de resposta positiva: não deixar sozinho, acionar retaguarda no mesmo atendimento, envolver a rede de apoio com o paciente informado, marcar retorno curto e registrar tudo. O CVV atende pelo 188.
- Quantifique álcool em doses-padrão e use o CAGE pela lógica: percepção de excesso, crítica dos outros, culpa e bebida ao acordar.
- Pergunte sempre por benzodiazepínico: o paciente não considera "remédio do médico" como substância.
- Ataque de pânico tem pico em minutos e medo central; duração de horas, início após os 45 anos e ausência de medo pedem causa orgânica.
- Todo quadro psiquiátrico novo merece uma varredura orgânica por perguntas: tireoide, medicações, substâncias, infecção, delirium, demência, epilepsia temporal, autoimunes.
- Início agudo com curso flutuante e desatenção é delirium, é clínico e é grave — não é "confusão da idade".
- No exame do estado mental, descreva em vez de rotular: "sem alterações" não é exame.
- Sem história colateral, a entrevista psiquiátrica está pela metade — porque a própria doença pode alterar o relato.

15

Referências

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev. (DSM-5-TR). Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2022.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Ivan Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3B):777-81.

Dalgalarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.

Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011;168(12):1266-77.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

15

16

CAPÍTULO 16

Anamnese infectológica: febre, viagem e exposição

Este capítulo resolve a queixa mais comum e mais mal explorada do pronto-socorro: “estou com febre”. Ele ensina a caracterizar a febre de modo que o tempo de evolução já reduza a lista de hipóteses, a montar a anamnese de viagem e exposição que quase ninguém faz, e a perguntar pelo estado imune — porque o mesmo sintoma, no mesmo dia, significa coisas completamente diferentes conforme a defesa que o paciente tem.

Por que essa anamnese é diferente

Na maior parte dos capítulos, você parte do sintoma e caminha para o órgão. Aqui você parte de um sintoma que não tem órgão nenhum: a febre é a resposta genérica do hipotálamo a um mediador inflamatório que pode ter vindo de qualquer lugar do corpo — ou de fora dele. A febre é uma campainha tocando numa casa de quarenta cômodos. Perguntar “há quanto tempo toca a campainha” não diz em que cômodo está o problema. Por isso, a anamnese infectológica não aprofunda a febre indefinidamente: ela usa a febre como ponto de partida para três buscas paralelas — **o foco, a exposição e o hospedeiro**.

A segunda diferença é que esta é a única anamnese em que **o que aconteceu com o paciente semanas atrás, em outro estado ou outro país, é mais informativo do que o que ele sente agora**. Malária pode abrir quadro seis meses depois da viagem; esquistossomose aguda, entre quatro e oito semanas após o banho de rio; tuberculose, anos depois do contato. Um estudante que só pergunta sobre os últimos três dias está lendo uma página no meio do livro.

A terceira diferença é a que mais muda conduta: **a mesma febre em hospedeiros diferentes é outra doença**. Num adulto jovem hígido, febre com tosse há três dias é quase sempre uma virose autolimitada. Num neutropênico, é emergência. Num esplenectomizado, é risco de sepse

fulminante por pneumococo em horas. Num transplantado, entra a lista inteira dos agentes oportunistas. O estado imune não é um detalhe da identificação: é o filtro que reorganiza toda a lista de hipóteses.

Caracterizando a febre

> "O senhor mediu a febre com termômetro? Quanto deu? Onde mediu — axila, boca? Ou é aquela sensação de que o corpo está quente?"

Febre **medida** e febre **referida** são dados de qualidade diferente. Muita "febre" relatada é sensação térmica, sudorese ou calafrio sem elevação real; e muito idoso com infecção grave **não faz febre** nenhuma — ou faz hipotermia, o que é pior. Registre qual é o caso.

> "Há quantos dias exatamente? Começou em que dia da semana?"

Ancorar num dia do calendário é mais fiável que "faz uns dias".

> "A febre vem todo dia? A que horas? Sobe e desce, ou fica alta o tempo todo? Cede sozinha ou só com remédio? Entre os picos, o senhor fica bem ou continua se sentindo mal?"

Padrões têm valor limitado e é honesto dizer isso: o antitérmico apaga quase todos, e a literatura moderna não sustenta o romance clássico das curvas. Ainda assim, dois padrões seguem úteis. Febre **terçã ou quartã** verdadeira (picos a cada 48 ou 72 horas) em quem veio da Amazônia é malária até prova em contrário. Febre **contínua, com pouca variação, associada a bradicardia relativa** (pulso que não sobe como deveria para a temperatura) levanta febre tifoide. E sentir-se muito mal **entre** os picos sugere doença mais grave do que sentir-se bem.

> "Deu calafrio? Do tipo que treme o corpo inteiro, bate os dentes, a cama treme, e precisa de cobertor mesmo com calor? Ou é só uma sensação de frio?"

Essa distinção rende. O **calafrio solene** — tremor generalizado, incoercível, com bater de dentes — indica liberação brusca e maciça de pirógenos na corrente sanguínea e tem associação real com bacteremia, malária, pielonefrite, colangite e abscesso. "Sensação de frio" não tem esse peso. O mecanismo ajuda a lembrar: o hipotálamo subiu o termostato de repente para 39, o corpo ainda está a 37, e o tremor muscular é o aquecedor que o organismo liga para alcançar o novo ponto de ajuste. É o mesmo motivo pelo qual, quando a febre cede, vem a sudorese: o termostato voltou a 37, o corpo está a 39, e agora é preciso resfriar.

E, sobretudo, a **duração**, que separa dois problemas clínicos distintos:

	Febre há 3 dias	Febre há 3 semanas
Lista principal	Viroses respiratórias, arboviroses, infecção bacteriana aguda focal	Tuberculose, endocardite, abscesso oculto, linfoma, doenças autoimunes, HIV, medicamentos

	Febre há 3 dias	Febre há 3 semanas
O que se busca	Foco agudo e sinais de gravidade	Doença subaguda que já teria matado se fosse aguda
Ritmo da investigação	Horas; decidir se interna	Dias a semanas; investigação estruturada
Erro típico	Subestimar sepse inicial	Repetir hemograma e prescrever mais um antibiótico

O raciocínio por trás da tabela é simples: uma bactéria piogênica não tratada raramente deixa alguém febril e ambulante por três semanas. Se o paciente ainda está de pé depois de tanto tempo, o agente é indolente ou o problema não é infeccioso. **Duração é filtro, não detalhe.**

A tríade que organiza qualquer febre

Diante de qualquer paciente febril, três perguntas estruturam tudo. Se você não lembrar de mais nada deste capítulo, lembre delas.

1. Onde está o foco? Faça a revisão de sistemas dirigida, de cima para baixo, com perguntas curtas: "dor de cabeça forte, pescoço duro, não aguenta luz? Dor de garganta, dor de ouvido, dor nos dentes? Tosse, catarro, falta de ar, dor ao respirar fundo? Dor na barriga, vômito, diarreia, o branco dos olhos ficou amarelo? Ardência para urinar, urina fedida, dor nas costas? Corrimento, dor na relação? Alguma ferida, mancha, vermelhidão na pele, alguma articulação inchada e quente? Dor nas costas com fraqueza nas pernas?" Em dez frases você varreu o corpo. O foco aparece em cerca de quatro de cada cinco febres agudas — se ele não aparecer, esse próprio fato é informação.

2. A que o paciente esteve exposto? Viagem, água, animais, alimentos, pessoas doentes, trabalho, procedimentos. É o bloco que o estudante pula e o infectologista faz primeiro.

3. Qual é o estado imunológico dele? Porque isso decide a lista de agentes e a urgência.

Anamnese de viagem

A regra de ouro é perguntar sempre, mesmo sem suspeita, porque o paciente não relaciona: quem passou o carnaval no interior de Minas não considera isso "viagem".

> "Nos últimos seis meses, o senhor saiu da cidade? Para onde exatamente — cidade e estado, ou país? Em que datas foi e voltou? Ficou quantos dias?"

Anote **datas**, não "faz um tempo". A data de retorno é o que permite calcular o período de incubação.

> "Ficou na zona urbana ou na zona rural? Dormiu em hotel, em casa, em acampamento, em rede? Tinha tela nas janelas, usou mosquiteiro, usou repelente?"

> "Entrou em rio, lago, cachoeira, açude? Nadou, pescou, andou na água? Tomou banho de enchente, pisou em água de esgoto?"
>
> "Tomou leite não fervido, queijo caseiro, carne malpassada, peixe cru, açaí, caldo de cana, comeu em barraca de rua? Bebeu água de poço ou de mina?"
>
> "Teve contato com animais — gado, porco, cachorro, gato, morcego, macaco, carrapato? Entrou em caverna, mina, casa abandonada, forro de casa velha?"
>
> "Tomou alguma vacina antes de viajar? Tomou remédio para prevenir malária? Tomou direitinho, e continuou tomando depois de voltar?"
>
> "Alguém que viajou com o senhor também ficou doente?"

Agora o filtro que transforma essa lista em raciocínio: o **período de incubação**. Se o intervalo entre a exposição e o início dos sintomas não bate, a hipótese cai, por mais típica que pareça.

Doença	Incubação típica	Pistas da história
Dengue, zika, chikungunya	3 a 10 dias (até 14)	Área urbana com Aedes; febre alta, dor retro-orbital, mialgia; chikungunya com artralgia intensa e persistente
Malária	7 a 30 dias (P. vivax pode recair em meses)	Amazônia Legal, África; febre com calafrio solene, sudorese, cefaleia; **febre após viagem a área endêmica é malária até excluir**
Febre amarela	3 a 6 dias	Mata, macacos mortos na região, sem vacina; febre, icterícia, oligúria, sangramento
Leptospirose	5 a 14 dias	Enchente, esgoto, roedores; febre, **dor intensa em panturrilhas**, olhos vermelhos, icterícia rubínica, oligúria
Febre tifoide	7 a 14 dias	Água e alimento contaminados, saneamento precário; febre em escada, dor abdominal, bradicardia relativa
Esquistossomose aguda	4 a 8 semanas após o banho	Água doce parada no Nordeste e em Minas; coceira no local logo após o banho, depois febre, urticária, tosse, eosinofilia
Doença de Chagas aguda oral	3 a 22 dias	Açaí, caldo de cana no Norte; febre prolongada, edema de face, miocardite
Hepatites virais A e E	15 a 50 dias	Água e alimento; náusea, colúria, icterícia
Tuberculose	Semanas a anos	Contato domiciliar, aglomerado, prisão

Duas regras práticas que salvam: febre que começa **mais de três semanas** após o retorno exclui dengue e a maioria das arboviroses, mas não exclui malária, tuberculose, esquistossomose nem hepatite. E febre que começa **menos de uma semana** após a chegada num destino não pode ser explicada por algo cuja incubação mínima seja maior.

Exposição ocupacional e de lazer

Mesmo sem viagem, o Brasil oferece exposições ricas em qualquer esquina:

> "No que o senhor trabalha, exatamente, no dia a dia? E o que o senhor faz no fim de semana, de lazer?"

Pergunte pela atividade concreta, não pela profissão no papel. "Servidor público" pode ser o veterinário do abatedouro.

- **Banho de rio, enchente, contato com esgoto, trabalho em lixo, catadores, limpeza de caixa d'água:** leptospirose. Pergunte também por ferida na perna, que é a porta de entrada, e por ratos no local.
- **Contato com gado, ovelha, cabra; auxílio a parto de animal; leite cru e queijo artesanal:** brucelose (febre ondulante, sudorese com odor peculiar, artralgia), febre Q, tuberculose bovina.
- **Morcegos e cavernas, forros de casas velhas, galinheiros, escavação de terra com fezes de ave:** histoplasmose e criptococose; raiva, se houver contato direto com morcego — e contato com morcego, mesmo sem mordida aparente, é indicação de profilaxia.
- **Jardinagem, manuseio de espinhos e palha, arranhadura de gato:** esporotricose (a epidemia urbana transmitida por gatos é hoje um problema grande no Brasil), doença da arranhadura do gato, tétano.
- **Mordedura de animal:** pergunte que animal, se era conhecido ou de rua, se está vivo e observável, se foi vacinado, e se a ferida foi lavada. Aqui as duas decisões são raiva e tétano, e ambas são de horas. Mordida de gato infecta mais que a de cão (dente fino, inoculação profunda, Pasteurella).
- **Carrapato:** febre maculosa. "Tirou carrapato do corpo? Andou em pasto, capim alto, teve contato com capivara ou cavalo?" A tríade febre, cefaleia intensa e exantema que começa em punhos e tornozelos e caminha para o centro é uma emergência: o tratamento é empírico e não espera confirmação.
- **Acidente com material biológico:** "o senhor se furou com agulha, respingou sangue no olho, cortou-se com material de paciente? Quando? A fonte é conhecida, sabe-se se tem HIV, hepatite B ou C?" O relógio da profilaxia pós-exposição para HIV corre em horas — idealmente nas primeiras 2 horas, no limite em 72.
- **Exposição sexual:** pergunte sem rodeio e sem julgamento, como no capítulo de anamnese sexual: parcerias novas, uso de preservativo, sexo em viagem, uso de PrEP. Febre com exantema, faringite e adenomegalia semanas após uma exposição é **infecção aguda pelo HIV**, e é o diagnóstico mais perdido da clínica.

Contato com pessoas doentes e a pergunta sobre tuberculose

> "Tem alguém na sua casa, no trabalho ou na escola com a mesma coisa? Começou antes ou depois do senhor?"

Isso constrói a cadeia epidemiológica e às vezes entrega o diagnóstico inteiro (intoxicação alimentar, influenza, covid, escabiose, meningococo).

16

> "Alguém próximo tem ou teve tuberculose? Alguém que tosse há muito tempo, que emagreceu? O senhor já morou em presídio, abrigo, ou trabalhou em hospital? Já fez tratamento para tuberculose antes — completou?"

E as perguntas do próprio paciente: "tosse há mais de três semanas? Escarro com sangue? Febre no fim da tarde? Suor à noite que molha a roupa de cama? Emagreceu quanto?" Essa é a definição de **sintomático respiratório**, e no Brasil ela é uma obrigação de rotina, não um extra.

O estado imune: o filtro que reorganiza tudo

> "O senhor já fez teste de HIV? Quando foi a última vez? Quer fazer hoje? A gente pede de rotina para todo mundo."

Normalizar é o que destrava: apresentar o teste como rotina universal, e não como suspeita dirigida a ele, remove o constrangimento e aumenta a aceitação. Se positivo: "está em tratamento? Toma todo dia? Qual foi o último CD4 e a última carga viral?" Um CD4 abaixo de 200 abre a lista dos oportunistas — pneumocistose, toxoplasmose cerebral, criptococose, tuberculose disseminada — e muda a investigação inteira.

> "O senhor toma corticoide — prednisona, dexametasona? Há quanto tempo, quanto por dia? Toma alguma injeção para artrite, psoríase, doença de Crohn, aquelas de nome terminado em 'mabe'? Faz quimioterapia? Já fez transplante? Toma remédio para não rejeitar?"

Cada estado prevê um espectro:

Estado	O que está faltando	Agentes previstos
Neutropenia (quimioterapia)	Neutrófilos	Bacilos gram-negativos, incluindo Pseudomonas; depois de 7 dias, fungos (Candida, Aspergillus)
Corticoide prolongado e imunobiológicos anti-TNF	Imunidade celular	Tuberculose (inclusive reativação), pneumocistose, fungos endêmicos, herpes-zóster, estrongiloidíase disseminada
HIV com CD4 baixo	Linfócitos T CD4	Pneumocystis, toxoplasma, criptococo, micobactérias, CMV
Transplante de órgão	Imunidade celular, por tempo	CMV, fungos, nocardia, além dos hospitalares
Esplenectomia ou asplenia funcional (falciforme)	Depuração de bactérias encapsuladas	Pneumococo, meningococo, Haemophilus — **sepse fulminante em horas**
Diabetes descompensado	Função de neutrófilo, perfusão	Infecção de pele e partes moles, pé diabético, mucormicose rinocerebral, otite externa maligna, ITU complicada

16

Estado	O que está faltando	Agentes previstos
Cirrose e etilismo	Opsonização, barreira	Peritonite bacteriana espontânea, pneumococo, Klebsiella

A esplenectomia merece destaque porque é fácil de esquecer e mortal quando esquecida: **febre em paciente sem baço é emergência absoluta**, com antibiótico imediato, ainda que ele pareça bem. Pergunte sempre: "o senhor já tirou o baço? Já teve acidente com cirurgia na barriga? Tem anemia falciforme?"

Dispositivos, procedimentos e antibiótico prévio

> "O senhor tem algum cateter, sonda, dreno, cateter de diálise, porta para quimioterapia? Tem prótese — de quadril, de joelho, válvula no coração, marca-passo, tela de hérnia? Fez alguma cirurgia nos últimos três meses? Esteve internado nos últimos 90 dias? Tomou antibiótico nos últimos três meses — qual?"

A lógica é uma só e vale a analogia: um dispositivo é uma superfície plástica sem circulação, e portanto sem patrulha imunológica. As bactérias formam ali um **biofilme**, que é uma cidade murada onde nem o neutrófilo nem o antibiótico entram bem. Por isso infecção de prótese muitas vezes só cura removendo o material, e por isso estafilococos coagulase-negativos, que seriam contaminantes em qualquer outro contexto, viram patógenos reais.

Internação e antibiótico recentes mudam o **espectro esperado** — de germes comunitários para germes resistentes (enterobactérias produtoras de ESBL, Pseudomonas, MRSA, Acinetobacter) — e por isso mudam o antibiótico empírico. Antibiótico recente também abre a porta para *Clostridioides difficile*: "está com diarreia depois do antibiótico? Quantas vezes por dia, com cheiro forte, com cólica e febre?"

História vacinal do adulto

Quase ninguém pergunta, e ela responde questões diretas: "o senhor tomou as vacinas de adulto? Tétano, quando foi a última? Hepatite B, tomou as três doses? Febre amarela, tomou alguma vez na vida? Gripe deste ano? Pneumonia? Covid, quantas doses e quando? Tem a caderneta?" Em imunossuprimido, esplenectomizado e diabético, pneumocócica e meningocócica deixam de ser opcionais. E "não sei" é uma resposta que, na prática, se maneja como "não tomou".

Sinais de alarme de sepse, perguntados pela história

Sepse se identifica na beira do leito, mas boa parte dos seus sinais cabe na conversa, inclusive por telefone:

> "Ele está confuso, mais lento, falando coisa com coisa, diferente do normal?" — alteração de estado mental é o sinal mais precoce e mais ignorado, sobretudo no idoso,

> que pode fazer sepse sem febre. “Está com falta de ar, respirando rápido, cansando para falar uma frase inteira?” — taquipneia é o segundo sinal mais precoce. “Quantas vezes urinou hoje? Está urinando menos, a urina está bem escura?” — oligúria indica hipoperfusão. “Apareceu alguma mancha na pele, ponto vermelho ou roxo que não some quando aperta?” — petéquias com febre são meningococcemia até prova em contrário e não esperam exame. “A dor está muito maior do que o que se vê? A área vermelha cresceu de manhã para agora?” — dor desproporcional e progressão em horas apontam infecção necrotizante de partes moles. “Está conseguindo beber? Ficou com as mãos e os pés frios, a pele manchada?”

Junte a isso as perguntas de meningite (“dor de cabeça muito forte, pescoço duro, luz incomoda, vômito?”) e a regra do idoso: **ausência de febre não exclui infecção grave**; hipotermia, queda, confusão e “ele só não está ele mesmo” são apresentações comuns e sérias.

Febre de origem indeterminada

Quando a febre persiste por mais de três semanas, com temperatura documentada acima de 38,3 graus em várias ocasiões, e uma investigação inicial razoável não revelou a causa, passa a valer um raciocínio diferente. Aqui não se procura o foco agudo: procura-se a doença indolente. A lógica útil é dividir em **três grandes categorias**, e voltar à anamnese com perguntas específicas para cada uma:

Infecção (cerca de um terço dos casos). As que se escondem: tuberculose extrapulmonar (ganglionar, miliar, óssea, peritoneal), endocardite subaguda, abscessos ocultos (hepático, subfrênico, perinéfrico, dentário, tubo-ovariano), osteomielite, infecção de prótese, febre tifoide, brucelose, doença da arranhadura do gato, HIV agudo, leishmaniose visceral. Perguntas: procedimento dentário, valvopatia conhecida, sopro prévio, cirurgia abdominal, dor localizada em algum ponto, animais, leite cru, área endêmica de calazar.

Neoplasia (cerca de um quinto). Linfoma em primeiro lugar, leucemia, hipernefroma, carcinoma hepatocelular, mixoma atrial. Perguntas: sudorese que encharca a roupa, perda de mais de 10% do peso, gânglio palpável, prurido, dor óssea, hematúria.

Doença inflamatória não infecciosa (cerca de um quinto). Arterite de células gigantes e polimialgia reumática acima dos 50 anos, lúpus, doença de Still do adulto, vasculites, sarcoidose, doença inflamatória intestinal. Perguntas: dor e rigidez em cinturas pela manhã, cefaleia temporal nova com dor ao mastigar e alteração visual (essa é emergência, porque cega), artrite, exantema que aparece com a febre, aftas, olho vermelho, diarreia crônica com sangue.

E a quarta categoria, que é a mais fácil de resolver e a mais frequentemente esquecida: **febre por medicamento e causas diversas** — betalactâmicos, sulfas, anticonvulsivantes, alopurinol, antituberculosos; e ainda tromboembolismo, hematoma em reabsorção, hipertireoidismo, febre factícia. A pergunta que resolve: “que remédios o senhor começou nos últimos dois meses, inclusive os que parecem inofensivos?”

A conduta de método aqui é contraintuitiva e vale a frase: em febre de origem indeterminada, **a melhor conduta costuma ser refazer a anamnese inteira do zero, com mais tempo**, e não pedir mais exames. É comum que o diagnóstico esteja numa exposição, viagem ou medicação que ninguém perguntou na primeira vez.

Sinais de alarme (red flags)

Confusão ou rebaixamento de consciência; taquipneia e dispneia; oligúria; hipotensão ou tontura ao levantar; petéquias ou púrpura que não desaparecem à digitopressão; rigidez de nuca com fotofobia; dor desproporcional ao exame, com progressão em horas, bolha ou crepitação; icterícia com febre e dor em hipocôndrio direito (colangite); febre em paciente neutropênico, esplenectomizado, transplantado ou em uso de imunobiológico; febre após viagem a área de malária; febre com sangramento; febre em gestante; febre em idoso com "só não está ele mesmo"; hipotermia; febre com dor lombar e déficit neurológico (abscesso epidural).

Armadilhas

Não perguntar sobre viagem porque "não parecia necessário". A anamnese de viagem só ajuda quando é rotina; quando é feita por suspeita, já se perdeu o caso.

Perguntar "viajou?" e aceitar "não". O paciente entende "viagem" como férias internacionais. Pergunte "saiu da cidade, foi para a roça, para a praia, visitar parente no interior?".

Ignorar o período de incubação. Diagnosticar dengue em quem voltou há dois meses é ignorar biologia. A data importa tanto quanto o destino.

Tratar febre em neutropênico ou esplenectomizado como febre comum. É a armadilha que mata mais rápido neste capítulo.

Achar que o paciente sem febre não tem infecção. Idoso, urêmico, cirrótico e quem tomou antitérmico ou corticoide podem não fazer febre.

Parar de investigar porque o exame já foi pedido. Hemocultura não substitui a pergunta sobre o gato, o carrapato e o queijo caseiro.

Confundir cor de secreção e de urina com indicação de antibiótico. O que decide é o quadro, não a cor.

Esquecer de perguntar antibiótico recente. Ele muda o germe esperado e é a causa mais comum de falha do esquema empírico.

Não perguntar sobre HIV por constrangimento. Ofereça como rotina universal e o constrangimento desaparece.

Em febre prolongada, pedir mais exames em vez de refazer a história. A resposta quase sempre está numa exposição não perguntada.

16

Um exemplo de HDA escrita

Homem, 29 anos, previamente hígido, refere febre aferida de até 39,2 graus há 6 dias, com dois a três picos diários, acompanhada de calafrio intenso com tremor de corpo inteiro e sudorese profusa na defervescência, sentindo-se prostrado também entre os picos. Associa cefaleia holocraniana intensa, mialgia difusa e náuseas, sem vômitos. Nega tosse, dispneia, disúria, diarreia, dor abdominal localizada, rigidez de nuca e exantema. Refere viagem a Manaus e a comunidade ribeirinha no rio Negro, com retorno há 12 dias, período em que permaneceu 9 dias em área rural, dormindo em rede sem mosquiteiro e sem uso regular de repelente; não realizou quimioprofilaxia. Refere banho em igarapé em duas ocasiões e ingestão de açaí batido na região. Nega contato com pessoas doentes, com animais de criação e com carrapatos. Vacinação para febre amarela realizada há 5 anos. Nega comorbidades, uso de corticoide, imunossupressores, esplenectomia e internações; nega uso de antibiótico nos últimos meses. Sorologia anti-HIV desconhecida, com última testagem há mais de 3 anos. Nega, no momento, confusão mental, oligúria, dispneia e sangramentos.

Para levar

- A febre não tem endereço: use-a como porta e saia buscando três coisas — o foco, a exposição e o hospedeiro.
- Febre há três dias e febre há três semanas são doenças diferentes: quem continua febril e de pé depois de semanas dificilmente tem uma bactéria piogênica não tratada.
- Distinga febre medida de febre referida, e lembre que idoso grave pode não ter febre — ou ter hipotermia.
- Calafrio solene, com tremor e bater de dentes, sugere bacteremia, malária, pielonefrite e colangite; "sensação de frio" não tem esse peso.
- Pergunte sobre viagem em todo paciente febril, sempre, com datas: o período de incubação é um filtro que descarta hipóteses por si só.
- Febre após viagem a área endêmica é malária até que se prove o contrário, e a prova é o exame de gota espessa, feito hoje.
- Exposição se pergunta pela atividade concreta — rio, enchente, gado, leite cru, caverna, carrapato, jardim, mordida, agulha — e não pela profissão no papel.
- Ofereça o teste de HIV como rotina universal, não como suspeita: é assim que a pergunta deixa de constranger.
- Febre em neutropênico, em esplenectomizado, em transplantado ou em uso de imunobiológico não é febre comum: é emergência com relógio.
- Cateter, prótese e internação recente mudam o germe: no biofilme, o antibiótico e o neutrófilo entram mal.
- Antibiótico nos últimos três meses muda o espectro esperado e pode explicar a diarreia atual.
- Sepse se rastreia pela história: confusão, taquipneia, oligúria, petéquias, dor desproporcional e "ele não está ele mesmo".
- Em febre de origem indeterminada, pense em três categorias — infecção indolente, neoplasia e doença inflamatória — mais medicamentos; e refaça a anamnese inteira antes de pedir o próximo exame.

16

16

Referências

Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

Durack DT, Street AC. Fever of unknown origin—reexamined and redefined. Curr Clin Top Infect Dis. 1991;11:35-51.

Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Crit Care Med. 2021;49(11):e1063-143.

Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unknown origin: report on 100 cases. Medicine (Baltimore). 1961;40:1-30.

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.

Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu; 2015.

16

17

CAPÍTULO 17

Anamnese pediátrica

Este capítulo resolve o problema de entrevistar alguém que não fala, ou que fala mas não é quem te procurou. A pediatria é o único lugar da medicina em que o sintoma é vivido por uma pessoa e narrado por outra, e em que o próprio "normal" muda a cada três meses de vida. A tese aqui é que a anamnese pediátrica não é a anamnese do adulto encolhida: é uma entrevista de três, ancorada em duas perguntas que não existem no adulto — **quantos anos ele tem?** e **o que mudou em relação ao habitual dele?**

Por que essa anamnese é diferente

A primeira diferença é aritmética: há três pessoas na sala e só duas cadeiras costumam estar ocupadas. A criança é o paciente, o cuidador é o narrador, e você é o terceiro que precisa conversar com os dois ao mesmo tempo sem falar por cima de nenhum. O erro clássico do estudante é tratar a criança como um objeto sobre o qual a mãe fala — perguntar "ela está com dor?" olhando para a mãe enquanto a menina de sete anos, perfeitamente capaz de responder, observa em silêncio. A criança que tem linguagem tem história. Você só precisa perguntar para ela primeiro e depois pedir à mãe que complete.

A segunda diferença é que **a história é narrada por um intérprete emocionalmente envolvido**. O relato do cuidador é simultaneamente o dado mais valioso e o mais filtrado que você vai receber. Uma mãe que diz "ele está estranho" está fazendo uma comparação estatística que nenhum exame consegue fazer: ela tem centenas de observações daquela criança específica e detectou um desvio. Esse dado é forte. Ao mesmo tempo, "ele está com muita febre" pode significar 37,4 medidos na testa com a mão. Seu trabalho é separar a **observação** (o que foi visto, medido, contado) da **interpretação** (o que o cuidador concluiu disso), e valorizar muito a primeira sem desprezar a segunda.

A terceira diferença é a que mais assusta: **o denominador do normal muda o tempo todo**. Uma frequência respiratória de 45 é normal num recém-nascido e alarmante num escolar. Não andar é normal aos nove meses e é atraso aos dezoito. Acordar três vezes à noite é esperado aos dois meses e é queixa aos quatro anos. Em pediatria, nenhum dado tem significado sem a idade ao lado. Pense na idade como a **escala de um mapa**: o mesmo centímetro de papel significa um quarteirão ou cem quilômetros dependendo da legenda, e ler o mapa sem olhar a escala é o jeito mais rápido de se perder.

Há, por fim, uma quarta diferença estrutural: em pediatria, **boa parte da anamnese é história de outra pessoa** — da gestação, do parto, da mãe. Uma criança de dois anos com atraso de linguagem pode ter sua explicação na sorologia materna, na prematuridade ou na icterícia neonatal, coisas que aconteceram antes de ela ter memória. Nenhuma anamnese pediátrica está completa sem esse retrovisor.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido (e por isso vêm primeiro)

Sepse e meningite, principalmente no lactente menor de três meses, em que a apresentação é inespecífica e o tempo é curto. Desidratação grave e choque por perdas gastrointestinais — o motivo mais frequente de morte evitável em criança pequena no mundo. Insuficiência respiratória por bronquiolite, crise asmática grave, pneumonia ou corpo estranho aspirado. Obstrução de via aérea alta (epiglotite, laringite grave, anafilaxia). Abdome cirúrgico: invaginação intestinal, volvo de intestino médio no lactente que vomita bile, apendicite no escolar. Erros inatos do metabolismo descompensados e cardiopatia congênita crítica que se manifesta no primeiro mês. Cetoacidose diabética inaugural, que chega mascarada de "virose com muito xixi". E **maus-tratos**, que mata e é subdiagnosticado.

As comuns

Infecções virais de via aérea superior, otite média aguda, faringoamigdalite, gastroenterite viral, bronquiolite no lactente, sibilância recorrente e asma, dermatite atópica, verminose, anemia ferropriva, cólica do lactente, refluxo fisiológico do bebê, constipação funcional — esta última responsável por uma parcela enorme das dores abdominais recorrentes.

As que só aparecem se você perguntar

Atraso de desenvolvimento ainda não percebido pela família. Déficit auditivo (que se apresenta como atraso de fala). Apneia obstrutiva do sono por hipertrofia de adenoide, escondida atrás de "ele ronca e é agitado na escola". Bullying e sofrimento escolar. Insegurança alimentar em casa. Vacinação atrasada. Exposição a tabagismo passivo. Intoxicação domiciliar. Negligência e

violência. Nenhuma dessas chega como queixa — todas chegam como "vim só para uma consulta de rotina".

As perguntas, com o porquê de cada uma

A entrevista de três: quem fala com quem

Comece apresentando-se às duas pessoas e chamando a criança pelo nome, não de "ele". Depois calibre pela idade:

- **Até 2 anos:** a história é toda do cuidador. Sua interação com a criança é observação (ela olha para você? sorri? se aconchega no colo?), e observação já é semiologia.
- **2 a 5 anos:** pergunte coisas concretas e curtas diretamente à criança — "onde dói? mostra com o dedinho" —, e aceite que a resposta pode ser um apontar. Nunca pergunte "dói muito ou pouco?" a um pré-escolar; ele responde o que soa mais agradável.
- **6 a 11 anos:** a criança consegue narrar. Comece por ela: *"Me conta o que está acontecendo com você. Eu vou perguntar para a sua mãe depois."* Isso muda tudo — tanto a qualidade da história quanto a relação.
- **A partir dos 10-12 anos:** já se aplica parte da lógica do capítulo seguinte, inclusive o momento a sós.

Uma frase que vale ouro com escolares: *"Você concorda com o que a sua mãe falou, ou você acha que é diferente?"* É espantoso o número de vezes em que a criança corrige a cronologia.

E a pergunta de abertura para o cuidador, sempre a mesma:

> "O que te preocupa nele? O que te fez trazer hoje e não semana passada?"

Isso captura o que a literatura chama de **preocupação parental**, que é um dos melhores preditores isolados de doença grave em criança — melhor que muitos sinais isolados. Quando um cuidador diz "nunca vi ele assim", trate como sinal de alarme e não como ansiedade.

História gestacional, do parto e neonatal

Feita de forma objetiva e rápida, em bloco, sem transformar a consulta num interrogatório. O roteiro:

> "Como foi a gravidez? Fez pré-natal, a partir de que mês, quantas consultas? Teve pressão alta, diabetes, infecção, precisou tomar algum remédio? Os exames de sangue da gravidez deram tudo certo?"

Pré-natal ausente ou tardio é fator de risco e também um marcador social. Diabetes gestacional aponta macrossomia e hipoglicemia neonatal; hipertensão aponta restrição de crescimento; sorologias positivas ou desconhecidas abrem o capítulo das infecções congênitas (sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, HIV, zika), que explicam surdez, alterações visuais e atraso.

> "Com quantos meses ele nasceu? Foi parto normal ou cesárea, e por quê? Quanto ele pesou?"

Idade gestacional ao nascer é a variável que reorganiza tudo o que vem depois. Um prematuro de 32 semanas avaliado aos seis meses de vida tem quatro meses de idade corrigida, e você deve usar a idade corrigida para julgar marcos até os dois anos. Peso de nascimento separa baixo peso (menos de 2.500 g), muito baixo peso (menos de 1.500 g) e macrossomia.

> "Ele chorou logo ao nascer? Precisou de oxigênio ou de reanimação? A senhora lembra do Apgar?"

O Apgar é frequentemente desconhecido pela família, e tudo bem — pergunte, registre se souber, e não insista. O substituto prático é "chorou logo?" e "foi para o berçário ou ficou com a senhora?".

> "Ele teve alta junto com a senhora? Ficou internado? Precisou de UTI, por quanto tempo e por quê? Ficou amarelinho, precisou de banho de luz?"

Alta com a mãe é um resumo excelente de "período neonatal sem intercorrência". Internação em UTI neonatal abre a discussão de prematuridade, sepse neonatal, ventilação e seus desfechos. **Icterícia** merece detalhe: apareceu em que dia de vida (antes de 24 horas é sempre patológica), precisou de fototerapia, de exsanguineotransfusão — icterícia grave é causa evitável de encefalopatia bilirrubínica, com surdez e alterações motoras.

> "Fez os testes do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho? Deu tudo normal? Precisou repetir algum?"

Vale saber o que cada triagem protege. O **teste do pezinho** rastreia doenças que são tratáveis e devastadoras se perdidas (hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, fibrose cística, anemia falciforme, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase, toxoplasmose congênita). O **teste da orelhinha** (emissões otoacústicas) protege a linguagem: surdez identificada e reabilitada nos primeiros seis meses muda o prognóstico de fala. O **teste do olhinho** (reflexo vermelho) procura catarata congênita, glaucoma e retinoblastoma. O **teste do coraçãozinho** (oximetria pré e pós-ductal) procura cardiopatia congênita crítica antes de o canal arterial fechar. Um "não fez" ou "mandaram repetir e a gente não voltou" é achado clínico, não burocracia.

Alimentação, por faixa etária

> "Ele mama no peito? Só peito ou também outra coisa? Com que idade entrou outra coisa e o que foi?"

Até os seis meses, o alvo é **aleitamento materno exclusivo** — só leite materno, sem água, chá ou suco. Quando a resposta for "mama, mas dou uma ajudinha de fórmula", pergunte por quê: quase sempre há uma queixa de "leite fraco" ou de dor para amamentar por trás, e essa é uma conversa clínica, não um julgamento.

No lactente ainda em amamentação, três perguntas fecham a avaliação de eficácia:

> "Quantas vezes ele mama por dia? Fica quanto tempo? Quantas fraldas de xixi ele molha em 24 horas?"

Seis ou mais fraldas bem molhadas por dia, com urina clara, é o melhor indicador caseiro de ingesta adequada — e a mesma pergunta serve depois como marcador de desidratação.

A partir dos seis meses:

> "O que ele come num dia comum, do café da manhã até a noite? A comida é amassada, em pedaços, ou tudo batido no liquidificador?"

Comida batida além dos oito ou nove meses atrasa a mastigação e é queixa frequente disfarçada de seletividade. Pergunte também por consumo de ultraprocessados, açúcar antes dos dois anos e uso de mamadeira à noite (cárie de mamadeira).

No pré-escolar e escolar, a queixa "não come nada" é quase sempre **seletividade alimentar fisiológica** — a criança de 2 a 5 anos come menos porque cresce mais devagar, e recusa alimento novo por neofobia esperada. O que separa o normal do preocupante:

> "Ele está ganhando peso e crescendo? Quantos alimentos diferentes ele aceita? Ele engasga, tosse ou vomita ao comer? Ele evita por textura ou por cheiro?"

Curva de crescimento preservada e um repertório razoável tranquilizam. Repertório muito restrito (poucos alimentos, recusa por textura), com perda de peso ou engasgo, aponta transtorno alimentar restritivo, disfagia ou questão do neurodesenvolvimento, e pede avaliação formal.

Crescimento e desenvolvimento

Crescimento pede **a curva, não o ponto**. Peça a caderneta:

> "A senhora trouxe a caderneta? Vamos ver como está a curva dele."

Uma criança no percentil 10 e estável há dois anos é provavelmente uma criança pequena e saudável. Uma criança que caiu do percentil 75 para o 25 em seis meses é um problema, mesmo estando "dentro do normal". A analogia útil: peso e altura isolados são como uma foto de um carro; a curva é o vídeo — só o vídeo diz se ele está acelerando, parado ou saindo da pista.

Para desenvolvimento, pergunte por marcos com verbos concretos, nunca com jargão. Os que valem por dezenas:

Idade	Perguntas que rastreiam	Preocupa se
2 meses	"Ele sorri quando a senhora conversa com ele? Segue seu rosto com os olhos? Se assusta com barulho?"	Não fixa o olhar, não reage a som
4 meses	"Segura a cabecinha firme? Leva a mão à boca? Dá risada alta?"	Cabeça caindo, mãos sempre fechadas

Idade	Perguntas que rastreiam	Preocupa se
6 meses	"Senta com apoio? Pega o brinquedo e passa de uma mão para a outra? Balbucia, faz 'dadada'?"	Não rola, não balbucia, não alcança objetos
9 meses	"Senta sozinho? Estranha pessoa desconhecida? Procura o objeto que caiu?"	Não senta sem apoio, não estranha ninguém
12 meses	"Fica de pé com apoio? Faz tchau, bate palma? Fala alguma palavra com sentido? Aponta para o que quer?"	Não aponta, nenhuma palavra, não responde ao próprio nome
18 meses	"Anda sozinho? Fala quantas palavrinhas? Mostra o que achou interessante para a senhora ver?"	Não anda, menos de 6 palavras, não aponta para compartilhar
2 anos	"Junta duas palavras ('quer água')? Corre? Imita o que a senhora faz em casa?"	Sem frases de duas palavras
3 anos	"Estranhos entendem o que ele fala? Sobe escada alternando os pés? Brinca de faz de conta?"	Fala ininteligível para quem é de fora
4-5 anos	"Conta uma historinha do que aconteceu na escola? Pula num pé só? Desenha uma pessoa?"	Fala desorganizada, não brinca com outras crianças

Duas perguntas transversais valem mais do que a tabela inteira. A primeira é sobre **apontar protodeclarativo**: *"Quando ele vê um cachorro na rua, ele aponta e olha para a senhora para mostrar?"* Apontar para compartilhar interesse aos 18 meses é um dos marcos sociais mais informativos que existem; sua ausência é um sinal de alerta para transtorno do espectro autista, junto com não responder ao nome, pouco contato visual e ausência de faz de conta.

A segunda é a pergunta de **regressão**:

> "Ele já fez alguma coisa que hoje não faz mais? Já falava palavras e parou? Já andava e desandou? Já era limpinho e voltou a fazer nas calças?"

Atraso é preocupante; **regressão é vermelho absoluto**. Perder habilidade adquirida não é variação da normalidade — pede investigação sempre, em qualquer idade. Junto dela, três sinais de alerta que independem de tabela: assimetria persistente de movimento (usar só uma mão antes de um ano), hipotonia ou rigidez, e perímetro cefálico cruzando curvas para cima ou para baixo.

Vacinas

> "A senhora trouxe a caderneta de vacinas? Está tudo em dia? Faltou alguma? Por quê?"

Sempre olhe o documento; "está em dia" tem baixa acurácia. Quando houver atraso, a pergunta seguinte é diagnóstica do problema: falta de acesso, falta de informação, doença intercorrente, ou recusa. Cada uma pede uma conversa diferente. Se houver recusa, ouça o motivo antes de responder — argumentar contra uma objeção que você não entendeu não convence ninguém.

Sono, hábito intestinal e treinamento esfincteriano

> "Que horas ele dorme, que horas acorda? Acorda quantas vezes à noite? Dorme onde? Ronca? Para de respirar e depois volta com um susto? Dorme de boca aberta?"

Ronco habitual com pausas aponta **apneia obstrutiva do sono**, quase sempre por hipertrofia de adenoides e amígdalas, e se manifesta de dia como irritabilidade, desatenção e queda no rendimento escolar — não como sonolência, como no adulto. Muita criança rotulada de "hiperativa" na escola está simplesmente sem dormir.

> "Ele faz cocô quantas vezes por semana? O cocô é duro? Dói? Sai sangue no papel? Ele faz força e prende, fica na ponta dos pés, se esconde para fazer?"

O comportamento retentivo (esconder-se, cruzar as pernas) é o sinal clássico de **constipação funcional**, e o escape de fezes líquidas na calça que a família chama de "diarreia" é, muitas vezes, escape por impactação. A pergunta que ninguém faz e que muda a conduta é: *"Com quanto tempo de vida ele eliminou o primeiro cocô, o mecônio?"* Mais de 48 horas levanta doença de Hirschsprung.

> "Ele já largou a fralda? Com que idade? Como foi? Faz xixi na cama à noite?"

O controle esfincteriano diurno costuma se estabelecer entre 2 e 4 anos; o noturno, mais tarde, e **enurese noturna até os 5 ou 6 anos é normal** — dizer isso à família resolve boa parte do sofrimento. O que preocupa é regressão após período seco, o que aponta estresse, infecção urinária, constipação ou diabetes.

Escola e comportamento

> "Ele vai à escola? Gosta? Como vai o rendimento? A professora já chamou para conversar? Tem amigos? Alguém mexe com ele, implica, exclui?"

A escola é o "exame funcional" da criança: é lá que atraso cognitivo, déficit sensorial, desatenção e sofrimento emocional aparecem primeiro. Um bilhete da professora vale uma escala inteira.

A queixa aguda em pediatria

Aqui o roteiro precisa ser rápido e organizado por sintoma, sempre com a idade na cabeça.

Febre.

> "Mediu com termômetro? Quanto deu, onde mediu? Há quantos dias? Quantos picos por dia? Cede com o remédio? Como ele fica quando a febre baixa — volta a brincar ou continua prostrado?"

A última pergunta é a mais útil de todas. **A criança que melhora e volta a brincar quando a febre cede** tem um perfil muito mais tranquilizador do que a que permanece prostrada afebril. Não existe valor de temperatura que, isolado, defina gravidade: 39,5 em criança que brinca preocupa menos que 38,2 em criança gemente. Duração importa: febre há mais de cinco dias abre diferencial próprio (doença de Kawasaki, infecção bacteriana oculta, doenças reumáticas).

O lactente menor de três meses com febre é categoria à parte. Temperatura axilar de 37,8 ou mais (ou 38 retal) em bebê com menos de 90 dias é, até prova em contrário, risco de infecção bacteriana grave, e a regra prática é que **esse bebê não recebe alta com "é virose"** — ele é avaliado formalmente. Abaixo de 28 dias, a conduta é ainda mais categórica. O motivo mecanístico é simples: o sistema imune do recém-nascido não consegue conter uma bacteriemia localmente, então não há sinal focal — não há pneumonia com estertor nem meningite com rigidez de nuca; há só "ele está diferente". Nessa faixa, **hipotermia é tão grave quanto febre**, e "não quer mamar" tem o peso que "dor torácica" tem no adulto.

Sinais de desidratação, perguntados aos pais. Não peça ao cuidador que avalie turgor. Peça contagem:

> "Quantas fraldas molhadas nas últimas 24 horas? Quando foi o último xixi? Ele está aceitando líquido? Chora com lágrima? A boca está seca? Está molinho, difícil de acordar?"

Redução do número de fraldas ou mais de 8 a 12 horas sem urinar, ausência de lágrima, boca seca e letargia formam o conjunto que importa. No lactente, "está mamando bem?" é simultaneamente pergunta de hidratação, de gravidade e de estado geral — a sucção é uma função complexa que desaba cedo em qualquer doença séria.

Sinais de desconforto respiratório, perguntados aos pais. Também aqui, traduza para o que se vê em casa:

> "Quando ele respira, a barriguinha afunda embaixo das costelas? O nariz abre e fecha? Está respirando muito rápido? Faz um barulhinho de gemido? Fica roxinho em volta da boca? Consegue mamar sem parar para respirar, ou solta o peito cansado? Consegue falar frase inteira?"

Parar de mamar para respirar é o equivalente lactente de dispneia aos mínimos esforços. Tiragem subcostal, batimento de asa de nariz, gemido e cianose perioral são achados que o cuidador consegue descrever se você perguntar com essas palavras.

Tosse. Pergunte início súbito (corpo estranho — "ele estava com alguma coisa na boca quando começou?"), duração, se acorda à noite, se vem com chiado, se piora com exercício, se há contato com tuberculose. Tosse iniciada subitamente numa criança de 1 a 3 anos, sem pródromo viral, é aspiração até prova em contrário.

Vômito. A cor decide muita coisa: *"Ele vomita o quê — leite, comida, líquido amarelado? Já veio esverdeado? Tem sangue?"* **Vômito bilioso no lactente é urgência cirúrgica** (volvo, obstrução). Vômito em jato, sem náusea, com irritabilidade e fontanela abaulada aponta hipertensão intracraniana. Vômito em bebê com 3 a 6 semanas, imediatamente após mamar, em jato, com fome logo depois, sugere estenose hipertrófica de piloro.

Diarreia. Número de evacuações, aspecto, sangue ou muco, febre associada, e o essencial: capacidade de ingestão e diurese. Sangue com muco e dor em cólica intensa intermitente em lactente, com episódios de palidez e prostração, levanta **invaginação intestinal**.

Choro. *"É diferente do choro normal dele? É agudo, estridente? Consola no colo? Quanto tempo dura? Alguma hora do dia?"* Choro inconsolável e agudo em lactente é sintoma, não temperamento — pense em invaginação, torção testicular, fratura, torniquete de cabelo em dedo, otite, hérnia encarcerada, e sim, cólica; mas cólica é diagnóstico de exclusão em bebê que ganha peso e fica bem entre as crises.

Recusa alimentar. Em lactente, é sinal maior de gravidade; em pré-escolar, geralmente é benigno, exceto quando vem com dor (estomatite, faringite) ou com perda de peso.

A pergunta que vale mais que qualquer escala

> "Tirando o que a senhora já me contou: ele está diferente do jeito dele? Em quê?"

Existem escalas de gravidade pediátrica, e elas ajudam. Mas nenhuma supera a comparação que só o cuidador pode fazer. "Ele não quis nem o brinquedo favorito", "ele passou o dia no meu colo, e ele nunca fica no colo", "ele dormiu a tarde inteira, e ele não dorme de tarde" — isso é descrição de **prostração**, o sinal mais importante da pediatria aguda, contado por quem tem a linha de base.

História familiar, consanguinidade e condições sociais

> "Na família, tem alguém com doença de criança, morte de bebê, criança com atraso, surdez, problema no coração? Algum aborto de repetição? O senhor e a senhora são parentes entre si — primos, por exemplo?"

Consanguinidade aumenta o risco de doenças autossômicas recessivas, e a pergunta precisa ser feita sem constrangimento, como parte do bloco familiar. Óbitos infantis inexplicados na família são um dado forte para erros inatos do metabolismo.

> "Quem mora na casa? Quem cuida dele durante o dia? Vai à creche? Alguém fuma dentro de casa? Tem água encanada, saneamento? Tem quarto, cama para ele? A comida em casa dá para o mês?"

Quem cuida importa clinicamente: creche prediz infecções de repetição; cuidador diferente do responsável legal muda a qualidade da história e, às vezes, sinaliza vulnerabilidade. Tabagismo domiciliar é fator causal direto de sibilância, otite e pneumonia. Insegurança alimentar é diagnóstico e pede encaminhamento.

Suspeita de maus-tratos ou negligência

Esta parte precisa ser feita com sobriedade: o objetivo é **proteger a criança**, não acusar o acompanhante. Nenhum dado isolado prova nada; o que levanta suspeita é a combinação de elementos.

Os sinais que devem acender o alerta:

- **Incompatibilidade entre a história e a lesão** — a explicação não dá conta do dano (uma fratura de fêmur atribuída a queda do sofá em bebê que ainda não engatinha), ou a mecânica

descrita é impossível para a idade e o desenvolvimento da criança. A pergunta que resolve isso é de desenvolvimento, não de violência: *"Ele já rola sozinho? Já anda?"* Uma lesão que pressupõe mobilidade que a criança não tem é incoerente por definição.

- **Atraso injustificado na procura por atendimento** — lesão importante ocorrida há dias, sem explicação plausível para a demora.
- **Mudança na versão** — a história muda entre contadores, ou muda com o tempo com o mesmo contador.
- **Lesões em locais improváveis** — em regiões protegidas, que não batem em queda acidental (orelhas, pescoço, região posterior do tronco, coxas internas, genitália), lesões em bebês que ainda não deambulam, lesões em vários estágios de evolução, ou marcas com padrão de objeto.
- Consultas repetidas por lesões, cuidado pré-natal ausente, calendário vacinal e consultas de puericultura abandonados, higiene e nutrição gravemente descuidadas, criança excessivamente vigilante ou indiferente ao cuidador.

Como conduzir: registre **as palavras exatas** de quem trouxe a criança, entre aspas, e a hora; não faça perguntas sugestivas à criança nem repita entrevistas (repetição contamina o relato e revitimiza); converse com cuidadores separadamente quando possível, sem tom acusatório; examine a criança inteira, com consentimento e respeito. A postura verbal é neutra e factual: *"Eu preciso entender direitinho como isso aconteceu, porque é o que vai me ajudar a cuidar dele."*

E a regra final, que não é opcional: **a suspeita — não a certeza — é o que dispara o dever de notificar**. No Brasil, casos suspeitos ou confirmados de violência contra criança e adolescente são de notificação compulsória ao Conselho Tutelar e ao sistema de vigilância, e a proteção imediata da criança (inclusive internação de proteção, quando necessário) precede qualquer investigação de autoria. Notificar não é acusar: é acionar quem tem o dever legal de investigar. Ao mesmo tempo, não transforme suspeita em julgamento precipitado: famílias pobres não são famílias violentas, lesões acidentais existem, e algumas condições médicas mimetizam maus-tratos. A combinação correta é **baixo limiar para suspeitar, alto rigor para descrever, zero improviso para acusar**.

17

Sinais de alarme

- Lactente com menos de 3 meses com febre (ou hipotermia) — avaliação formal, sempre.
- Prostração, irritabilidade inconsolável, gemência, ou "está diferente" dito pelo cuidador.
- Recusa alimentar no lactente; parar de mamar para respirar.
- Redução de diurese, ausência de lágrimas, boca seca, letargia.
- Tiragem, batimento de asa de nariz, gemido, cianose, taquipneia para a idade.
- Vômito bilioso, vômito em jato com abaulamento de fontanela, sangue nas fezes com dor em cólica intermitente.
- Petéquias ou manchas que não desaparecem à digitopressão, com febre.
- Convulsão, especialmente fora da faixa da crise febril típica ou focal ou prolongada.
- Regressão de marcos já adquiridos.
- Queda de percentil na curva de peso ou estatura.

- Febre por mais de 5 dias.
- Incompatibilidade entre história e lesão; atraso na procura; versões que mudam.

Armadilhas

Avaliar marco sem corrigir a idade do prematuro. Antes dos dois anos, use idade corrigida, ou você vai diagnosticar atraso onde há só calendário.

Confiar em "está em dia" sem ver a caderneta. Vacinas, curva e triagens neonatais são dados documentais, não anamnésticos.

Entrevistar a mãe e ignorar a criança que fala. Você perde história e perde aliança.

Aceitar o rótulo do cuidador. "Ele tem bronquite", "é do leite", "é dente" — dente não dá febre alta nem diarreia, e "é do dente" já atrasou muitos diagnósticos de infecção urinária.

Tratar febre como medida de gravidade. O que importa é o estado entre os picos.

Perguntar de forma indutiva. "Ele está bebendo bastante líquido, né?" praticamente garante um sim. Pergunte por números: quantas fraldas, quantos copos.

Esquecer que "diarreia" pode ser escape por constipação e que "não come nada" pode ser uma criança crescendo perfeitamente bem.

Deixar de perguntar quem cuida da criança durante o dia — e depois estranhar que a história tenha buracos.

Um exemplo de HDA escrita

Lactente de 5 meses, previamente hígido, trazido pela mãe por quadro iniciado há 3 dias com coriza e tosse, evoluindo há 1 dia com piora da tosse, febre aferida de 38,3 °C (dois picos/dia, cede com antitérmico, retornando ao estado ativo no intervalo) e, nas últimas 12 horas, aparecimento de chiado e esforço para respirar, com "afundamento abaixo das costelas" observado pela mãe. Refere que o bebê "solta o peito para respirar" e mamou cerca de metade do habitual no último dia, com redução das fraldas molhadas de 7-8 para 5 em 24 horas, última micção há 3 horas; mantém lágrimas ao chorar. Sem vômitos, sem cianose, sem apneia presenciada. Irmão de 4 anos com resfriado na creche. Nascido a termo, 3.250 g, parto vaginal, alta com a mãe, triagens neonatais normais, aleitamento materno exclusivo, vacinas em dia conforme caderneta. Mãe refere que ele "está mais molinho que o normal, mas ainda sorri para mim".

Para levar

- Em pediatria, nenhum dado significa nada sem a idade ao lado; antes dos dois anos, use idade corrigida no prematuro.
- Fale com a criança que fala: pergunte a ela primeiro, e depois peça ao cuidador que complete.
- Separe o que o cuidador **viu** do que o cuidador **concluiu**, e valorize muito o que ele viu — "nunca vi ele assim" é sinal de alarme, não ansiedade materna.
- Febre não mede gravidade; o estado da criança quando a febre cede, sim.
- Febre em lactente menor de três meses é categoria própria: não existe "é só uma virose" nessa faixa.
- "Está mamando bem?" e "quantas fraldas molhadas?" são as duas perguntas mais úteis da pediatria aguda.
- Peça sempre a caderneta: curva, vacinas e triagens neonatais são documentos, não memória.
- Atraso preocupa; **regressão investiga sempre**.
- Termine toda anamnese aguda com "o que mudou em relação ao habitual dele?" — nenhuma escala supera essa comparação.
- Na suspeita de maus-tratos: limiar baixo para suspeitar, registro literal e minucioso, proteção imediata da criança e notificação ao Conselho Tutelar — sem acusação precipitada.

17

Referências

Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 1953;32(4):260-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Burns DAR, Campos Júnior D, Silva LR, Borges WG, editors. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri: Manole; 2017.

Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2015;135(5):e1337-54.

Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. Pediatrics. 1992;89(1):91-7.

Kliegman RM, St Geme JW III, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, et al. Evaluation and management of well-appearing febrile infants 8 to 60 days old. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052228.

17

18

CAPÍTULO 18

Anamnese do adolescente

Este capítulo resolve o problema de entrevistar alguém que chega acompanhado, responde por monossílabos e tem, em geral, uma segunda história que não será contada na frente de quem o trouxe. O adolescente é o paciente em que a principal causa de morte e de sofrimento não é orgânica — é comportamental e social — e nada disso aparece se a consulta terminar em "está tudo bem?". A tese aqui é simples: **na adolescência, a técnica que produz diagnóstico é a construção de espaço privado e confidencial, e ela tem passos concretos que dá para aprender.**

Por que essa anamnese é diferente

A primeira diferença é de causa de adoecimento. Entre os 10 e os 24 anos, o corpo geralmente funciona bem — e o que mata e adoece são causas externas (acidentes de trânsito, violência, autoagressão), uso de substâncias, saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis e gestações não planejadas. Ou seja: **quase tudo que importa está em território que só se acessa por conversa, e por uma conversa que o paciente precisa querer ter.** Uma anamnese de adolescente que só cobre aparelhos e sistemas é tecnicamente correta e clinicamente vazia.

A segunda diferença é a presença do acompanhante. Até ali, na pediatria, o cuidador era o narrador principal. Aqui ele passa a ser, simultaneamente, uma fonte importante de informação e um **obstáculo estrutural à informação mais relevante**. Nenhum adolescente vai falar de sexo, álcool, brigas em casa ou vontade de sumir na frente da mãe. Não é rebeldia: é cálculo racional de risco. Se você não criar o momento a sós, você não está diante de um paciente reticente — você está diante de uma entrevista mal desenhada.

A terceira diferença é o desenvolvimento em curso. O adolescente está construindo autonomia e identidade num cérebro em que o sistema de busca de recompensa amadurece antes do sistema

18
18

de controle de impulso. A analogia clássica, e útil: é um carro com o motor já potente e o freio ainda em ajuste. Isso explica, sem moralizar, por que a mesma pessoa consegue explicar perfeitamente os riscos de dirigir embriagado e, no sábado, entrar no carro. Consequência prática: **informação sozinha não muda comportamento**, e a anamnese que só informa perde tempo. O que funciona é vínculo, exploração das razões do próprio adolescente e redução de dano negociada.

A quarta diferença é jurídica e ética: o adolescente tem direito à privacidade e ao sigilo, com limites definidos. Isso não é uma concessão generosa que você faz — é a condição técnica para obter uma história verdadeira, e é amparado pelos códigos de ética e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que reconhece a autonomia progressiva.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido

Autoagressão e risco de suicídio. Acidentes de trânsito e violência interpessoal (incluindo violência doméstica e sexual). Intoxicação aguda por álcool e outras substâncias. Complicações de transtorno alimentar (instabilidade cardiovascular, distúrbio eletrolítico). Gestação com complicação, incluindo aborto inseguro. Cetoacidose em diabético que abandonou a insulina — a não adesão na adolescência mata. Infecção grave em adolescente imunossuprimido que parou o tratamento.

As comuns

Acne, dismenorreia, cefaleia tensional, dor musculoesquelética por crescimento e esporte, infecções de via aérea, obesidade e dislipidemia, ansiedade, transtornos do sono por fase atrasada, dor abdominal funcional, fadiga. E as queixas-ingresso: "dor de cabeça", "cansaço", "dor na barriga" — que muitas vezes são bilhete de entrada para outra coisa.

As que só aparecem se você perguntar

Sofrimento psíquico e ideação suicida. Autoagressão. Bullying, presencial e virtual. Violência em casa. Uso de álcool, maconha, vapes, energéticos, anabolizantes. Atividade sexual sem proteção, sexo sob coerção ou em troca de algo. Identidade de gênero e orientação sexual não acolhidas em casa. Alimentação desordenada. Trabalho infantil ou jornada de trabalho que atropela a escola. Insônia crônica por uso noturno de telas. Abandono silencioso de tratamento crônico.

18

As perguntas, com o porquê de cada uma

As duas conversas e como pedir o momento a sós

O desenho da consulta é fixo e você o anuncia no começo, com naturalidade, como se fosse protocolo — porque é:

> "Vou fazer assim, que é como eu atendo todo mundo dessa idade: primeiro converso com vocês dois juntos, depois eu converso um tempinho só com você, e no fim, se você quiser, a gente chama sua mãe de volta para combinar o que for preciso."

Três detalhes fazem essa frase funcionar. Primeiro, **"como eu atendo todo mundo dessa idade"** retira qualquer sugestão de que há suspeita sobre aquela família. Segundo, você anuncia no início, não no meio — pedir no meio da consulta soa como se algo tivesse surgido. Terceiro, você devolve o controle ao adolescente no fim ("se você quiser").

Se o acompanhante resistir, não discuta na frente do adolescente. Explique em uma frase e siga: *"É parte do atendimento nessa idade. Faz parte de ensinar ele a cuidar da própria saúde, e vai ser importante daqui a alguns anos, quando ele vier sozinho."* Enquadrar como **treino de autonomia** funciona muito melhor do que enquadrar como direito do filho contra a mãe.

Use o momento a sós também para o exame físico e, quando a idade permitir, ofereça que ele venha sozinho na próxima. E faça o caminho inverso: peça também um momento a sós com o cuidador, se possível, para colher a preocupação dele. Isso equilibra e evita que ele sinta que foi excluído.

Confidencialidade: como explicar em uma frase

Assim que ficarem sozinhos, antes de qualquer pergunta:

> "O que a gente conversar aqui fica entre a gente. Eu não conto para os seus pais o que você me disser. A única exceção é se eu achar que a sua vida está em risco, ou a vida de outra pessoa — aí eu vou precisar envolver alguém para te proteger, mas mesmo nesse caso eu combino com você antes o que vai ser dito e como."

Essa frase precisa ser dita literalmente, cedo, e sem pressa. Ela faz três coisas: promete sigilo, delimita a exceção com honestidade e — o detalhe mais importante — promete que **a quebra de sigilo, se acontecer, será negociada e não secreta**. O que destrói vínculo não é a quebra; é a surpresa.

Na prática brasileira, o eixo é: adolescente tem direito ao sigilo; consultas, exames e prescrições, inclusive contraceptivos e testagem para infecções sexualmente transmissíveis, podem ocorrer sem a presença dos pais quando o adolescente tem capacidade de compreender sua condição e seu tratamento. Os limites do sigilo são **risco à própria vida ou à vida de terceiros** e situações em que a proteção exige acionar a rede — notadamente **violência e abuso sexual**, que envolvem notificação compulsória. Vale dizer essas duas categorias com clareza se surgir o

assunto, e não improvisar. Uma frase honesta: *"Nisso aqui eu vou precisar da ajuda de outras pessoas, porque é uma situação de proteção. Mas eu não vou fazer nada sem te explicar antes."*

E jamais prometa sigilo absoluto para conseguir uma resposta. Quem promete o que não pode cumprir perde o paciente na consulta seguinte.

O roteiro HEEADSSS, item a item

HEEADSSS é um roteiro psicossocial, e sua lógica é tão importante quanto seu conteúdo: **comece pelo território menos ameaçador e vá subindo**. Casa e escola são assuntos que qualquer adolescente conversa; sexualidade e humor não são. A sequência aquece a relação e, quando você chega nos itens duros, já existe conversa. Pular direto para "você já teve relação sexual?" nos primeiros dois minutos garante um "não" defensivo que você nunca mais consegue corrigir.

Duas técnicas atravessam todos os domínios. A primeira é **perguntar de forma aberta e com pressuposto neutro**: não "você não usa drogas, né?", mas "que substâncias você já experimentou?". A segunda é a **pergunta por terceiros** para temas muito sensíveis: "na sua turma, tem gente que bebe? e você, como é com isso?" — perguntar sobre o grupo antes do indivíduo reduz a sensação de julgamento.

H — Home (casa). > "Quem mora com você? Com quem você se dá melhor lá em casa? Tem alguém com quem você consegue conversar quando dá problema? Como é quando as pessoas brigam em casa? Já teve vez em que você teve medo de alguém lá dentro? Você tem um canto seu, dorme onde?"

Procura suporte, conflito, violência doméstica e instabilidade de moradia. A pergunta sobre medo é a que abre violência intrafamiliar.

E — Education/Employment (escola e trabalho). > "Você está estudando? Que série? Como vão as notas — mudaram no último ano? Já repetiu? Falta muito? Tem alguma matéria que você não consegue acompanhar? Você trabalha ou faz bico? Quantas horas? Isso atrapalha a escola?"

Queda de rendimento é um dos marcadores mais sensíveis e inespecíficos de que algo está errado: depressão, uso de substância, déficit de atenção não diagnosticado, bullying, sono ruim ou doença crônica descompensada — todos caem primeiro no boletim. Trabalho em jornada incompatível com a idade é achado de proteção.

E — Eating (alimentação). > "Como é a sua alimentação num dia comum? Você faz as refeições com alguém? Você está satisfeito com seu peso? Já tentou mudar seu peso — como? Tem comida suficiente em casa?"

Cobre nutrição, insegurança alimentar e abre, com delicadeza, a porta da imagem corporal.

A — Activities (atividades). > "O que você faz quando não está na escola? Pratica esporte? Quem são seus amigos? Vocês fazem o quê juntos? Quanto tempo por dia você fica no celular? Como é a sua relação com as redes?"

Atividades estruturadas e amizades estáveis são fatores de proteção mensuráveis. Isolamento recente — largou o time, sumiu do grupo — é sinal.

D — Drugs (substâncias). > "Na sua turma, tem gente que bebe ou usa alguma coisa? E você, já experimentou? Cigarro, vape, bebida, maconha, outra coisa? Com que idade começou? Quanto, com que frequência, em que situações? Alguém já te disse para diminuir? Você já se arrependeu de algo que fez bebendo? Você já dirigiu ou pegou carona com alguém que tinha bebido?"

A última pergunta é de prevenção de morte, e cabe uma negociação concreta ali mesmo: *"Combinado que se isso acontecer você me liga, liga para alguém, chama um carro? Não precisa dar explicação na hora."* Anabolizantes e estimulantes para estudo entram aqui e são frequentemente esquecidos.

S — Sexuality (sexualidade). Tratada abaixo, em detalhe.

S — Suicide/Depression (humor e risco). Tratada abaixo, em detalhe.

S — Safety (segurança). > "Você usa cinto? Capacete, se anda de moto ou bicicleta? Já se envolveu em briga? Alguém já te ameaçou, na escola ou na internet? Tem arma em casa? Você já se sentiu inseguro no caminho para a escola?"

Puberdade e imagem corporal

> "Você tem alguma dúvida sobre as mudanças do seu corpo? Tem algo que te incomoda? Você acha que está no mesmo ritmo dos seus amigos?"

Muita angústia de adolescente é simplesmente **assincronia puberal** — o menino que ainda não estirou, a menina que desenvolveu antes de todas — e pode ser resolvida com informação e com a observação de que o calendário varia normalmente em anos. Explicar o mecanismo ajuda: o estirão e as mudanças corporais seguem um relógio individual, e chegar depois não significa chegar menos longe.

Sobre imagem corporal e alimentação, a abordagem é sóbria e sem detalhamento de comportamento. O que se procura, com respeito:

> "Como você se sente em relação ao seu corpo? Você pensa muito em comida ou em peso durante o dia? Já fez alguma coisa para mudar seu peso que você preferiria não ter feito? Tem algum alimento que você evita completamente? Seu ciclo menstrual está regular?"

Os sinais que merecem atenção são a **preocupação que ocupa o dia**, a restrição crescente do repertório alimentar, o exercício que virou obrigação, a mudança rápida de peso em qualquer direção, e alterações menstruais. Amenorreia é um dado clínico objetivo e importante.

A postura aqui importa mais do que o conteúdo: nada de comentários sobre aparência, nada de elogiar ou lamentar peso, nada de pedir descrição detalhada de comportamentos. O que se faz é nomear com cuidado, acolher e encaminhar — *"o que você está me contando é uma forma de sofrimento que tem tratamento, e não é falta de força de vontade. Eu queria que a gente cuidasse disso junto, com ajuda de mais gente da equipe."* Transtornos alimentares têm mortalidade real e melhoram muito com tratamento precoce e multiprofissional; identificá-los cedo e encaminhar é a contribuição clínica que se espera de você.

Sexualidade, contracepção e prevenção

Abra com uma frase que desfaz o pressuposto:

> "Eu pergunto isso para todos os pacientes, porque faz parte da saúde. Você já teve algum tipo de relação sexual — com meninos, meninas, ou os dois?"

A formulação aberta é o núcleo da linguagem inclusiva: não pressuponha orientação nem identidade, pergunte pelos **comportamentos** (que é o que determina risco) e não por rótulos, e use as palavras e o nome que a pessoa usa para si. Se quiser perguntar sobre identidade, pergunte diretamente e sem rodeio: *"Como você se identifica em relação a gênero? Tem algum nome pelo qual você prefere ser chamado?"* — e depois use esse nome na consulta inteira e registre-o.

O roteiro, quando há atividade sexual:

> "Com que idade foi a primeira vez? Quantas parcerias no último ano? São homens, mulheres, ou ambos? Que tipo de relação — oral, vaginal, anal? Você usa camisinha — sempre, às vezes, nunca? O que atrapalha usar? Você usa algum outro método para evitar gravidez? Já fez teste para HIV, sífilis, hepatite? Já teve corrimento, ferida, verruga, ardência para urinar?"

Perguntar o tipo de prática não é curiosidade: determina o sítio de rastreio e a orientação. E a pergunta sobre o que **atrapalha** usar camisinha é mais produtiva do que recomendar de novo o que ele já sabe.

Três perguntas de proteção que não podem faltar:

> "A sua primeira vez foi com alguém da sua idade? Alguma vez você fez algo sexual sem querer, ou porque insistiram, ameaçaram ou te pressionaram? Alguma vez em troca de dinheiro, de um lugar para ficar, ou de alguma coisa?"

Diferença de idade importante, coerção e sexo transacional configuram violência ou exploração, com dever de proteção e notificação. Aqui, o sigilo cede à proteção, e você diz isso com clareza e cuidado.

Ofereça ativamente: preservativo, contracepção (incluindo métodos de longa duração, que são apropriados para adolescentes), contracepção de emergência, testagem, vacinação contra HPV e hepatite B, e profilaxias quando indicadas. Adolescente pode receber tudo isso com sigilo; a barreira costuma ser sua timidez, não a lei.

Sono, telas, bullying

> "Que horas você dorme e que horas acorda, em dia de aula e no fim de semana? Demora para pegar no sono? Fica no celular na cama? Acorda cansado? Dorme de tarde?"

Na adolescência há um **atraso fisiológico de fase**: a melatonina passa a ser liberada mais tarde, e o adolescente genuinamente não consegue dormir às 22h. Somado à escola de manhã cedo e à luz da tela, o resultado é privação crônica de sono, que se manifesta como irritabilidade, queda de rendimento e humor deprimido. Negocie horário de tela em vez de proibir.

> "Alguém implica com você, na escola ou pela internet? Já espalharam algo sobre você? Você já ficou com medo de ir para a escola? Alguém já compartilhou uma foto sua sem você querer?"

Bullying, inclusive virtual, é fator de risco relevante para depressão e autoagressão, e nunca é relatado espontaneamente.

Adesão ao tratamento crônico

O adolescente com diabetes, asma, epilepsia, HIV ou doença inflamatória intestinal é o paciente que mais perde controle da doença, e a razão é previsível: o tratamento é uma marca diária de diferença numa fase em que a tarefa psicológica central é pertencer. Some-se a transferência de responsabilidade dos pais para o próprio adolescente, feita muitas vezes de uma vez só, e o horário escolar que atropela as doses.

Pergunte sem armadilha moral:

> "Todo mundo esquece remédio. Numa semana comum, quantos dias você acaba não tomando? O que atrapalha mais — esquecer, o horário, tomar na frente dos outros, o efeito colateral, ou não achar que precisa? Quem cuida do remédio em casa, você ou sua mãe?"

Normalizar o esquecimento antes de perguntar aumenta muito a sinceridade da resposta. E identificar **qual** barreira predomina define a intervenção: esquema simplificado, dose fora do horário escolar, tratamento do efeito colateral, ou conversa sobre o sentido do tratamento.

18

Humor e risco de autoagressão

Este bloco é feito com calma, olhando para a pessoa, sem pressa e sem tom de checklist.

> "Como tem sido o seu humor nas últimas semanas? Você tem se sentido para baixo, sem energia, sem vontade das coisas que gostava? Como está seu sono, seu apetite, sua concentração? Tem algo te preocupando o tempo todo?"

E então, diretamente, sem eufemismo:

> "Às vezes, quando a pessoa está sofrendo muito, ela chega a pensar que não valeria a pena continuar viva. Isso já passou pela sua cabeça? E em se machucar de propósito?"

Perguntar sobre suicídio **não induz** suicídio; essa é uma das crenças mais persistentes e mais desmentidas da clínica. O que a pergunta faz é aliviar: dá permissão para falar de algo que a pessoa carrega sozinha.

Se a resposta for positiva, a avaliação continua no mesmo tom clínico e tranquilo: há quanto tempo esses pensamentos aparecem, com que frequência, quão intensos, se são passageiros ou persistentes; se existe intenção e planejamento; se houve tentativa anterior — o preditor isolado mais forte; se há acesso a meios letais em casa; se há uso de álcool ou outras substâncias associado; se há violência, bullying, luto ou perda recente; e, do outro lado da balança, o que segura — pessoas de referência, projetos, vínculos, religiosidade, um animal de estimação, o que for.

Este capítulo não descreve métodos, e você também não deve pedir descrição de método além do necessário para avaliar acesso a meios e proteger. O que se faz com um risco identificado tem uma sequência clara: **acolher** ("que bom que você me contou, isso é coisa séria e eu vou te ajudar"), **não deixar sozinho** enquanto avalia, **avaliar gravidade**, **restringir acesso a meios** com a família, **quebrar o sigilo de forma negociada** quando há risco à vida — dizendo ao adolescente o que será dito, a quem e por quê, e oferecendo que ele participe da conversa —, **encaminhar** com hora marcada e não com um papel na mão, e **garantir seguimento próximo**, com retorno agendado e um canal de contato. Marcar o retorno antes de ele sair da sala é parte do tratamento.

Se a resposta for negativa e o humor estiver alterado, o quadro ainda pode ser depressão ou ansiedade e merece encaminhamento e retorno.

O registro no prontuário

Aqui há um equilíbrio delicado: o prontuário é documento médico e precisa refletir o raciocínio, mas o adolescente pode ter acesso familiar a ele, e a confidencialidade prometida precisa se sustentar. As regras práticas:

- Registre o que é clinicamente necessário para a continuidade do cuidado, **de forma sóbria e sem detalhes desnecessários**. "Avaliação psicossocial realizada em consulta reservada; identificadas vulnerabilidades em [domínio]; conduta: …" pode bastar.
- Registre sempre que a consulta teve momento reservado e que a confidencialidade e seus limites foram explicados — isso protege você e documenta a técnica.
- Registre com rigor o que envolve risco e proteção: avaliação de risco de autoagressão, suspeita de violência, notificações feitas, orientações e encaminhamentos, com data e hora.
- Em situações que envolvam violência, registre as falas relevantes entre aspas e evite interpretações.
- Não escreva no prontuário informações sensíveis que não têm função clínica.
- Combine com o adolescente: *"Eu preciso registrar que a gente conversou e o que eu recomendei. Eu não vou escrever detalhes que você não quer que estejam aí. Se sua mãe pedir o prontuário, é isso que ela vai ver."*

Sinais de alarme

- Ideação suicida, plano, tentativa prévia, acesso a meios letais, autoagressão recente.
- Desesperança marcada, isolamento abrupto, despedidas, doação de pertences.
- Relato de violência física, sexual ou psicológica; coerção sexual; sexo transacional; parceria com diferença de idade significativa.
- Perda de peso rápida, amenorreia, restrição alimentar progressiva, sinais de instabilidade clínica em transtorno alimentar.
- Uso de substância com perda de controle, uso injetável, dirigir ou pegar carona sob efeito de álcool.
- Queda abrupta de rendimento escolar, evasão, faltas repetidas.
- Abandono de tratamento em doença crônica grave.
- Gravidez não planejada, sintomas de infecção sexualmente transmissível, exposição de risco recente.
- Adolescente que não quer voltar para casa, ou que teme alguém que mora com ele.

Armadilhas

Não pedir o momento a sós — a armadilha número um. Sem ele, você fez uma consulta pediátrica em corpo grande.

Pedir o momento a sós no meio da consulta, o que soa como suspeita. Anuncie no começo, como rotina.

Prometer sigilo absoluto. Você vai precisar quebrar em algum caso, e a promessa vazia custa o vínculo.

Quebrar o sigilo sem avisar. O erro não é envolver a família quando há risco; é fazer isso pelas costas.

Pressupor heterossexualidade e cisgeneridade nas perguntas. "Você tem namorada?" fecha uma porta que "você tem se relacionado com alguém?" mantém aberta.

Perguntar com rótulo em vez de comportamento. Risco é definido por prática, não por identidade.

Fazer o HEEADSSS na ordem errada, começando por sexo ou drogas, e colher negativas defensivas.

Perguntar em tom de interrogatório, lendo uma lista. Olhe para a pessoa; transforme os domínios em conversa.

Moralizar ou reagir com espanto. Uma sobrancelha levantada encerra a entrevista.

Evitar a pergunta sobre suicídio por medo de induzir. Não induz — e não perguntar é que deixa passar.

18

Aceitar "está tudo bem" como resposta final. Repita a pergunta de outro jeito, mais adiante na conversa.

Encaminhar sem marcar retorno. Encaminhamento sem data é encaminhamento que não acontece.

Um exemplo de HDA escrita

Adolescente de 15 anos, trazida pela mãe por cefaleia recorrente há cerca de 4 meses, frontal, em pressão, de intensidade leve a moderada, quase diária, predominando no fim da tarde, sem náuseas, fotofobia ou déficit neurológico, com alívio parcial e transitório com analgésico comum. Em consulta reservada, após explicitação de confidencialidade e seus limites, relata piora do humor no mesmo período, com desânimo, perda de interesse por atividades que antes gostava (abandonou o time de vôlei há 2 meses), irritabilidade, insônia inicial com uso de celular até cerca de 2 h da manhã e queda importante do rendimento escolar, com aumento de faltas. Refere conflito frequente em casa após separação dos pais e episódios de exclusão e mensagens ofensivas por colegas em grupo virtual. Nega uso de álcool ou outras substâncias e nega atividade sexual. Questionada diretamente, nega ideação suicida atual, nega tentativas prévias e nega autoagressão; identifica como suporte a avó e uma amiga próxima. Nega perda de peso, alteração alimentar relevante ou irregularidade menstrual. Combinado com a adolescente o compartilhamento com a mãe da necessidade de acompanhamento em saúde mental, sem detalhamento do conteúdo da consulta.

Para levar

- Na adolescência, o que mata e adoece está quase todo em território psicossocial — e só se acessa com privacidade.
- Anuncie no início que haverá um momento a sós, diga que é como você atende todo mundo dessa idade e enquadre isso como treino de autonomia — é o argumento que convence o acompanhante.
- Explique a confidencialidade em uma frase, com o limite explícito: risco à própria vida ou à de terceiros.
- Nunca prometa sigilo absoluto, e nunca quebre o sigilo sem combinar antes o que será dito e a quem.
- No HEEADSSS, comece pelo menos sensível: casa e escola aquecem a conversa que drogas e sexo exigem.
- Pergunte por comportamento, não por rótulo, e não pressuponha orientação nem identidade.
- Normalize antes de perguntar ("todo mundo esquece remédio") — sinceridade é técnica, não sorte.
- Perguntar sobre suicídio não induz suicídio; não perguntar é que deixa passar.

- Diante de risco: acolher, não deixar sozinho, avaliar, restringir meios, envolver a família de forma negociada, encaminhar com data e garantir retorno.
- Registre que houve consulta reservada e que o sigilo foi explicado; registre o necessário para o cuidado e a proteção, sem detalhes que não têm função clínica.

18

Referências

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República; 1990.

Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: CFM; 2019.

Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: an essential update. Contemp Pediatr. 2004;21(1):64-90.

Kliegman RM, St Geme JW III, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156(6):607-14.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.

Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467-8.

Tanner JM. Growth at Adolescence. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962.

18

19

CAPÍTULO 19

Anamnese do idoso

Este capítulo resolve o problema de entrevistar alguém que tem oito diagnósticos, doze medicamentos, e cuja pneumonia se apresenta como uma queda. Na geriatria, o modelo "um sintoma, uma doença, um órgão" quebra, e o estudante que insiste nele sai da consulta com uma lista de queixas sem hipótese. A tese aqui é que a anamnese do idoso troca o eixo do **órgão** para o eixo da **função**, e que a pergunta mais diagnóstica que existe nessa faixa etária é "o que mudou?".

Por que essa anamnese é diferente

A primeira razão é a **multimorbidade**. O paciente idoso típico não tem uma doença: tem hipertensão, diabetes, artrose, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, depressão e catarata, simultaneamente, cada uma com seu tratamento. A consequência lógica é que o princípio da parcimônia — procurar um diagnóstico único que explique tudo, a chamada navalha de Occam — simplesmente deixa de valer. Em geriatria vale o oposto, que alguns chamam de dito de Hickam: o paciente pode ter tantas doenças quantas queira. Quem procura a explicação única erra por construção.

A segunda razão é a **apresentação atípica**, e ela tem mecanismo. Com o envelhecimento, a reserva funcional de cada sistema diminui, e a resposta inflamatória e autonômica fica mais lenta e menos vigorosa. Resultado: a infecção que no jovem produz febre alta, taquicardia e um foco evidente, no idoso produz apenas confusão e uma queda, muitas vezes sem febre nenhuma. O infarto se apresenta como dispneia súbita ou fraqueza; o hipertireoidismo, como apatia e fibrilação atrial; o abdome agudo dói pouco. A analogia que ajuda: **o organismo idoso é uma casa com a fiação no limite**. Quando um aparelho novo é ligado em qualquer cômodo, o disjuntor que cai é sempre o mesmo — o mais fraco. Por isso tantas doenças diferentes se

apresentam pela mesma porta: confusão, queda, imobilidade, incontinência. **O sintoma aponta para o elo mais frágil, não para o órgão doente.**

A terceira razão é o **viés do envelhecimento**. "É da idade" já explicou depressão tratável, hipotireoidismo, anemia, estenose aórtica, hipoacusia corrigível e delirium. Envelhecer não causa dor, nem confusão, nem queda, nem perda de peso, nem tristeza persistente. Envelhecer reduz reserva; o resto é doença. A regra prática: **nada é da idade até que tudo o mais tenha sido considerado — e mesmo então, desconfie.**

A quarta razão é que o desfecho que importa muda. Em um paciente de 85 anos com fragilidade, o alvo do cuidado raramente é maximizar sobrevida; costuma ser preservar função, autonomia, cognição e conforto. Isso reorganiza a anamnese inteira: você não está só coletando sintomas, está mapeando **o que a pessoa ainda consegue fazer e o que ela quer poder continuar fazendo**.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam rápido, e frequentemente sem fazer barulho

Delirium (que é urgência, não "confusão de velhinho") e sua causa subjacente: infecção, desidratação, retenção urinária, fecaloma, droga nova, abstinência, distúrbio metabólico. Sepse sem febre. Síndrome coronariana aguda sem dor. Embolia pulmonar apresentada como síncope ou taquipneia. Acidente vascular cerebral. Hemorragia digestiva silenciosa em uso de anticoagulante ou anti-inflamatório. Hematoma subdural crônico após queda esquecida. Abdome agudo com exame pobre. Hipoglicemia por sulfonilureia ou insulina. Desidratação, porque a sede diminui com a idade e o idoso não pede água. Fratura de fêmur, que tem mortalidade comparável à de vários cânceres. Violência contra a pessoa idosa.

As comuns

Hipertensão, diabetes, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrose, osteoporose, doença renal crônica, constipação, insônia, catarata e presbiacusia, depressão, declínio cognitivo, incontinência urinária, quedas recorrentes, sarcopenia, polifarmácia e seus efeitos.

As que só aparecem se você perguntar

Praticamente todas as síndromes geriátricas. Quedas — o idoso não conta se você não perguntar, por vergonha ou por medo de perder autonomia. Incontinência — considerada vergonhosa e "normal". Declínio funcional. Perda cognitiva inicial. Depressão mascarada de queixa somática. Perda de peso. Dor crônica subtratada. Solidão. Insegurança alimentar. Dificuldade de pagar os medicamentos, com doses puladas por economia. Automedicação e fitoterápicos. Maus-tratos e

negligência. Sobrecarga do cuidador. E, muito frequentemente, **o desejo do paciente sobre o próprio cuidado**, que ninguém perguntou.

As perguntas, com o porquê de cada uma

Preparar a sala: tempo, audição, visão e ritmo

Metade da má anamnese geriátrica é problema de acústica, não de cognição. Antes de concluir que o paciente está confuso, garanta que ele está te ouvindo.

O que fazer, concretamente: **sente-se de frente**, na mesma altura dos olhos, com a luz no seu rosto e não atrás de você — muitos idosos fazem leitura labial parcial sem saber. **Fale devagar, em frases curtas, com voz mais grave e projetada, mas não grite**: gritar distorce as consoantes e piora a compreensão, além de humilhar. Elimine ruído de fundo. E pergunte antes de começar:

> "O senhor usa aparelho auditivo? Está com ele aí, está funcionando, tem pilha? Qual é o seu lado melhor de ouvir? Usa óculos, trouxe?"

Se não houver aparelho e a audição for ruim, use um estetoscópio invertido (as olivas no paciente, e você falando no diafragma) — improvisado, mas funciona muito bem.

Sobre ritmo: o processamento é mais lento, não pior. Faça **uma pergunta por vez**, espere a resposta inteira sem completar frases, e evite perguntas com duas partes ("o senhor tem dor e falta de ar?"), que geram respostas incompletas. Aceite que essa consulta é longa; se não couber, priorize e marque o retorno.

A história colateral

Em geriatria, ouvir alguém que convive com o paciente **não é opcional** — é parte do exame. O paciente com declínio cognitivo inicial não tem como relatar o próprio declínio (essa é a definição do problema), e o paciente com delirium relata mal por definição. Ainda assim, ela precisa ser obtida sem desautorizar o paciente na frente dele.

O jeito de fazer: entreviste primeiro o paciente, sozinho quando possível, dando a ele o lugar de narrador principal. Depois peça permissão explicitamente:

> "Seu João, eu gostaria de conversar um pouco com a sua filha também, para completar algumas coisas — é o que eu faço com todo mundo, porque quem convive sempre lembra de detalhes que a gente esquece. O senhor autoriza? Prefere ficar junto ou que eu converse com ela um instante?"

Duas coisas nessa frase: **pedir autorização** preserva a autonomia, e **atribuir a necessidade ao método** retira o subtexto de "o senhor não é confiável". Se precisar da versão do informante sem o paciente presente, o pretexto natural é o exame físico.

19

As perguntas ao informante são de trajetória:

> "Comparado com um ano atrás, ele está igual, melhor ou pior? Em quê? Quando você percebeu a primeira mudança? Isso veio devagar ao longo de meses ou apareceu de repente nos últimos dias? Ele deixou de fazer alguma coisa que fazia sozinho?"

A resposta "de repente, nos últimos dias" muda o diagnóstico inteiro: é delirium até prova em contrário.

Funcionalidade como sinal vital

Esta é a inversão central do capítulo. Em geriatria, o estado funcional tem valor prognóstico maior do que a lista de diagnósticos, e uma queda funcional recente é um sinal tão agudo quanto uma taquicardia. Meça funcionalidade em toda consulta, como se mede pressão.

A avaliação tem dois níveis. As **atividades básicas de vida diária** (a lógica de Katz) são as funções de autocuidado que se perdem por último e cuja perda define dependência grave: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, continência e alimentar-se. As **atividades instrumentais** (a lógica de Lawton) são as tarefas complexas, que exigem cognição e planejamento e por isso se perdem **primeiro** — são o detector precoce: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar roupa, usar transporte, administrar a própria medicação e o próprio dinheiro.

A ordem de perda é informativa: o idoso que já não administra dinheiro nem medicações, mas ainda se banha e se veste sozinho, tem um padrão que aponta para comprometimento cognitivo, não para limitação física. O inverso — não toma banho por dor e falta de ar, mas continua gerindo a casa e o orçamento — aponta para doença física com cognição preservada. É como um prédio em que as luzes se apagam de cima para baixo: o andar que apaga primeiro diz de onde veio a falha.

Pergunte em linguagem concreta, sempre com a distinção entre *consegue sozinho*, *consegue com ajuda* e *não consegue*:

> "O senhor toma banho sozinho ou alguém ajuda? Se veste sozinho, inclusive abotoar e calçar? Vai ao banheiro a tempo? Levanta da cama e da cadeira sem apoio de outra pessoa? Come sozinho? Quem cuida dos seus remédios — o senhor mesmo separa e toma? Quem mexe no dinheiro e paga as contas? O senhor faz compras, cozinha, usa o telefone, pega ônibus? Quem limpa a casa e lava a roupa?"

E, valendo por todas elas, a pergunta-chave:

> "O que o senhor deixou de fazer no último ano que fazia antes?"

Essa pergunta captura declínio em uma frase, com a linha de base do próprio paciente. As respostas — "parei de ir à igreja porque tenho medo de cair", "deixei de cozinhar porque esqueço a panela no fogo", "não pego mais ônibus sozinho" — são, cada uma, um diagnóstico apontado com o dedo. Faça a mesma pergunta ao informante e compare as versões; a discrepância é dado.

Polifarmácia e revisão de medicamentos

Faça isso com **o saco de remédios em cima da mesa**. Peça na marcação da consulta: "traga todas as caixas, inclusive as que compra sem receita, os chás e as vitaminas". O relato de memória tem acurácia baixa, e a discordância entre o que está prescrito e o que o paciente toma é a regra, não a exceção.

> "Vamos abrir cada caixa. Este aqui, o senhor toma para quê? Quantas vezes por dia, que horas? Quem mandou tomar? Desde quando? Já parou alguma vez? Tem algum que o senhor não está tomando, e por quê?"

O "por quê" costuma revelar as três causas reais de má adesão no idoso: **custo** ("acabou e eu deixei para o mês que vem"), **efeito adverso** ("me dá tontura") e **esquecimento ou complexidade** (quatro horários diferentes). Cada uma tem solução distinta.

Complete com:

> "O senhor toma alguma coisa por conta própria, de farmácia, sem receita? Anti-inflamatório para dor, remédio para dormir? Algum chá, fitoterápico, suplemento, vitamina? Alguém da família te deu algum remédio? Usa alguma pomada, colírio, adesivo?"

Colírios e adesivos são sistematicamente esquecidos e têm efeito sistêmico. Anti-inflamatórios de venda livre são uma das maiores causas de lesão renal, hemorragia digestiva e descompensação de insuficiência cardíaca nessa faixa.

Sobre **medicamentos potencialmente inapropriados**, você não precisa decorar listas; precisa reconhecer as classes que quase sempre merecem revisão pela desproporção entre risco e benefício no idoso: benzodiazepínicos e hipnóticos (quedas, fratura, confusão), anticolinérgicos em geral — tricíclicos, anti-histamínicos de primeira geração, antiespasmódicos, alguns fármacos urológicos — (confusão, retenção urinária, constipação, boca seca, visão borrada), antipsicóticos para agitação em demência (mortalidade aumentada), anti-inflamatórios não esteroides, relaxantes musculares, sulfonilureias de ação longa (hipoglicemia prolongada) e inibidores de bomba de prótons mantidos indefinidamente sem indicação. A pergunta útil diante de cada caixa é dupla: **"ainda existe indicação?"** e **"o benefício esperado chega antes da expectativa de vida e das prioridades desta pessoa?"**

19

E então a **cascata iatrogênica**, que é o conceito mais valioso deste bloco. Ela acontece quando o efeito adverso de um medicamento é interpretado como uma nova doença e tratado com outro medicamento, que produz um novo efeito adverso, e assim por diante. É um efeito dominó em que cada peça parece uma decisão clínica razoável isolada.

Um exemplo concreto: o paciente recebe um bloqueador de canal de cálcio para hipertensão e desenvolve edema de tornozelo. O edema é lido como retenção de líquido e recebe um diurético. O diurético produz urgência urinária e noctúria, lidas como bexiga hiperativa, que recebem um anticolinérgico urológico. O anticolinérgico produz boca seca, constipação, retenção urinária e confusão leve; a confusão é lida como demência inicial. O paciente que chegou com pressão alta

agora toma cinco medicamentos, está confuso e caiu no banheiro à noite indo urinar. Nenhuma das prescrições foi absurda isoladamente; o conjunto foi desastroso.

A pergunta que interrompe a cascata é sempre a mesma, e é a mais importante da geriatria farmacológica:

> "Esse sintoma começou depois de qual remédio? Quando exatamente ele começou, e o que tinha mudado na sua medicação nas semanas antes disso?"

Regra de bolso: **em idoso, todo sintoma novo é efeito adverso de medicamento até prova em contrário.**

As grandes síndromes geriátricas

São os "disjuntores" da casa, e nenhuma delas chega como queixa espontânea. Pergunte ativamente por todas.

Quedas. O idoso esconde queda por medo de perder independência, então pergunte com naturalidade e insista:

> "O senhor caiu alguma vez no último ano? Quantas vezes? Como foi — tropeçou, escorregou, sentiu tontura, escureceu a vista, desmaiou? Foi de dia ou de noite, indo aonde? Conseguiu levantar sozinho ou ficou caído? Quanto tempo? Se machucou, quebrou alguma coisa? E hoje, o senhor tem medo de cair? Deixou de fazer alguma coisa por causa desse medo?"

Cada parte tem valor. **Número**: duas ou mais quedas em um ano é risco alto. **Circunstância** separa causas — queda ao levantar rápido sugere hipotensão ortostática (pergunte então pelos anti-hipertensivos, diuréticos e alfabloqueadores); com perda de consciência, vira investigação de síncope; noturna indo ao banheiro combina noctúria, iluminação ruim, sedativo e tapete; tropeço em obstáculo sugere problema de marcha ou visão. **Ficar caído sem conseguir levantar** prediz institucionalização e morte, independentemente da lesão. **Medo de cair** é diagnóstico em si: gera restrição de atividade, perda muscular, mais fraqueza e mais quedas — um ciclo que se retroalimenta. E **consequência** define urgência: fratura, trauma craniano, sobretudo em anticoagulado.

Incontinência. Nunca é relatada; é considerada vergonhosa e natural. Pergunte de forma normalizada:

> "Muita gente da sua idade tem escape de urina e não conta nem para a família. Com o senhor acontece? Escapa quando tosse ou ri, ou é uma vontade tão forte que não dá tempo de chegar? Usa alguma proteção, forro, fralda? Isso te impede de sair de casa? Escapa fezes também?"

A distinção entre escape ao esforço e urgência já orienta a conduta, e incontinência de início recente pede procura ativa por causas reversíveis: infecção urinária, fecaloma, delirium, diurético, restrição de mobilidade, hiperglicemia.

Imobilidade. > "Quanto tempo por dia o senhor fica fora da cama? Sai de casa quantas vezes por semana? Anda sozinho, com bengala, com andador, ou precisa de alguém? Quanto o senhor consegue andar sem parar?"

A imobilidade é causa e consequência de tudo o mais: leva a sarcopenia, úlcera por pressão, trombose, constipação, pneumonia e delirium.

Iatrogenia. Já coberta acima; é a síndrome mais evitável das cinco.

Insuficiência cognitiva e delirium. Tratadas a seguir. Vale acrescentar que muitos autores somam uma sexta: **instabilidade postural**, e uma sétima: **insuficiência familiar/social**, que é a falência do suporte em volta.

	Delirium	Demência	Depressão
Início	Agudo, em horas a dias; dá para datar	Insidioso, meses a anos	Semanas a meses; às vezes datável por perda
Curso em 24 h	Flutuante, piora à noite	Estável ao longo do dia	Pior pela manhã, com variação menor
Atenção	Prejudicada — é o achado central	Preservada no início	Reduzida por desinteresse, mas dirigível
Consciência/alerta	Alterado (hipo ou hiperalerta)	Normal até fases avançadas	Normal
Memória	Falha por desatenção	Falha de fixação, progressiva	Queixa de memória maior que o déficit real
Resposta típica à pergunta difícil	Respostas incoerentes, desorganizadas	Confabula, minimiza, desconversa	"Não sei", dado rápido, sem esforço
Consciência do déficit	Variável	Costuma minimizar; a família se queixa	O próprio paciente se queixa muito
Pensamento e fala	Desorganizados	Empobrecidos, mas organizados	Lentificados, com conteúdo triste
Percepção	Alucinações e ilusões comuns	Possíveis em fases tardias ou em corpos de Lewy	Raras
Sono	Ciclo invertido, agitação noturna	Alterado tardiamente	Insônia terminal, despertar precoce
Reversibilidade	Sim, se a causa for tratada	Não (progressiva)	Sim, com tratamento
Conduta imediata	Urgência: procurar a causa	Investigação programada	Tratar e reavaliar cognição depois

Duas advertências honestas sobre essa tabela. Primeiro, **as três coexistem com frequência**: a demência é o maior fator de risco para delirium, e a depressão acompanha ambas. Encontrar uma não dispensa procurar as outras. Segundo, o **delirium hipoativo** — o paciente quieto, sonolento, que não incomoda ninguém — é mais comum que o hiperativo e é o que mais passa despercebido, com pior prognóstico. Um idoso internado "muito quietinho hoje" merece avaliação, não alívio.

A pergunta que faz o diagnóstico de delirium é do informante, e vem da lógica do CAM: **início agudo com curso flutuante**, mais **desatenção**, mais **pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência**. Traduzida:

> "Isso começou quando, exatamente? Ele estava assim semana passada? Durante o dia ele oscila — tem hora que está melhor e hora que está pior? Ele consegue prestar atenção numa conversa ou se perde no meio? Ele fala coisa sem nexo? Está mais sonolento que o normal? Está trocando o dia pela noite? Está vendo coisas?"

E, achado delirium, a pergunta seguinte é pela causa: remédio novo ou retirado, infecção (urinária, respiratória), retenção urinária, fecaloma, dor não tratada, desidratação, distúrbio metabólico, abstinência de álcool ou de benzodiazepínico, internação e privação de sono, queda com trauma craniano.

Rastreio cognitivo pela história

Antes de qualquer teste, a história já responde muito — e responde melhor, porque teste breve sofre com escolaridade, audição e ansiedade. Pergunte ao paciente e, separadamente, ao informante:

> "O senhor tem esquecido as coisas? Isso atrapalha o seu dia a dia?"

Guarde esta assimetria: o paciente que **vem espontaneamente se queixar muito de memória** e narra bem o problema costuma ter depressão ou ansiedade; o paciente que **minimiza enquanto a filha se aflige** é o perfil da demência. A crítica preservada é, ela mesma, um dado.

Ao informante, pergunte por função, não por memória:

> "Ele repete a mesma pergunta várias vezes no mesmo dia? Esquece conversas recentes, mas lembra bem de coisas antigas? Já se perdeu em lugar conhecido? Continua administrando o dinheiro e as contas certinho? Consegue tomar os remédios sozinho, sem trocar? Deixou de fazer algo que fazia bem — cozinhar, dirigir, usar o banco? Mudou de personalidade, ficou desconfiado, apático, agressivo? Já caiu em algum golpe, já fez compra estranha?"

A perda funcional é o que separa declínio cognitivo leve de demência. Esquecer nomes sem perder autonomia é uma coisa; deixar de administrar a própria medicação por esquecimento é outra. Investigue também início e velocidade (súbito e em degraus sugere componente vascular), sintomas associados (alucinações visuais precoces com parkinsonismo; desinibição e mudança de conduta precoces), e causas potencialmente reversíveis: hipotireoidismo, deficiência

de vitamina B12, depressão, álcool, anticolinérgicos e sedativos, hidrocefalia de pressão normal (marcha alterada, incontinência e declínio cognitivo) e hipoacusia não corrigida, que simula e agrava declínio.

Humor no idoso

A depressão no idoso frequentemente **não se apresenta como tristeza**. Ela se apresenta pelo corpo: dor difusa que não responde a analgésico, fadiga, insônia, perda de apetite e de peso, queixas digestivas, tontura — e por queixa de memória. É por isso que o idoso "poliqueixoso" merece rastreio de humor em vez de irritação.

As duas perguntas que funcionam como triagem:

> "No último mês, o senhor tem se sentido para baixo, desanimado ou sem esperança? No último mês, o senhor perdeu o interesse ou o prazer nas coisas que costumava gostar?"

E, na sequência: *"O senhor ainda sente prazer em alguma coisa? Como está seu sono, seu apetite? O senhor acha que está sendo um peso para a família? Já sentiu que não valeria a pena continuar vivendo?"*

A última precisa ser feita. Homens idosos estão entre os grupos de maior risco de suicídio, e a ideação raramente é dita sem que se pergunte. Havendo resposta positiva, a conduta é a mesma lógica clínica de acolher, avaliar risco, reduzir acesso a meios, envolver a rede de suporte e encaminhar com seguimento próximo — sem tratar isso como resignação natural da velhice, porque não é.

Investigue também **luto** (perda de cônjuge é evento de altíssimo impacto), **solidão** ("quantos dias na semana o senhor passa sem falar com ninguém?") e **perda de papéis** (aposentadoria, parar de dirigir, sair da própria casa).

Sono

> "Que horas o senhor deita e que horas levanta? Demora a pegar no sono? Acorda no meio da noite, por quê — dor, vontade de urinar, falta de ar? Acorda cedo demais e não volta a dormir? Cochila de dia, quanto? Toma alguma coisa para dormir, há quanto tempo?"

Boa parte da "insônia do idoso" é **higiene de sono e horário**: o idoso deita às 20h, cochila à tarde e se queixa de acordar às 4h — o que é aritmética, não doença. O resto é dor, noctúria, ortopneia, apneia obstrutiva, síndrome das pernas inquietas, depressão ou o próprio hipnótico em uso crônico, que fragmenta o sono e aumenta queda.

Nutrição, perda de peso e sarcopenia

> "O senhor perdeu peso no último ano? Quanto? A roupa está mais folgada, o cinto foi para outro furo, a dentadura ficou solta? O senhor come quantas refeições por dia? Come sozinho ou acompanhado? Quem faz a comida? Tem dinheiro para a comida do

> mês? Tem dificuldade para mastigar ou engolir? Engasga com líquido? Sente gosto na comida?"

Perda de peso não intencional em idoso — em ordem prática de prevalência — costuma vir de câncer, depressão, demência, disfagia, problema dentário, medicamento que tira apetite, doença crônica avançada, isolamento e falta de dinheiro ou de quem cozinhe. **A dentadura solta é um achado diagnóstico**, não um detalhe: significa que houve perda de massa facial e prejudica ainda mais a alimentação. Engasgo com líquidos aponta disfagia orofaríngea e risco de pneumonia aspirativa.

Sarcopenia — perda de massa e força muscular — é perguntada pela função:

> "O senhor consegue levantar da cadeira sem usar os braços? Consegue abrir um pote de vidro? Está mais devagar para andar do que era? Atravessa a rua no tempo do sinal?"

Dor crônica

A dor no idoso é sistematicamente subtratada, e o motivo é uma combinação de causas: o paciente não relata porque acha que "dor é da idade" ou teme ser visto como queixoso; o médico teme efeito adverso; e o paciente com demência não consegue verbalizar.

> "O senhor sente dor? Onde? Todo dia? De zero a dez, hoje? O que essa dor te impede de fazer? O senhor deixou de fazer algo por causa dela? O que o senhor toma para ela, funciona? Consegue dormir com essa dor?"

Note que a pergunta útil não é a intensidade, é **o quanto a dor consome de função**. Em paciente com demência, a dor se apresenta como agitação, recusa alimentar, insônia, gemido ao ser mobilizado ou piora comportamental — e o teste clínico é a resposta a analgesia. Agitação nova em demência é dor até prova em contrário.

Visão, audição e saúde bucal

> "O senhor enxerga bem para ler, para a televisão, para andar na rua? Usa óculos, é receita atual? Quando foi a última consulta com oftalmologista? Tem glaucoma, catarata, diabetes nos olhos? O senhor pede para repetirem as coisas, aumenta muito o volume da televisão, tem dificuldade em lugar com barulho? Deixou de ir a lugares porque não escuta a conversa?"

Esses dois déficits são poderosos por dois motivos. Primeiro, causam isolamento, depressão e quedas, e agravam declínio cognitivo. Segundo, são frequentemente **corrigíveis** — a catarata operada e o aparelho auditivo ajustado devolvem mais função do que quase qualquer prescrição.

> "O senhor tem dentes próprios, prótese? A prótese serve bem, machuca? Consegue mastigar carne, maçã? Tem feridas na boca, boca seca?"

Boca seca é quase sempre medicamentosa e prejudica mastigação, deglutição e paladar.

Vacinas

> "O senhor tomou a vacina da gripe este ano? Tomou as de pneumonia? Está em dia com a de covid, com o reforço de tétano/difteria? Tomou a de herpes-zóster? E a do vírus sincicial respiratório, se foi indicada pra sua idade?"

O idoso é o grupo que mais se beneficia e o que mais tem lacunas. Peça a caderneta; memória é ruim para isso.

Violência contra a pessoa idosa e negligência

Aborde com sobriedade, **em privacidade** — sem o acompanhante na sala, sempre —, e sem tom acusatório. A violência contra a pessoa idosa é subnotificada, e ocorre em formas variadas: física, psicológica, sexual, financeira (a mais comum e a mais invisível), negligência e abandono.

As perguntas, feitas com naturalidade dentro do bloco social:

> "O senhor se sente seguro em casa? Tem alguém que grita com o senhor, te ameaça, te humilha? Alguém já te machucou? O senhor tem ficado sozinho mais tempo do que gostaria ou consegue dar conta? Alguém te ajuda quando precisa ir ao banheiro, tomar banho, comer? O senhor recebe sua aposentadoria e decide o que fazer com ela? Alguém pega o seu dinheiro ou seu cartão sem sua autorização? Alguém já te fez assinar algo que o senhor não entendeu? Tem faltado remédio ou comida?"

Os indícios que devem levantar suspeita: lesões inexplicadas ou em estágios diferentes de evolução, desnutrição e desidratação sem causa médica, higiene muito descuidada, úlceras por pressão em paciente com cuidador, atraso repetido na procura por atendimento e faltas a consultas, medicação acabando antes ou depois do tempo, história que muda, acompanhante que responde por ele e se recusa a sair da sala, idoso amedrontado ou excessivamente submisso na presença do acompanhante, e movimentações financeiras incompatíveis.

A conduta: garantir a segurança imediata, documentar de forma objetiva e literal (o que foi dito, entre aspas; o que foi visto, sem interpretação), avaliar a capacidade de decisão do idoso, acionar a equipe e o serviço social, e **notificar** — no Brasil a violência contra a pessoa idosa é de notificação compulsória, e os canais incluem o Conselho do Idoso, o Ministério Público, a delegacia especializada e o Disque 100. Como na pediatria, notificar não é acusar: é acionar quem tem competência para avaliar e proteger. Quando o idoso tem capacidade preservada, respeite a decisão dele sobre os próprios rumos — sem abandonar o vínculo nem deixar de registrar e de oferecer o retorno.

Suporte social, cuidador e sobrecarga

> "Quem mora com o senhor? Se o senhor passar mal de madrugada, quem o senhor chama? Quem o ajuda no dia a dia? Quanto o senhor consegue pagar dos remédios? Como é a casa — tem escada, tem degrau no banheiro, tem barra, tem tapete solto, a iluminação à noite é boa?"

E, voltado ao cuidador, uma entrevista curta e própria, porque **a saúde do cuidador é fator prognóstico do paciente**:

> "Como o senhor está dando conta? Quantas horas por dia isso toma? Alguém te rende, você tem folga? Você tem dormido? Você tem cuidado da sua própria saúde? Tem momentos em que você sente que não aguenta mais? Isso é muito comum e não é motivo de vergonha — dá para a gente ajudar."

Sobrecarga do cuidador produz adoecimento do cuidador, institucionalização do paciente e, em situações extremas, negligência. Perguntar por ela é intervenção, não gentileza.

Diretivas de cuidado e objetivos de tratamento

Essa conversa não é sobre morte; é sobre **o que o tratamento deve tentar alcançar**. Feita cedo, sem pressa e com respeito, ela orienta todas as decisões posteriores. Peça licença antes:

> "Eu gosto de conversar com meus pacientes sobre o que é importante para eles, para que o tratamento fique do jeito certo. Posso perguntar algumas coisas nesse sentido?"

E então:

> "O que é mais importante para o senhor hoje na sua vida? O que o senhor não quer perder de jeito nenhum? Se a sua saúde piorasse, o que o senhor mais temeria? O que o senhor entende sobre a sua doença, e o quanto o senhor gosta de saber dos detalhes? Se o senhor não puder falar por si um dia, quem o senhor quer que decida pelo senhor? O senhor já conversou com sua família sobre isso? Existe algum tratamento que o senhor não gostaria de receber?"

Registre as respostas com as palavras do paciente, identifique o representante escolhido e revisite a conversa a cada mudança clínica importante. Um paciente que diz "eu quero é poder continuar indo à missa e ver meus netos, não quero passar meus dias em hospital" acabou de definir o desfecho prioritário do próprio cuidado, e isso vale mais do que qualquer meta de exame.

Sinais de alarme

- Mudança aguda do estado mental — delirium é urgência, e a causa precisa ser encontrada.
- Queda com trauma craniano, especialmente em uso de anticoagulante; queda com perda de consciência; ficar caído sem conseguir levantar.
- Declínio funcional rápido: quem se vestia sozinho há um mês e agora não consegue.
- Perda de peso não intencional relevante em poucos meses.
- Febre ausente em idoso com prostração, taquipneia ou confusão — infecção grave não precisa de febre.
- Dispneia, fraqueza súbita ou síncope como equivalentes de evento cardiovascular agudo.
- Sintoma novo iniciado após medicamento novo.
- Hipotensão ortostática sintomática, sobretudo em polimedicado.

- Disfagia com engasgo a líquidos.
- Ideação suicida, desesperança, isolamento após luto.
- Sinais de violência, negligência ou exploração financeira; acompanhante que impede o idoso de falar.
- Cuidador em exaustão declarada.

Armadilhas

Atribuir à idade. O erro mais caro do capítulo, e o mais fácil de cometer junto com o paciente.

Procurar um diagnóstico único. Em multimorbidade, a explicação parcimoniosa costuma ser a errada.

Concluir "confuso" antes de conferir audição, visão, aparelho auditivo e óculos. Muita demência diagnosticada em corredor barulhento é surdez.

Gritar com o paciente. Piora a compreensão e humilha; fale grave, devagar e de frente.

Fazer perguntas compostas e completar as frases do paciente.

Entrevistar o acompanhante e não o paciente. Comece sempre pelo paciente, e peça autorização para a história colateral.

Aceitar que o acompanhante se recuse a sair da sala — isso, por si só, é um dado.

Não perguntar por quedas e incontinência. Nenhum idoso conta espontaneamente.

Aceitar a lista de medicamentos de memória, sem as caixas.

Tratar sintoma novo como doença nova sem antes revisar a medicação — assim nascem as cascatas.

Medir intensidade de dor e esquecer o impacto funcional. E, em demência, esquecer que agitação pode ser dor.

Interpretar queixa somática persistente como "poliqueixosa" em vez de rastrear depressão.

Deixar a conversa sobre objetivos de cuidado para a crise, quando o paciente já não pode participar dela.

Um exemplo de HDA escrita

Paciente de 82 anos, com hipertensão, diabetes tipo 2, artrose de joelhos e doença renal crônica estágio 3, trazido pela filha por quadro de confusão iniciado há 2 dias. Filha refere que o paciente, previamente lúcido, orientado e capaz de administrar a própria medicação e as contas da casa,

passou a apresentar desorientação temporal, fala desconexa e sonolência diurna com agitação noturna, com flutuação clara ao longo do dia ("de manhã ele conversa, à noite não reconhece a casa"). Nega febre aferida. Refere redução da ingesta hídrica e alimentar há cerca de 4 dias, um episódio de urgência e escape urinário — inédito — e uma queda da própria altura no banheiro há 2 dias, ao levantar-se à noite, sem perda de consciência e sem trauma craniano evidente, com dificuldade para se levantar sozinho. Filha informa introdução de oxibutinina há 10 dias, prescrita por queixa de noctúria, e uso crônico de clonazepam à noite há vários anos, além de anti-inflamatório por conta própria para dor no joelho na última semana. Antes do quadro atual, era independente para todas as atividades básicas e instrumentais; no último ano, havia deixado de sair sozinho por medo de cair, após duas quedas prévias. Nega perda de peso relevante. Mora com a filha, que é a única cuidadora, trabalha fora e refere estar "no limite".

Para levar

- Abandone a explicação única: multimorbidade é a regra, e a doença se apresenta pelo elo mais frágil — confusão, queda, imobilidade e incontinência são portas de entrada, não diagnósticos.
- "É da idade" não é hipótese. A idade reduz reserva; sintoma é doença.
- Antes de julgar a cognição, conserte a comunicação: de frente, devagar, voz grave, sem gritar, com aparelho auditivo e óculos no lugar.
- A história colateral é obrigatória, e se pede com autorização do paciente, atribuindo a necessidade ao método.
- Funcionalidade é sinal vital: as instrumentais caem primeiro (dinheiro, remédio, transporte), as básicas caem depois.
- "O que o senhor deixou de fazer no último ano que fazia antes?" é a pergunta mais produtiva da consulta.
- Revise medicamentos com as caixas na mesa; em idoso, todo sintoma novo é efeito adverso de medicamento até prova em contrário — é assim que se corta a cascata iatrogênica.
- Pergunte ativamente por quedas e incontinência; ninguém conta espontaneamente, e ambas predizem desfecho ruim.
- Início agudo com curso flutuante e desatenção é delirium: urgência, com causa a ser encontrada. Quem se queixa muito de memória costuma ter depressão; quem minimiza enquanto a família se aflige costuma ter demência.
- Violência e negligência se perguntam em privacidade e com sobriedade; e pergunte cedo, com respeito, o que a pessoa quer que o tratamento preserve.

Referências

2023 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-81.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 1999;57(2B):421-6.

Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15(11):1021-7.

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília: Presidência da República; 2003.

Fillit HM, Rockwood K, Young J, editors. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.

Freitas EV, Py L, editors. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.

Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc. 2007;55(5):780-91.

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990;113(12):941-8.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914-9.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8.

Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med. 2003;348(1):42-9.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49.

20

CAPÍTULO 20

Anamnese na emergência e no paciente grave

Este capítulo resolve o problema de congelar diante do paciente que está mal. A ideia central é que na emergência a anamnese não é abolida — ela é **reordenada, comprimida e distribuída no tempo**: você pergunta pouco no primeiro minuto, pergunta o que muda conduta agora, e devolve o resto da história depois que o paciente parou de morrer. O capítulo ensina quais são essas poucas perguntas, de onde tirar a história quando o paciente não fala, e como escrever isso no prontuário sem inventar.

Por que essa anamnese é diferente

Na enfermaria e no ambulatório você aprendeu uma ordem sagrada: identificação, queixa e duração, história da doença atual, interrogatório sintomatológico, antecedentes, exame físico, hipótese, conduta. Essa ordem existe porque a informação é barata e o tempo é longo. Na emergência, **a ordem se inverte**: o exame físico dirigido (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico) acontece antes da história, e a história acontece *durante* a estabilização, não antes dela. Você fala enquanto alguém pega acesso venoso, enquanto o monitor é colocado, enquanto o eletrocardiograma é feito. Não é falta de método; é outro método.

A segunda diferença é o **critério de seleção das perguntas**. No ambulatório, uma pergunta se justifica se ajuda a entender o paciente. Na emergência, uma pergunta se justifica se **muda o que eu vou fazer nos próximos dez minutos**. "Que horas começou?" muda conduta no AVC — define trombólise. "O senhor toma anticoagulante?" muda conduta no trauma craniano e antes de qualquer punção. "Já teve reação a algum remédio?" muda a prescrição que vai ser feita agora. Já "com quantos anos o senhor teve catapora" é uma pergunta legítima que não pertence a este momento. Aprender emergência é, em boa medida, aprender a **adiar perguntas boas**.

A terceira diferença é a **fonte**. No ambulatório, o paciente é a fonte quase única. Na emergência, muitas vezes ele não fala — está rebaixado, intubado, afásico, bêbado, com dor demais, ou morto de medo. A história então passa a ser um trabalho de **reconstrução a partir de várias testemunhas**: o acompanhante, o socorrista do SAMU, o vizinho que chamou a ambulância, a caixa de remédios no bolso, o prontuário eletrônico, a receita amassada na carteira. A analogia é útil: no ambulatório você é o repórter que entrevista a pessoa; na emergência você é o perito que chega depois do acontecimento e reconstrói a cena a partir de fragmentos, dizendo com clareza qual fragmento veio de onde.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

Na emergência o mapa não é por doença, é por **velocidade de morte**. Antes de perguntar qualquer coisa, tenha três camadas na cabeça, e elas valem para praticamente qualquer queixa que entre pela porta.

As que matam em minutos e definem as primeiras perguntas. Obstrução de via aérea. Pneumotórax hipertensivo. Tamponamento cardíaco. Hemorragia em atividade (trauma, digestiva alta, ruptura de aneurisma de aorta, gravidez ectópica rota). Infarto com supradesnivelamento e arritmias malignas. Tromboembolismo pulmonar maciço. Anafilaxia. Hipoglicemia. Sepse com hipoperfusão. AVC isquêmico dentro da janela e hemorragia subaracnóidea. Intoxicação por opioide, por antidepressivo tricíclico, por monóxido de carbono. Meningite bacteriana. Cetoacidose diabética.

As comuns, que respondem pela maior parte do movimento. Crise hipertensiva sintomática, dor torácica musculoesquelética e ansiedade, asma e DPOC exacerbados, pneumonia comunitária, infecção urinária com febre, gastroenterite com desidratação, cólica renal, lombalgia aguda, crise convulsiva em epiléptico conhecido, síncope vasovagal, cefaleia primária, intoxicação alcoólica, quedas em idosos.

As que só aparecem se você perguntar. Uso recente de sildenafila em quem vai receber nitrato. Anticoagulante oral direto tomado hoje de manhã, em quem caiu e bateu a cabeça. Corticoide crônico em quem chega hipotenso — insuficiência adrenal. Doença falciforme em crise. Abuso e violência doméstica por trás do "escorreguei no banheiro". Ideação suicida por trás da "intoxicação acidental". Uso de metformina em quem vai receber contraste e está com função renal ruim. Uma prótese valvar ou um marca-passo. Uma última menstruação atrasada em qualquer mulher em idade fértil com dor abdominal.

20

As perguntas, com o porquê de cada uma

A anamnese dirigida de 60 segundos

Existe um bloco fixo que você faz em quase todo paciente grave, e ele cabe em um minuto se você treinar. A regra é: **perguntas fechadas, uma de cada vez, sem "e além disso?"**.

> "O que aconteceu? Me conta em duas frases."

Abertura mínima. Mesmo na emergência vale um respiro de narrativa livre, porque o paciente muitas vezes entrega o diagnóstico na primeira frase ("comecei a sentir um aperto no peito lavando louça"). Mas você a limita explicitamente — "em duas frases" — para não perder o controle do tempo.

> "Que horas exatamente isso começou? O senhor estava fazendo o quê?"

Duas informações por uma. O horário define janelas terapêuticas; a atividade no momento do início separa mecanismos — dor que começou em esforço é isquêmica até prova em contrário, dispneia que começou deitado é congestiva, dor que começou levantando peso é musculoesquelética ou dissecção.

> "Isso já aconteceu antes? Igual ou diferente?"

A pergunta mais econômica da medicina de urgência. "Igual às outras crises" com diagnóstico conhecido reduz drasticamente o espaço de hipóteses. "Diferente de tudo que eu já senti" é red flag pura — é o que diz a paciente com cefaleia sentinela e o paciente com a primeira dor de dissecção.

> "De zero a dez, quanto dói agora? E quando começou, quanto era?"

Além de guiar analgesia, o **perfil temporal da intensidade** é diagnóstico. Dor que já nasce dez (em segundos) é vascular: hemorragia subaracnóidea, dissecção, perfuração, torção, embolia. Dor que sobe em minutos a horas é isquêmica ou inflamatória. Dor que vai e vem em ondas é obstrução de víscera oca.

AMPLA e SAMPLE: por que cada letra está ali

Os dois mnemônicos são a mesma coisa em duas línguas, e existem porque cobrem exatamente os itens que **mudam a prescrição imediata**. Vale decorar, mas vale muito mais entender por que cada letra sobreviveu à seleção natural das listas.

AMPLA (português)	SAMPLE (inglês)	O que você pergunta	Por que muda a conduta agora
A — Alergias	**A** — Allergies	"O senhor tem alergia a algum remédio? O que aconteceu quando tomou?"	Você vai prescrever antibiótico, analgésico, contraste, anestésico local nos próximos minutos
M — Medicações	**M** — Medications	"Que remédios o senhor toma todo dia? Tomou hoje?"	Anticoagulante, betabloqueador, insulina, corticoide, opioide — cada um muda uma decisão
P — Passado (antecedentes)	**P** — Past history	"O senhor tem alguma doença? Já fez alguma cirurgia?"	Coronariopatia, DPOC, cirrose, transplante, esplenectomia, diálise mudam tudo

AMPLA (português)	SAMPLE (inglês)	O que você pergunta	Por que muda a conduta agora
L — Líquidos e alimentos (última refeição)	**L** — Last meal	"Que horas o senhor comeu ou bebeu pela última vez?"	Risco de broncoaspiração em sedação, intubação e cirurgia de urgência
A — Ambiente e eventos	**E** — Events / Environment	"Como foi? O que estava acontecendo em volta?"	Mecanismo de trauma, exposição a fumaça, temperatura, tempo de soterramento
—	**S** — Signs and symptoms	"O que o senhor está sentindo além disso?"	Completa o quadro sindrômico

Vale destacar a **letra L**, porque é a mais subestimada pelo estudante. Um paciente que acaba de almoçar e vai ser intubado em sequência rápida tem estômago cheio; isso muda a técnica (pressão cricoide discutível, mas planejamento de aspiração e escolha de drogas, não), muda o consentimento do risco e muda a decisão de adiar um procedimento eletivo dentro da urgência. E a **letra A de ambiente** é a que transforma "queimadura" em "queimadura em ambiente fechado com fuligem na narina", que é uma via aérea que vai fechar.

Um detalhe prático: pergunte **medicações mostrando, não listando**. "O senhor trouxe as caixas? A receita? Tem foto no celular?" A memória de medicação é notoriamente ruim, e a caixa no bolso vale mais que dez minutos de interrogatório.

Dor torácica: as perguntas dos primeiros minutos

> "A dor é um aperto, um peso, ou é uma pontada que ferroa?"

Aperto e peso retroesternal com irradiação para mandíbula, ombro ou braço esquerdo apontam isquemia. O mecanismo da irradiação vale entender: o coração não tem inervação somática precisa; as fibras aferentes viscerais entram na medula nos segmentos cervicais baixos e torácicos altos, os mesmos que recebem a pele do ombro, do braço e da mandíbula, e o cérebro, sem saber distinguir a origem, projeta a dor para onde costuma haver dor — a pele. É por isso que a dor cardíaca é **mal localizada e referida**, e a pleurítica, que envolve a pleura parietal com inervação somática pelos intercostais, é **bem localizada e em pontada**.

> "A dor começou de repente, já no máximo, ou foi crescendo?"

Dor máxima no primeiro segundo, "rasgando", irradiando para o dorso: pense **dissecção de aorta**. Isso muda a conduta imediatamente — antes de anticoagular alguém por suspeita de infarto, essa pergunta precisa ter sido feita.

> "Está com falta de ar junto? A perna inchou ou doeu nos últimos dias? Fez alguma viagem longa, cirurgia ou ficou de cama?"

Tromboembolismo pulmonar. Três perguntas, e elas mudam o exame que você pede na próxima hora.

> "O senhor tomou algum remédio para ereção nas últimas 24 a 48 horas?"

Pergunta constrangedora que precisa ser feita, com naturalidade, antes de qualquer nitrato — a combinação causa hipotensão grave. Faça-a como item de rotina, não como suspeita: "é pergunta de protocolo, pergunto para todo mundo".

Dispneia aguda

> "Essa falta de ar começou em segundos, em horas ou em dias?"

Segundos: pneumotórax, embolia, corpo estranho, arritmia. Horas: asma, edema agudo, anafilaxia. Dias: pneumonia, insuficiência cardíaca descompensada, derrame.

> "O senhor consegue falar uma frase inteira sem parar para respirar?"

Isso é anamnese e exame ao mesmo tempo. Fala entrecortada em palavras isoladas é critério de gravidade em asma e sinal de exaustão iminente.

> "Dorme com quantos travesseiros? Mudou nos últimos dias? Acorda no meio da noite afogado, precisando sentar?"

Ortopneia e dispneia paroxística noturna. O mecanismo: deitado, o sangue que estava represado nas pernas e no abdome retorna ao tórax, aumentando a pré-carga em um ventrículo que já não dá conta; a pressão capilar pulmonar sobe e o líquido extravasa para o interstício. Sentar reverte em minutos. A pergunta do "mudou nos últimos dias" é o que transforma um dado crônico em dado agudo.

> "Comeu algo diferente, tomou remédio novo, foi picado por algo? A boca ou a língua está inchada? Apareceu coceira ou vermelhidão?"

Anafilaxia. Dispneia com urticária, edema ou hipotensão é adrenalina intramuscular **agora**, não depois do raio-X.

Alteração de consciência

Aqui o paciente quase nunca responde, e a anamnese é toda de terceiros. Antes de tudo, a pergunta que se faz ao próprio paciente com uma picada no dedo:

> "Glicemia capilar?" — não é pergunta ao paciente, é a primeira "pergunta" do caso. Hipoglicemia imita tudo, inclusive AVC com déficit focal, e é reversível em minutos.

Ao acompanhante:

> "Quando foi a última vez que o senhor viu ele bem, conversando normal?"
>
> "Foi de repente, de um minuto para o outro, ou foi ficando confuso ao longo de dias?"

Instalação em segundos aponta vascular, convulsão, arritmia. Em horas a dias aponta infecção, metabólico, droga, delirium. A distinção entre **delirium** (agudo, flutuante, atenção prejudicada, causa orgânica) e **demência** (meses a anos, estável no dia) se faz nessa pergunta, e o traço decisivo do delirium é a flutuação: "de manhã ele estava melhor e à noite piorou?".

> "Ele usa algum remédio para dormir, para ansiedade, para dor forte? Alguém mexeu na caixa de remédios? Falta comprimido?"
>
> "Ele bebe? Quando bebeu pela última vez? Ele parou de beber de repente?"

Abstinência alcoólica com 48 a 72 horas de latência é causa clássica e tratável de confusão com agitação.

> "Teve febre? Dor de cabeça? Rigidez no pescoço? Alguma mancha na pele?"

Meningite. Manchas que não somem à digitopressão em paciente febril e confuso é meningococcemia até prova em contrário, e antibiótico não espera punção.

> "Ele caiu? Bateu a cabeça, mesmo que tenha parecido bobagem? Nas últimas semanas também?"

Hematoma subdural crônico no idoso, principalmente em uso de anticoagulante, pode ter trauma trivial e esquecido.

Trauma

A anamnese do trauma é a **anamnese do mecanismo**, porque o mecanismo prevê a lesão que você ainda não viu.

> "Foi carro, moto, queda? De que altura? Estava de cinto? Capacete? Airbag abriu? A que velocidade mais ou menos? O carro capotou? Alguém morreu na cena?"

Cada item tem uma tradução anatômica: queda de altura maior que o dobro da estatura, ejeção do veículo, morte de outro ocupante e capotamento são marcadores de transferência de energia alta e justificam investigação mais agressiva mesmo com exame inicial pobre. Desaceleração brusca em alta velocidade é o mecanismo da lesão de aorta torácica. Cinto de três pontos mal posicionado sugere lesão de mesentério e fratura de coluna lombar.

> "O senhor desmaiou? Lembra de tudo? O que é a última coisa de que lembra antes?"

Amnésia para o evento indica trauma cranioencefálico, mesmo com Glasgow 15 agora.

> "O senhor caiu e depois se sentiu mal, ou se sentiu mal e por isso caiu?"

Esta é uma das perguntas mais importantes do capítulo, e a que estudantes mais esquecem. Um idoso que "caiu" pode ter tido síncope por bloqueio, arritmia, hemorragia digestiva ou infarto — e o trauma é consequência, não causa. Tratar só a fratura é tratar a metade errada do problema.

> "O senhor sente as pernas? Consegue mexer os dedos? Está dormente em algum lugar?"
>
> "O senhor toma anticoagulante? Marevan, Xarelto, Eliquis, clopidogrel, AAS?"

Em trauma craniano, essa pergunta muda a indicação de tomografia, o tempo de observação e a necessidade de reversão. Pergunte pelos **nomes comerciais**, porque é assim que o paciente conhece.

Intoxicação

> "O que o senhor tomou? Quanto? Que horas? Tomou com álcool? Tomou tudo de uma vez?"
>
> "Você trouxe a caixa, a cartela, o frasco?" — ao acompanhante, e vale pedir que volte em casa e traga.
>
> "Foi para se matar, ou foi engano?"

Pergunte diretamente, com calma e sem julgamento. Perguntar sobre suicídio não induz suicídio; essa é uma preocupação desmentida repetidamente. A resposta muda tudo: vigilância, avaliação psiquiátrica obrigatória, alta impossível sem plano.

> "Há quanto tempo? Vomitou depois?"

O **tempo desde a ingestão** define carvão ativado, define antídoto, define a curva que precisa ser dosada — paracetamol é o exemplo clássico, em que o nomograma depende de hora conhecida.

Cefaleia súbita

> "Essa dor de cabeça chegou ao máximo em quanto tempo — segundos, minutos ou horas?"

A **cefaleia em trovoada** (máxima em menos de um minuto) é hemorragia subaracnóidea até prova em contrário. Note que a pergunta não é "é a pior dor da sua vida" — muita gente com enxaqueca diz que sim. A pergunta discriminativa é a **velocidade de instalação**.

> "O senhor estava fazendo esforço, tossindo, no banheiro, na relação sexual?"

Cefaleia desencadeada por manobra de Valsalva ou orgasmo aumenta a suspeita.

> "É diferente das suas dores de cabeça de sempre? Em quê?"
>
> "Teve febre? Vômito? Ficou com a vista embaçada ou dobrada? Alguma fraqueza? Desmaiou?"
>
> "Tem mais de 50 anos e dor na têmpora, dor para mastigar, embaçamento de vista?" — arterite de células gigantes, que cega se não for tratada no mesmo dia.

Dor abdominal

> "Onde começou a dor e para onde ela foi?"

A **migração** é diagnóstica. Dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita é apendicite: a inflamação começa visceral (mal localizada, referida ao dermátomo T10) e se torna somática quando o peritônio parietal é irritado. Dor epigástrica que vira difusa e insuportável é perfuração.

> "A dor é constante ou vai e vem em ondas?"

Cólica em ondas: obstrução de víscera oca (intestino, ureter, via biliar). Constante e progressiva: inflamação ou isquemia.

> "Está com a barriga parada? Parou de eliminar gases e fezes? Está vomitando? O vômito tem cheiro ruim, cor de fezes?"
>
> "O senhor tem fibrilação atrial, ou já teve trombose?" — em idoso com dor abdominal desproporcional ao exame (dor intensa, barriga mole), pense **isquemia mesentérica**, um diagnóstico que se perde por não pensar.
>
> "Quando foi sua última menstruação?"

Em toda mulher em idade fértil. Sem exceção. Gravidez ectópica rota mata jovens saudáveis, e a queixa é dor abdominal.

Sangramento

> "Está saindo sangue de onde? Vermelho vivo ou escuro? Quanto — pingou, encheu o vaso, encheu uma toalha?"

Quantificar em objetos do mundo real funciona muito melhor que em mililitros.

> "Vomitou sangue? Parecia borra de café?"
>
> "As fezes estavam pretas, pastosas, com cheiro muito forte?" — melena indica sangramento alto e já digerido.
>
> "O senhor toma anticoagulante, aspirina, anti-inflamatório? Bebe?"
>
> "Já teve isso antes? Tem problema no fígado? Já fez endoscopia?"

Varizes esofágicas em cirrótico mudam o tratamento inicial (vasoconstritor esplâncnico, antibiótico profilático) em relação à úlcera péptica.

Quando o paciente não fala: acompanhante, SAMU, vizinho, prontuário

Cada fonte tem um perfil de confiabilidade diferente, e você precisa saber o que pedir a cada uma.

Fonte	O que ela sabe melhor	Pergunta-chave	Risco
Familiar próximo	Basal funcional, medicações, doenças, o que mudou	"Como ele estava ontem a essa hora?"	Emoção, culpa, omissão de álcool/abuso
SAMU / socorrista	Cena, mecanismo, sinais iniciais, o que foi feito	"Como vocês o encontraram? Quais eram os sinais na cena? O que foi administrado e que horas?"	Passagem rápida, informação se perde se você não anotar na hora
Vizinho / transeunte	Horário, posição, eventos presenciados	"A que horas o senhor viu? Ele estava andando? Falava?"	Não conhece história prévia
Prontuário eletrônico	Diagnósticos, prescrições, exames prévios, internações	"Qual foi a última consulta e o que estava prescrito?"	Desatualizado; medicação suspensa ainda aparece

Fonte	O que ela sabe melhor	Pergunta-chave	Risco
Objetos pessoais	Caixas, receitas, cartão de anticoagulação, pulseira de alerta	—	Pode ser de outra pessoa da casa

A regra de ouro do SAMU: **pergunte antes de a equipe sair**. A informação da cena é insubstituível e some junto com a ambulância. Duas perguntas obrigatórias: "que horas vocês chegaram até ele?" e "o que foi feito e em que horário?".

E registre **sempre a fonte**, nominalmente. Escreva "história obtida com a filha, presente ao evento" ou "história obtida com equipe do SAMU; paciente não responsivo; não há acompanhante". Isso não é burocracia: quem ler o prontuário depois precisa saber o peso de cada informação. Uma história de terceiros com contradição merece as duas versões registradas, não uma média inventada.

O horário do início: o dado mais valioso do AVC

No AVC isquêmico, o tempo é a variável que decide se existe tratamento. E a pergunta correta **não é** "que horas começou o sintoma", porque muitos pacientes acordam com déficit. A pergunta correta é:

> "Qual foi o último momento em que alguém viu ele bem, funcionando normal?"

Esse é o conceito de **último momento visto bem**. Se o paciente foi dormir às 22h aparentemente normal e acordou às 6h com hemiparesia, o horário de referência é 22h, não 6h — porque o evento pode ter ocorrido a qualquer momento nesse intervalo. É desconfortável, é conservador, e é assim que se evita trombolisar um infarto cerebral de dez horas.

Perguntas que ancoram o horário quando ninguém lembra:

> "Ele falou com alguém ao telefone? A que horas foi a última mensagem que ele mandou?" — o celular é um relógio forense excelente.
>
> "Ele jantou? Assistiu ao jornal? Tomou o remédio da noite?"
>
> "Quem falou com ele por último, e a que horas?" — ligue para essa pessoa.

E duas perguntas que mudam elegibilidade:

> "Ele toma anticoagulante? Qual, e que horas tomou a última dose?"
>
> "Teve cirurgia, sangramento, trauma ou AVC nos últimos meses?"

A pergunta que não pode faltar antes de qualquer procedimento

Antes de punção lombar, dreno de tórax, acesso central, bloqueio, sutura profunda, redução de fratura ou endoscopia:

> "O senhor toma remédio para afinar o sangue? Marevan, varfarina, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, clopidogrel, Plavix, AAS, aspirina? Que horas foi a última dose?"

Três detalhes. Primeiro, **pergunte pelos nomes comerciais e pela ação** ("remédio para afinar o sangue"), porque quase ninguém diz "rivaroxabana". Segundo, **pergunte o horário da última dose**, porque para os anticoagulantes diretos o que importa é a meia-vida decorrida, não o fato de usar. Terceiro, **pergunte também a função renal conhecida** ("o senhor tem problema de rim? faz diálise?"), porque a eliminação de vários deles é renal e o efeito se prolonga.

E a segunda pergunta obrigatória, sobre **alergia com a reação descrita**:

> "O senhor tem alergia a algum remédio? O que exatamente aconteceu — deu mancha, coceira, inchou a boca, teve falta de ar, ou foi enjoo e dor de estômago?"

Esta distinção é clinicamente decisiva. "Alergia a dipirona" que foi náusea é intolerância, não alergia, e não contraindica. "Alergia a penicilina" que foi urticária aos cinco anos de idade, há quarenta anos, tem probabilidade muito baixa de reação real hoje — a rotulação equivocada empurra o paciente para antibióticos piores. Já "inchou a língua e faltou ar" é anafilaxia e é proibição absoluta. Uma pergunta, três condutas diferentes.

Jejum

> "Que horas o senhor comeu ou bebeu alguma coisa pela última vez? Foi refeição ou só água?"

Na urgência, o jejum não impede o procedimento necessário — ele muda o **planejamento do risco de aspiração**: escolha de técnica de intubação, disponibilidade de aspirador, profundidade de sedação aceitável, posicionamento. E lembre-se de que gastroparesia (diabetes, dor intensa, opioide, trauma) esvazia o estômago muito mais devagar que o relógio sugere.

A anamnese que continua depois da estabilização

Este é o ponto que os estudantes mais deixam cair. Depois que o paciente melhorou — pressão estabilizada, dor controlada, oxigenação corrigida — você **volta e faz a anamnese inteira**. É nesse segundo tempo que aparecem a adesão irregular ao anti-hipertensivo, o luto recente, a violência doméstica, o alcoolismo, a impossibilidade de comprar o remédio, o motivo real da descompensação.

> "Agora que o senhor está melhor, eu queria entender o que levou até aqui. Me conta como foram as últimas semanas."

E uma reavaliação estruturada, que também é anamnese:

> "A dor melhorou com o que eu dei? Quanto, de zero a dez? Voltou?"

A resposta ao tratamento é dado diagnóstico e dado de gravidade. Dor torácica que não cede com opioide é sinal ruim; dispneia que não melhora com broncodilatador sugere que o problema não é broncoespasmo.

Comunicação com a família na emergência

A família em corredor de emergência está em estado de alarme fisiológico: atenção estreitada, memória prejudicada, tudo interpretado pelo pior. Regras práticas: **sente-se, se puder; diga nome e função; use frases curtas; dê a informação principal primeiro; repita**.

> "Eu sou o Fabrício, estudante de medicina da equipe que está atendendo o seu pai. Vou contar onde estamos agora."
>
> "Ele está grave. A pressão está baixa e nós estamos tratando. Vou voltar aqui em vinte minutos para contar novamente."

Evite duas coisas: promessa ("vai ficar tudo bem") e jargão ("ele está em choque distributivo refratário a volume"). Prefira: "o corpo dele não está conseguindo manter a pressão sozinho, e estamos dando remédio na veia para sustentar". E pergunte de volta — a família é fonte de anamnese e merece a pergunta que fecha o loop: "tem alguma coisa da saúde dele que o senhor acha importante e que eu ainda não perguntei?".

O paciente intubado ou sedado: anamnese por reconstrução

Aqui a entrevista é integralmente arqueológica. Um roteiro que funciona:

1. **Linha do tempo**: peça a cada informante que conte o dia do evento hora a hora, não em resumo. "Que horas ele acordou? O que fez? Quando você notou a primeira coisa estranha?"
2. **Basal funcional documentado**: "Antes disso, ele andava sozinho? Subia escada? Tomava banho sozinho? Trabalhava? Estava lúcido?" Isso define expectativa de recuperação e decisão terapêutica, e é impossível obter depois.
3. **Medicações reais**: peça a sacola de remédios, a receita, o cartão da farmácia popular, foto da caixa de remédios.
4. **Prontuário**: última internação, últimos exames, alergias registradas, culturas prévias com germes resistentes.
5. **Diretivas e valores**: "Ele já conversou com a família sobre o que gostaria se ficasse muito grave? Tem documento?"
6. **Registro da qualidade da fonte**: escreva quem contou, quando, e se as fontes concordam.

Sinais de alarme (red flags)

- **Via aérea ameaçada**: estridor, rouquidão nova, queimadura de face, fuligem em narinas, edema de língua, incapacidade de deglutir a própria saliva.
- **Fala entrecortada em palavras isoladas**, uso de musculatura acessória, ou paciente que ficou subitamente calmo e sonolento após agitação (exaustão, não melhora).
- **Dor torácica de início explosivo, "rasgando", irradiada ao dorso**, ou com diferença de pulsos — dissecção.
- **Cefaleia em trovoada** (máximo em menos de um minuto), com ou sem rigidez de nuca.
- **Déficit neurológico focal com horário de início conhecido dentro da janela** — tempo é tratamento.
- **Glicemia capilar baixa** em qualquer paciente com alteração de consciência.

- **Febre com petéquias ou púrpura** que não somem à digitopressão.
- **Hipotensão com taquicardia em jovem** — jovens compensam até desabar de uma vez; pressão normal não tranquiliza.
- **Idoso que "só caiu"**, sem explicação clara do porquê da queda.
- **Dor abdominal desproporcional ao exame** em idoso com arritmia ou vasculopatia.
- **Atraso menstrual em mulher em idade fértil com dor abdominal ou síncope**.
- **Uso de anticoagulante com qualquer trauma craniano, mesmo trivial**.
- **Ingesta intencional** de qualquer substância, ainda que em dose "pequena".

Armadilhas

Fazer a anamnese completa antes de estabilizar. O erro simétrico também existe — estabilizar sem perguntar nada e perder o horário do AVC —, mas o primeiro é mais comum no estudante. Regra: as intervenções que salvam vida não esperam a história, e as perguntas que mudam a intervenção não esperam o fim do exame.

Aceitar o rótulo do encaminhamento. "Paciente do SAMU com crise convulsiva" pode ser síncope com abalos, hipoglicemia ou arritmia. Reabra a história como se ninguém tivesse dito nada.

Perguntar "que horas começou?" em vez de "quando foi visto bem pela última vez?" no AVC. É a diferença entre tratar corretamente e tratar um paciente fora de janela.

Registrar "nega alergias" sem ter perguntado a reação. E registrar "nega comorbidades" quando o paciente está confuso — se ele não pode informar, escreva "história não obtida junto ao paciente por rebaixamento".

Não perguntar sobre anticoagulante antes de procedimento. É o erro com a pior razão entre custo da pergunta (cinco segundos) e custo do dano.

Confiar na memória de medicação. Peça as caixas. Sempre.

Perguntas múltiplas empilhadas ("O senhor tem pressão alta, diabetes, toma remédio, tem alergia?"). O paciente grave responde a última, ou responde "não" a tudo. Uma pergunta por vez, resposta confirmada.

Esquecer de reinterrogar depois da estabilização. A anamnese na emergência tem dois tempos, e o segundo é onde mora a prevenção da próxima vinda.

Fazer o acompanhante de tradutor exclusivo em paciente que fala. Se o paciente pode responder, ele responde; o acompanhante complementa.

Sumir da família. Silêncio de uma hora é interpretado como catástrofe. Prometa um horário de retorno e cumpra.

Um exemplo de HDA escrita

Homem, 68 anos, trazido pelo SAMU às 08h40. História obtida com a esposa (presente ao evento) e com a equipe de resgate; paciente disártrico, pouco colaborativo. Esposa refere que o marido foi dormir às 22h30 de ontem, sem queixas, e que ela o encontrou às 07h50, ao acordar, com desvio da boca para a direita e sem movimentar o braço esquerdo, além de fala arrastada. **Último momento visto bem: 22h30 de ontem.** Nega cefaleia, trauma, febre, convulsão ou vômitos. Nega episódio semelhante prévio. Antecedentes: hipertensão e fibrilação atrial, em uso de rivaroxabana 20 mg/dia — esposa refere que a última dose foi ontem às 20h, confirmada por cartela trazida (uma cartela com dose de hoje intacta). Em uso também de losartana e metoprolol. Nega diabetes. Nega cirurgias ou sangramentos recentes. Alergias: refere "alergia a dipirona", descrita como náusea e dor epigástrica, sem exantema, edema ou dispneia — caracteriza intolerância. Última refeição às 20h de ontem. Equipe do SAMU informa glicemia capilar de 112 mg/dL na cena, pressão arterial de 178x96 mmHg, saturação de 96% em ar ambiente, sem administração de medicações até a chegada. Basal funcional: independente para todas as atividades, dirige, trabalha meio período.

Para levar

1. Na emergência a anamnese não é suprimida, é **reordenada**: pergunte enquanto estabiliza, e só o que muda conduta agora.
2. O filtro de toda pergunta é: **isso altera o que eu faço nos próximos dez minutos?** Se não, adie — mas não esqueça.
3. AMPLA/SAMPLE existe porque cada letra toca uma decisão imediata: alergia muda a prescrição, medicação muda o risco, passado muda a hipótese, última refeição muda a via aérea, ambiente e evento mudam a lesão esperada.
4. **"Último momento visto bem"** é a pergunta do AVC, não "que horas começou" — e o celular do paciente costuma ser o melhor relógio.
5. Antes de qualquer procedimento invasivo: anticoagulante ou antiagregante, **qual e que horas foi a última dose**.
6. Alergia sem a reação descrita não é informação: pergunte **o que aconteceu**, porque náusea e edema de glote não são a mesma coisa.
7. Em idoso que caiu, pergunte sempre se **caiu e passou mal ou passou mal e caiu**.
8. Toda mulher em idade fértil com dor abdominal ou síncope tem uma pergunta obrigatória: **a data da última menstruação**.
9. Registre **a fonte** de cada informação e, se as fontes divergirem, registre as duas versões.
10. Depois da estabilização, **volte e faça a anamnese inteira** — é ali que aparece a causa da descompensação e a chance de evitar a próxima.

20

Referências

American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.

Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Crit Care Med. 2021;49(11):e1063-143.

Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain. Circulation. 2021;144(22):e368-454.

Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J. 2020;41(4):543-603.

Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines. Stroke. 2019;50(12):e344-418.

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.

Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet. 1974;2(7872):81-4.

Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2020.

21

CAPÍTULO 21

Anamnese pré-operatória

Este capítulo resolve o problema de confundir avaliação pré-operatória com assinatura de liberação. A ideia central é que o objetivo não é dizer "pode operar", e sim **estimar o risco, dizer de que tamanho ele é, e mudar o que ainda der para mudar** antes da incisão. Quase tudo isso se faz com perguntas — o exame e os exames complementares confirmam o que a conversa já sugeriu.

Por que essa anamnese é diferente

Toda anamnese que você aprendeu até aqui persegue um diagnóstico: o paciente tem um sintoma e você quer saber a causa. A anamnese pré-operatória persegue outra coisa — **uma previsão**. O paciente muitas vezes não tem queixa nenhuma; ele tem uma cirurgia marcada. A pergunta que você responde não é "o que ele tem", e sim "o que provavelmente vai acontecer com ele quando o corpo for submetido a anestesia, incisão, sangramento, jejum, imobilidade e inflamação sistêmica — e o que eu posso fazer agora para que aconteça menos".

Isso muda o tipo de pergunta. Você deixa de caçar sintoma e passa a caçar **reserva**. Cirurgia é um teste de esforço involuntário: aumenta demanda metabólica, ativa o sistema simpático, gera estado pró-trombótico e inflamatório, reduz capacidade residual funcional do pulmão por dias. Um paciente com reserva cardíaca, pulmonar e renal folgada atravessa isso sem notar. Um paciente no limite descompensa. A anamnese pré-operatória é, essencialmente, **a medida da folga**. A analogia útil: você não está perguntando se o carro está com algum ruído; está perguntando se ele aguenta atravessar a serra carregado, no calor, sem parar.

A terceira diferença é o **produto final**. O produto não é uma hipótese diagnóstica, é uma trinca: (1) uma estimativa de risco comunicável em palavras que o paciente e o cirurgião entendam, (2) uma lista de intervenções que reduzem esse risco, e (3) um plano explícito de medicações — o

que continua, o que suspende e quando volta. Um parecer pré-operatório que só diz "sem contraindicações" desperdiçou a consulta inteira.

E uma quarta, que precisa ser dita com clareza: **quase nunca existe "não pode operar"**. Existe risco alto que precisa ser conhecido, discutido, compensado e assumido, ou uma cirurgia que pode ser adiada para tratar algo reversível. Quem decide operar é a equipe cirúrgica junto com o paciente, com o risco na mesa. Seu trabalho é colocar o risco na mesa — e reduzi-lo.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

As que matam ou causam dano grave no perioperatório. Doença coronariana instável ou isquemia não avaliada. Insuficiência cardíaca descompensada. Estenose aórtica grave. Arritmia sintomática ou bloqueio avançado. Hipertensão pulmonar. Anemia significativa não investigada. Coagulopatia e uso de anticoagulante mal manejado. Trombose recente e risco de tromboembolismo. Via aérea difícil não prevista. Hipertermia maligna. Insuficiência adrenal por corticoide crônico. Sepse ou infecção ativa. Diabetes descompensado e cetoacidose. Doença renal avançada com hipercalemia. Hipertensão intracraniana em neurocirurgia.

As comuns, que aparecem em quase todo ambulatório de pré-anestésico. Hipertensão, diabetes tipo 2, obesidade, tabagismo, DPOC e asma, apneia obstrutiva do sono, doença renal crônica leve a moderada, hipotireoidismo, anemia ferropriva, ansiedade, náusea e vômito pós-operatórios prévios, refluxo.

As que só se descobrem se você perguntar. História familiar de hipertermia maligna ou de "parente que demorou horas para acordar da anestesia". Uso de fitoterápico, suplemento ou chá com efeito antiplaquetário. Corticoide inalatório ou infiltração articular recente, que o paciente não considera "remédio". Apneia do sono nunca diagnosticada, escondida atrás de "meu marido reclama que eu ronco". Uso de ansiolítico e opioide crônicos. Etilismo pesado com risco de abstinência no pós-operatório. Sangramento familiar leve ("na minha família todo mundo tem hematoma fácil"). Gravidez inicial. Recusa religiosa a transfusão. Dentes soltos e prótese dentária móvel. Intubação prévia difícil registrada num relatório que só o paciente tem.

As perguntas, com o porquê de cada uma

Capacidade funcional: o teste de esforço que cabe numa pergunta

O melhor preditor isolado de complicação perioperatória que você consegue sem tecnologia é **quanto esforço o paciente faz no dia a dia**. A unidade convencional é o equivalente metabólico (MET): 1 MET é o gasto de estar sentado em repouso; caminhar no plano devagar é cerca de 2 a 3 METs; subir um lance de escada sem parar ou caminhar em ritmo rápido no plano é cerca de 4 METs; correr, nadar, jogar bola é acima de 6 a 10 METs. O ponto de corte tradicional é **4 METs**: abaixo disso, o risco sobe e a investigação costuma se aprofundar.

Mas ninguém responde "eu faço 4 METs". Então você pergunta em marcos concretos:

> "O senhor consegue subir dois lances de escada, sem parar no meio para descansar, carregando uma sacola de compras?"

Esta é a pergunta mais rentável do capítulo. Duas respostas possíveis, dois mundos diferentes. Quem sobe dois lances sem parar tem, quase certamente, reserva cardiopulmonar suficiente para a maior parte das cirurgias.

> "O senhor caminha quantos quarteirões no plano sem precisar parar? Consegue acompanhar alguém da sua idade andando na rua, ou fica para trás?"
>
> "Em casa, o senhor faz o quê sozinho — varre, lava roupa, carrega compras, arruma a cama, toma banho sem cansar?"
>
> "Há seis meses o senhor conseguia mais do que consegue hoje?"

Esta última é fundamental e quase sempre esquecida. **A trajetória vale mais que o valor absoluto.** Um idoso que sempre andou pouco é diferente de um idoso que andava e parou de andar nos últimos três meses — o segundo tem uma doença em curso ainda não diagnosticada.

E a armadilha específica: **o paciente limitado por outra coisa**. Quem não sobe escada por artrose de joelho ou por claudicação não tem capacidade funcional demonstrada — tem capacidade funcional **desconhecida**, que é categoria diferente de "ruim". Registre assim.

> "O que impede o senhor de subir a escada — cansaço, falta de ar, dor no peito, ou dor na perna e no joelho?"

O mecanismo por trás da força preditiva dos METs é direto: quem sobe escada consegue aumentar débito cardíaco, extrair oxigênio na periferia e ventilar contra carga. Cirurgia exige exatamente as mesmas três coisas, só que sem aviso e por mais tempo. Quem passa no teste voluntário passa no involuntário.

Risco cardiovascular: a lógica dos índices clínicos

Os índices de risco cardíaco perioperatório de uso corrente combinam poucos itens clínicos, e todos eles podem ser obtidos por pergunta. A lógica é simples: **cada item marca um território vascular já doente ou uma bomba já comprometida**, e cada território doente aumenta a chance de que o estresse cirúrgico produza um evento.

Item do índice	Pergunta literal	Por que pesa
Doença coronariana	"O senhor já teve infarto? Já colocou stent ou fez ponte de safena? Sente dor no peito quando faz esforço?"	Placa instável mais taquicardia e anemia perioperatória = isquemia tipo 2
Insuficiência cardíaca	"O senhor já teve água no pulmão? Dorme com quantos travesseiros? Acorda à noite afogado? As pernas incham?"	Coração sem reserva não absorve a volemia e o estresse da cirurgia

Item do índice	Pergunta literal	Por que pesa
Doença cerebrovascular	"Já teve derrame ou um princípio de derrame, com fraqueza ou fala enrolada que passou?"	Marca doença aterosclerótica difusa e autorregulação cerebral frágil
Diabetes em uso de insulina	"O senhor tem diabetes? Usa insulina?"	Insulina marca doença mais longa e mais grave, com isquemia silenciosa
Doença renal	"O senhor tem problema nos rins? Já disseram que a creatinina está alta? Faz diálise?"	Rim doente é vaso doente; e altera volemia, potássio e farmacocinética

A isso se soma o **porte da cirurgia**, que é a outra metade da conta. Um mesmo paciente tem riscos completamente diferentes numa catarata e numa cirurgia vascular de aorta. Em linhas gerais: procedimentos superficiais, oftalmológicos e ambulatoriais são de baixo risco; cirurgias intraperitoneais, torácicas, ortopédicas de grande porte e de cabeça e pescoço são intermediárias; cirurgia aórtica e vascular arterial de grande porte são de risco alto. Por isso a pergunta que abre o raciocínio não é sobre o paciente:

> "Que cirurgia exatamente vai ser feita, por que via, com que duração prevista e com que expectativa de sangramento?"

Sem isso, você não tem como estimar nada. Pergunte ao cirurgião se o paciente não souber.

Perguntas que caçam isquemia silenciosa, especialmente em diabéticos e idosos, nos quais o sintoma clássico falta:

> "Quando o senhor faz esforço, aparece algum desconforto — no peito, no braço, na mandíbula, no estômago? Falta de ar que não tinha? Suor frio? Enjoo?"

Equivalentes anginosos são o que resta quando a dor típica não aparece, e em neuropatia diabética a dispneia de esforço é a angina.

E as perguntas que caçam estenose aórtica, o achado que mais muda conduta anestésica:

> "O senhor já desmaiou fazendo esforço? Sente o peito apertar ou fica muito cansado subindo escada? Alguém já falou que o senhor tem sopro no coração?"

Síncope de esforço em idoso é estenose aórtica até prova em contrário, e uma estenose grave não diagnosticada é um dos piores cenários na sala.

Sobre arritmia e dispositivos:

> "O senhor sente o coração disparar ou falhar? Tem marca-passo ou desfibrilador implantado? Tem o cartão do aparelho aí?"

Dispositivos precisam ser programados antes da cirurgia por causa da interferência do bisturi elétrico — e essa informação só chega se você perguntar.

Risco respiratório

Complicação pulmonar pós-operatória é tão frequente quanto a cardíaca e costuma receber metade da atenção. O mecanismo é previsível: anestesia geral e dor em incisão abdominal alta ou torácica reduzem a capacidade residual funcional, impedem a inspiração profunda e a tosse, colabam alvéolos basais e criam atelectasia — o terreno perfeito para pneumonia.

> "O senhor fuma? Quantos cigarros por dia, e há quantos anos? Se parou, quando parou exatamente?"

O tempo de cessação importa e vale explicar ao paciente. Parar semanas antes reduz complicações respiratórias e melhora cicatrização; parar poucos dias antes já melhora a oxigenação tecidual (o monóxido de carbono sai da hemoglobina em cerca de um dia), ainda que possa aumentar transitoriamente a secreção. A mensagem prática é: **nunca é tarde, e quanto mais cedo melhor**. A consulta pré-operatória é uma das melhores oportunidades de cessação da vida de um fumante, porque há um motivo concreto e uma data.

> "O senhor tem bronquite, enfisema, DPOC? Usa bombinha? Quantas vezes por semana precisa da bombinha de alívio?"
>
> "Nos últimos doze meses, quantas vezes o senhor teve crise que precisou de corticoide, pronto-socorro ou internação?"

Essas duas perguntas medem **controle atual**, que é o que importa — não o rótulo. Um asmático bem controlado tem risco pouco aumentado; um asmático usando salbutamol todo dia e com ida ao pronto-socorro no mês passado precisa ser otimizado antes de uma cirurgia eletiva.

> "O senhor ronca alto? Alguém já falou que o senhor para de respirar dormindo? Acorda cansado, dorme de dia sem querer? Já fez exame do sono? Usa aparelho de pressão (CPAP) à noite? Traz o aparelho para a internação."

Apneia obstrutiva do sono é subdiagnosticada e muda muito o pós-operatório: sensibilidade aumentada a opioide e sedativo, risco de obstrução na recuperação, necessidade de monitorização e de CPAP na enfermaria. Perguntar sobre ronco alto, sonolência diurna, pausas presenciadas, pressão alta, idade, circunferência cervical e sexo é o conteúdo dos questionários de rastreio usados na prática — e a soma deles, não um item isolado, é o que estratifica.

> "O senhor teve gripe, resfriado, tosse ou febre nas últimas duas a três semanas?"

Infecção respiratória recente, sobretudo em crianças, aumenta hiper-reatividade de via aérea e complicações; muitas vezes justifica adiar cirurgia eletiva por algumas semanas — o prazo exato segue o protocolo do serviço.

Via aérea perguntada pela história

Parte substancial da avaliação de via aérea é exame físico, mas a **história prevê o que o exame não mostra**, e é a única forma de saber de uma intubação difícil pregressa.

21

> "O senhor já foi operado com anestesia geral? Alguém já te disse que teve dificuldade para colocar o tubo na sua garganta? Acordou com dor na garganta muito forte, com o lábio machucado ou com um dente quebrado?"
>
> "O senhor guarda algum relatório ou cartão de anestesia anterior? Tem em casa?"

Um registro prévio de via aérea difícil é ouro puro, e frequentemente está numa gaveta.

> "O senhor ronca muito alto? Dorme bem deitado de barriga para cima?"
>
> "O senhor consegue virar o pescoço para os lados e olhar para cima sem dor ou trava? Tem artrite, artrose ou problema na coluna do pescoço?"

Mobilidade cervical limitada — por artrose, espondilite anquilosante, artrite reumatoide (com o risco adicional de instabilidade atlantoaxial) ou fusão cirúrgica — dificulta o alinhamento dos eixos para laringoscopia.

> "O senhor tem dente solto, ponte, coroa, implante ou dentadura? Usa prótese removível?"

Dentes soltos podem ser deslocados e aspirados; próteses são retiradas antes da indução, mas às vezes mantidas até a ventilação com máscara para melhorar o selo.

> "O senhor já fez cirurgia no pescoço, na garganta ou na tireoide? Já fez radioterapia na região do pescoço?"

Radioterapia cervical prévia é um dos preditores mais fortes de via aérea difícil: fibrosa os tecidos, reduz a complacência submandibular e limita a abertura — e o paciente nunca oferece essa informação espontaneamente.

> "O senhor consegue abrir bem a boca? Sente estalo ou trava na articulação do maxilar?"

Antecedentes anestésicos pessoais e familiares

> "O senhor já tomou anestesia alguma vez na vida? Qual tipo — dormiu completamente, foi raquianestesia, ou só anestesia local? Como foi?"
>
> "Teve enjoo ou vômito depois? Foi muito ruim?"

Náusea e vômito pós-operatórios parecem detalhe, mas são a queixa que mais estraga a experiência do paciente e podem causar deiscência, sangramento e aspiração. Os fatores de risco são conhecidos e todos perguntáveis: sexo feminino, não fumante, história prévia de náusea pós-operatória ou de enjoo de movimento (cinetose), e uso previsto de opioide. Quatro perguntas, e o anestesista muda a profilaxia.

> "O senhor enjoa em carro, ônibus, barco?"
>
> "O senhor demorou muito para acordar da anestesia? Precisou ficar no respirador depois da cirurgia sem que estivesse previsto?"
>
> "Alguém da sua família já teve problema grave com anestesia? Alguém teve febre muito alta durante a cirurgia, ou morreu por causa de uma anestesia?"

Esta é a pergunta que caça a **hipertermia maligna**, uma doença de transmissão familiar em que anestésicos inalatórios halogenados e succinilcolina desencadeiam liberação descontrolada de cálcio no músculo esquelético, com contratura, hipermetabolismo, hipercapnia, acidose, rigidez, hipertermia e rabdomiólise. O motivo de ser tão importante na anamnese é simples: **é totalmente evitável se souber antes** — usa-se técnica livre de gatilhos. Descoberta durante a cirurgia, é uma emergência com mortalidade real.

> "Alguém na sua família demorou horas para acordar depois de uma anestesia, ou teve que ficar no aparelho por causa disso?"

Esta caça a **deficiência ou variante de colinesterase plasmática (pseudocolinesterase)**, em que a succinilcolina, normalmente degradada em minutos, permanece ativa por horas — o paciente fica paralisado e apneico com consciência potencialmente preservada se a sedação não for mantida. O manejo é suporte ventilatório até a droga ser eliminada, e o dano real é o susto e a consciência sob paralisia, evitáveis se a história fosse conhecida.

> "O senhor já teve reação a anestesia local no dentista? O que aconteceu — coração disparou e suou, ou deu mancha e inchaço?"

Palpitação e tremor após anestesia local no dentista quase sempre são efeito da adrenalina associada, não alergia — e o paciente carrega esse rótulo errado por décadas.

Medicações: o raciocínio de continuar ou suspender

Aqui está o núcleo intelectual do capítulo. Aprenda o **raciocínio**, não a tabela de prazos — porque os prazos exatos variam com a droga, com a função renal, com o porte da cirurgia, com o risco de sangramento do procedimento e com a diretriz vigente, e **devem seguir sempre o protocolo do seu serviço e a orientação de quem prescreveu**.

A pergunta de abertura, sempre:

> "Me mostra tudo o que o senhor toma — traga as caixas ou as receitas. Inclusive o que o senhor compra sem receita, chá, vitamina, remédio natural, e o que usa 'só quando precisa'."

Pacientes sistematicamente não contam: colírio, bombinha, injeção mensal, anticoncepcional, suplemento, chá e canabidiol. Nomeie cada categoria.

A lógica geral tem duas balanças. A primeira: *suspender protege de sangramento, mas expõe ao evento que a droga previne*. A segunda: *manter protege do evento, mas pode complicar a anestesia*. Você pesa as duas em cada droga.

Anticoagulantes. A pergunta é: qual o risco trombótico se eu parar (prótese valvar mecânica, fibrilação atrial com alto escore de risco, trombose venosa recente) contra o risco hemorrágico se eu mantiver (cirurgia intracraniana, raquianestesia, neurocirurgia e cirurgia ocular toleram quase zero sangramento; uma extração dentária tolera bastante). Perguntas:

> "Qual anticoagulante o senhor toma, em que dose, e por que motivo — foi trombose, arritmia ou válvula do coração?" "O senhor tem problema de rim?" — porque a eliminação dos anticoagulantes diretos é parcialmente renal e o intervalo de suspensão se alonga. "Já teve sangramento importante usando esse remédio?"

Para os antagonistas da vitamina K, o controle é pelo INR e pode envolver ponte com heparina em pacientes de alto risco trombótico; para os anticoagulantes orais diretos, o manejo é por **tempo de suspensão baseado em meia-vida e função renal**, sem necessidade de ponte na maior parte dos casos. Os números exatos seguem o protocolo local.

Antiagregantes. Aqui a pergunta decisiva é uma só:

> "O senhor colocou stent? Quando, e que tipo? Quem colocou disse por quanto tempo o senhor não pode parar o clopidogrel de jeito nenhum?"

Suspender dupla antiagregação dentro do período crítico após implante de stent causa trombose de stent, que tem mortalidade alta. Nesse cenário, a regra prática é **adiar a cirurgia eletiva**, e quando não dá, decidir em conjunto com o cardiologista. Aspirina em prevenção secundária frequentemente é mantida; em prevenção primária, frequentemente suspensa. A conduta se individualiza.

Anti-hipertensivos. Betabloqueador de uso crônico **não se suspende** — a retirada abrupta causa taquicardia de rebote e isquemia. Já os bloqueadores do sistema renina-angiotensina (inibidores da ECA e bloqueadores do receptor de angiotensina) frequentemente são suspensos na manhã da cirurgia por causa de hipotensão refratária na indução: eles bloqueiam justamente o eixo que compensaria a vasodilatação anestésica. Diuréticos costumam ser suspensos no dia. Pergunte:

> "Que horas o senhor toma cada remédio da pressão? Alguma vez sua pressão caiu muito com eles?"

Hipoglicemiantes e insulina. O raciocínio é o jejum: manter secretagogo em paciente sem comer causa hipoglicemia. Perguntas:

> "O senhor usa insulina? Qual, quantas unidades, em que horários? Já teve hipoglicemia grave, a ponto de precisar de ajuda?" "O senhor sente quando a glicose cai, ou ela cai sem aviso?" — hipoglicemia sem percepção muda a meta glicêmica. "Qual foi sua última hemoglobina glicada?"

Em geral, sulfonilureias são suspensas, metformina tem manejo específico (atenção a função renal e contraste), inibidores de SGLT2 têm regra própria por risco de cetoacidose euglicêmica, e a insulina basal costuma ser mantida em dose reduzida enquanto a prandial é suspensa no jejum. **Os esquemas e prazos exatos seguem o protocolo do serviço.**

Corticoide crônico. Esta é a pergunta que evita um colapso hemodinâmico inexplicado na sala:

> "O senhor toma prednisona ou algum corticoide? Há quanto tempo, em que dose? Tomou corticoide por mais de três semanas seguidas no último ano? Tomou injeção na articulação ou na coluna recentemente?"

O mecanismo: corticoide exógeno em dose suprafisiológica e por tempo prolongado suprime o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Quando vem o estresse cirúrgico, a adrenal atrofiada não consegue produzir o surto de cortisol que deveria sustentar a pressão arterial, e o resultado é **insuficiência adrenal aguda**: hipotensão que não responde a volume nem a vasopressor. É evitável com dose de estresse de corticoide — e só é lembrada se alguém perguntar. O eixo pode levar meses para se recuperar depois da suspensão, então a pergunta cobre também o passado recente.

Psicotrópicos. A maioria é mantida, porque suspender causa descompensação e síndrome de descontinuação. Mas há interações que precisam ser conhecidas: inibidores da monoamina oxidase com certos opioides e vasopressores; lítio, que exige atenção à função renal, à volemia e ao potencial de prolongar bloqueio neuromuscular; benzodiazepínico e opioide crônicos, que geram tolerância e mudam a necessidade analgésica no pós-operatório.

> "O senhor toma remédio para depressão, ansiedade, para dormir ou para humor? Toma há quanto tempo? Toma morfina, tramadol, codeína ou metadona todo dia?"

Paciente em uso crônico de opioide vai precisar de mais analgesia, não menos — e subestimar isso é uma fonte comum de sofrimento evitável.

Fitoterápicos e suplementos. Categoria invisível, porque o paciente não considera remédio.

> "O senhor toma algum chá, erva, vitamina, óleo ou suplemento? Ginkgo, alho em cápsula, ginseng, gengibre em dose alta, óleo de peixe, erva-de-são-joão?"

Vários têm efeito antiplaquetário ou interações relevantes (erva-de-são-joão é indutora enzimática potente e altera o metabolismo de muitas drogas). A recomendação usual é suspender com alguma antecedência; o prazo segue o protocolo local. Honestidade: a evidência sobre o impacto clínico real de muitos deles é limitada, e a conduta é mais precaucional do que comprovada.

Jejum

> "O senhor sabe a partir de que horas não pode comer nem beber? Vou explicar."

O jejum pré-operatório moderno é mais curto do que a tradição de "nada após a meia-noite": em geral, algumas horas para sólidos e um intervalo bem menor para líquidos claros, com benefícios documentados de conforto, menos sede, menos hipoglicemia e recuperação melhor. Os intervalos exatos seguem a diretriz vigente e o protocolo do serviço. O que você precisa perguntar é o que altera esses tempos:

> "O senhor tem diabetes de longa data? Sente a comida parada no estômago, empachamento, vômito de comida velha?" — gastroparesia. "Tem refluxo, azia, sente vir comida à boca quando deita?" — risco de aspiração e indicação de cuidados

> específicos. "Está grávida?" e "Usa remédio para emagrecer, do tipo injeção semanal?" — agonistas de GLP-1 retardam o esvaziamento gástrico, e há orientação específica e evolutiva sobre eles; siga o protocolo atual do seu serviço.

Álcool, tabaco e drogas

> "O senhor bebe? Quantos dias por semana e quanto por vez? Já tomou logo ao acordar? Já teve tremor, suor ou confusão quando ficou sem beber?"

O risco concreto é **abstinência alcoólica no pós-operatório**, que aparece em 48 a 72 horas, dentro da internação, e que se manifesta como agitação, taquicardia, hipertensão e, na pior forma, delirium tremens com mortalidade relevante. Sabendo antes, previne-se. Etilismo pesado também traz hepatopatia, coagulopatia, desnutrição e maior risco de infecção de ferida.

> "O senhor usa alguma outra substância — maconha, cocaína, estimulante, crack? Quando foi a última vez?"

Pergunte sem juízo, explicando o porquê: "pergunto porque muda a anestesia e os remédios que vou usar". Cocaína recente é contraindicação relativa a anestesia eletiva por risco de isquemia e arritmia. Uso pesado de cannabis altera necessidade de anestésico e pode aumentar hiper-reatividade de via aérea.

Sangramento anormal: a história que vale mais que o coagulograma

Um coagulograma de rotina em paciente assintomático tem rendimento baixo. A **história de sangramento bem feita** tem rendimento melhor, e é uma sequência de perguntas sobre desafios hemostáticos já vividos:

> "Quando o senhor arrancou um dente, sangrou muito? Precisou voltar ao dentista?" "Já fez alguma cirurgia? Precisou de transfusão sem que estivesse previsto? Precisou voltar à sala por sangramento?" "O senhor faz mancha roxa fácil, sem bater? Do tamanho de quê?" "Sangra muito do nariz? Já precisou de tampão ou cauterização?" (à mulher) "Sua menstruação é muito intensa? Troca absorvente de quantas em quantas horas? Já ficou anêmica por causa disso?" "Alguém na família sangra demais, tem hemofilia ou doença de von Willebrand?"

Um paciente que passou por extração dentária, parto e cirurgia sem sangramento anormal tem probabilidade muito baixa de coagulopatia hereditária relevante.

Gestação

> "Quando foi sua última menstruação? Existe alguma chance de estar grávida?"

Pergunta obrigatória em toda mulher em idade fértil, feita em privacidade, sem o acompanhante na sala, e com teste quando houver qualquer dúvida — muda a escolha de drogas, a indicação de radiação, o posicionamento e, às vezes, a indicação da própria cirurgia.

Expectativa, consentimento e recusa

A parte final da consulta não é técnica, é ética — e continua sendo anamnese, porque você está colhendo os **valores** do paciente.

> "O que o senhor entendeu que vai ser feito? E o que o senhor espera que melhore depois?"

Expectativa desalinhada é a principal fonte de insatisfação pós-operatória, e é detectável em uma pergunta.

> "O senhor tem alguma dúvida sobre a anestesia? Qual é o seu maior medo?"

Medos concretos e frequentes: acordar durante a cirurgia, não acordar, sentir dor, vomitar, ficar paralisado depois da raquianestesia. Nomeie e responda cada um com honestidade, incluindo a magnitude real do risco.

O **consentimento informado** é uma conversa, não uma assinatura. Ele precisa conter o que será feito, as alternativas (inclusive não operar), os riscos relevantes e os riscos raros mas graves, e a verificação de que o paciente entendeu — que se faz pedindo que ele repita com as próprias palavras.

E a **recusa**. Um paciente adulto com capacidade de decisão pode recusar qualquer tratamento, incluindo o que você considera obviamente necessário. O caso mais comum é a recusa de hemotransfusão por convicção religiosa, tipicamente entre Testemunhas de Jeová. A conduta correta é o oposto de confronto:

> "Eu quero entender direito o que o senhor aceita e o que não aceita, para planejar a cirurgia da melhor forma possível dentro disso. O senhor aceita alguma alternativa, como recuperação do próprio sangue durante a cirurgia, ou medicamentos que reduzem o sangramento?"

Existe um campo inteiro de **medicina sem sangue** — otimização de hemoglobina com ferro e eritropoetina semanas antes, antifibrinolíticos, técnicas cirúrgicas de economia, recuperação intraoperatória de sangue — e muitos pacientes aceitam parte dessas opções. Documente com precisão o que foi recusado e o que foi aceito, confirme que a recusa é informada (o paciente compreende a consequência possível), e respeite. Situações de menores de idade e de pacientes sem capacidade de decisão têm regramento próprio e envolvem a instituição e, quando necessário, instâncias judiciais.

A avaliação pré-operatória em neurocirurgia

A neurocirurgia merece seção própria porque acrescenta uma camada que nenhuma outra especialidade tem: **o cérebro é ao mesmo tempo o órgão operado e o instrumento de medida do resultado**. Isso muda três coisas na anamnese.

O estado neurológico basal documentado em detalhe. Esta é a parte mais importante e a mais negligenciada. Depois da cirurgia, a pergunta que todo mundo vai fazer é "ele piorou?". E "piorou" só existe em relação a um ponto de partida registrado. Se o basal não foi escrito, a equipe do pós-operatório vai debater se aquela paresia discreta de dimídio esquerdo é nova ou antiga — e vai indicar tomografia, ou pior, não indicar. Registre com granularidade absurda:

> "Qual é exatamente a dificuldade hoje? A mão esquerda está fraca para quê — abrir garrafa, escrever, segurar copo?" "A força está igual há quanto tempo? Piorou nas últimas semanas?" "O senhor tem dormência? Onde exatamente, até onde?" "A fala fica enrolada? O senhor tem dificuldade em achar as palavras, ou em entender o que falam?" "Está enxergando igual? Tem visto dobrado? Esbarra em coisas de um lado?" "A memória mudou? Esquece o quê — recado, nome, o caminho de casa?" "O senhor tem perdido urina, ou tem dificuldade para começar a urinar?"

Escreva no prontuário com valores: força grau tal em cada segmento, campo visual testado por confrontação, marcha descrita, linguagem descrita com exemplos. Um basal bem escrito é o que transforma o exame do dia seguinte em informação.

Sinais de hipertensão intracraniana. Eles mudam a conduta anestésica inteira (indução, ventilação, posicionamento, escolha de drogas, controle pressórico) e mudam a urgência.

> "A dor de cabeça é pior de manhã, ao acordar? Melhora ao longo do dia?" "A dor piora quando o senhor tosse, faz força, se abaixa ou deita?" "Tem vomitado, às vezes sem enjoo antes, e saindo em jato?" "A vista embaça de vez em quando, por alguns segundos, principalmente quando muda de posição?" "Tem ficado mais sonolento do que o normal? A família acha que o senhor está mais devagar?"

O mecanismo dá a lógica de todas elas: o crânio é uma caixa rígida de volume fixo. Deitado e dormindo, o retorno venoso cerebral diminui e a pressão parcial de gás carbônico sobe um pouco, vasodilatando — a pressão intracraniana sobe e a cefaleia é matinal. Tossir e fazer força aumentam a pressão intratorácica, dificultam a drenagem venosa e produzem picos de pressão. O vômito em jato vem da estimulação direta de estruturas do tronco, sem a náusea prodrômica de origem gástrica. E o obscurecimento visual transitório é o edema de papila comprimindo transitoriamente a perfusão do nervo óptico.

Corticoide. Pacientes com tumor cerebral frequentemente usam dexametasona para reduzir o edema vasogênico peritumoral.

> "O senhor está tomando dexametasona? Que dose, há quanto tempo? Já tentou reduzir e piorou?"

Isso importa por três motivos somados: o corticoide precisa ser mantido ou ajustado no perioperatório; a supressão do eixo adrenal precisa ser considerada; e o uso crônico traz hiperglicemia, miopatia proximal, risco de úlcera e de infecção.

Anticonvulsivante.

> "O senhor toma remédio para convulsão? Qual, que dose? Teve crise alguma vez? Quando foi a última? Como foi a crise — perdeu a consciência, teve abalos, mordeu a língua?" "Já dosaram o nível do remédio no sangue?"

Anticonvulsivante **não se suspende**, e alguns (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital) são indutores enzimáticos e alteram o metabolismo de bloqueadores neuromusculares e outros anestésicos, exigindo ajuste de dose. A caracterização da crise também é basal: se houver crise no pós-operatório, a equipe precisa saber se é igual às anteriores ou nova.

O resto do bloco neurocirúrgico inclui perguntas que valem em qualquer cirurgia mas pesam mais aqui: anticoagulante e antiagregante (porque sangramento intracraniano não tem margem), pressão arterial habitual (porque a perfusão cerebral depende dela e a autorregulação pode estar deslocada em hipertenso crônico), mobilidade cervical e posicionamento previsto (prona, sentada, cabeça fixa em suporte), e a pergunta simples sobre o que o paciente entendeu do objetivo — porque em neurocirurgia a diferença entre "vou ficar curado" e "o objetivo é tirar o máximo possível preservando a função" é uma conversa que precisa acontecer antes, não depois.

Sinais de alarme (red flags)

- **Angina em repouso, angina que mudou de padrão nas últimas semanas, ou infarto recente** — cirurgia eletiva não segue antes de avaliação cardiológica.
- **Dispneia nova ou piora da capacidade funcional nos últimos meses** sem explicação.
- **Síncope aos esforços** ou sopro não investigado em idoso — estenose aórtica.
- **Stent coronariano recente** com dupla antiagregação em curso.
- **Insuficiência cardíaca descompensada**: ortopneia nova, edema progressivo, ganho de peso rápido.
- **Asma ou DPOC fora de controle**: uso diário de resgate, crise recente, corticoide oral no último mês.
- **Infecção ativa**, inclusive respiratória alta recente e infecção urinária sintomática.
- **História pessoal ou familiar de hipertermia maligna** ou de despertar prolongado inexplicado.
- **Via aérea difícil prévia documentada**, radioterapia cervical, limitação de abertura bucal ou de mobilidade cervical.
- **Corticoide crônico** em qualquer dose relevante — risco de insuficiência adrenal.
- **Sangramento anormal na história pessoal ou familiar**.
- **Possibilidade de gravidez**.
- **Em neurocirurgia**: cefaleia matinal progressiva, vômito em jato, obscurecimento visual, rebaixamento de consciência, déficit em progressão rápida.

21

Armadilhas

Tratar a consulta como liberação. "Liberado para cirurgia" não é conclusão médica; é abdicação. Escreva risco estimado, o que foi otimizado e o plano de medicações.

Pedir bateria de exames em vez de perguntar. Exames de rotina em paciente assintomático de baixo risco geram achados irrelevantes, atrasos e ansiedade. A história dirige o exame, não o contrário.

Aceitar "não consigo subir escada" sem perguntar por quê. Limitação por artrose não é reserva cardíaca ruim — é reserva desconhecida, e exige outra estratégia de avaliação.

Não perguntar o porte e a duração da cirurgia. Metade do risco está no procedimento, e o estudante avalia só o paciente.

Registrar "nega alergias" sem descrever a reação, e perpetuar rótulos falsos de alergia a penicilina e a anestésico local.

Esquecer o corticoide, o colírio, a bombinha e a injeção mensal, porque o paciente não os considera remédio. Nomeie cada categoria.

Suspender betabloqueador ou anticonvulsivante "por precaução". Ambos causam dano ao serem retirados.

Suspender antiagregante de paciente com stent recente sem falar com o cardiologista.

Não perguntar sobre álcool e descobrir a abstinência no terceiro dia de internação, com o paciente agitado e arrancando dreno.

Discutir gravidez com o acompanhante na sala. Pergunte em privacidade.

Em neurocirurgia, escrever "exame neurológico sem alterações" sem detalhar. Um basal genérico é um basal inútil.

Decorar prazos de suspensão como se fossem universais. Eles mudam com droga, rim, procedimento e diretriz — consulte o protocolo do serviço todas as vezes.

Um exemplo de HDA escrita

> Mulher, 71 anos, avaliada em consulta pré-anestésica para artroplastia total de joelho direito eletiva, porte intermediário, duração prevista de duas horas, com expectativa de sangramento moderado. Capacidade funcional limitada pela própria gonartrose: refere que consegue caminhar cerca de um quarteirão no plano e subir um lance de escada, parando por **dor no joelho, sem dispneia, dor torácica ou palpitação** — capacidade cardiopulmonar, portanto, não plenamente demonstrada. Refere que há seis meses caminhava o mesmo, sem piora progressiva. Antecedentes: hipertensão há 20 anos, diabetes tipo 2 há 12 anos em uso de insulina NPH 20 U pela manhã e 10 U à noite, com hemoglobina glicada de 7,8% há dois meses e sem episódios de hipoglicemia grave; nega percepção reduzida de hipoglicemia. Nega infarto, angina, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral ou doença renal. Nega dispneia paroxística noturna, ortopneia (dorme com um travesseiro, sem mudança) ou edema. Nega síncope. Ex-

tabagista, 20 maços-ano, cessou há 15 anos; nega tosse crônica ou uso de broncodilatador. Ronca alto, com pausas respiratórias presenciadas pelo marido e sonolência diurna — **rastreio positivo para apneia obstrutiva do sono, sem polissonografia prévia**; orientada sobre risco perioperatório e encaminhada para avaliação. Duas anestesias gerais prévias (colecistectomia e histerectomia), ambas sem intercorrências relatadas, sem relato de dificuldade de intubação; refere náusea e vômito intensos após a segunda, além de cinetose habitual em viagens de ônibus — **alto risco para náusea e vômito pós-operatórios**. Nega história pessoal ou familiar de hipertermia maligna, de despertar prolongado ou de sangramento anormal; extrações dentárias e dois partos sem sangramento excessivo. Sem dentes soltos; usa prótese parcial removível. Mobilidade cervical preservada, nega radioterapia ou cirurgia cervical. Medicações em uso: losartana 50 mg 2x/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, metformina 850 mg 2x/dia, insulina conforme acima, sinvastatina 20 mg/dia, e "chá de gengibre e cápsula de óleo de peixe" diários, não relatados espontaneamente. Nega uso de anticoagulante, antiagregante ou corticoide, inclusive infiltração articular no último ano. Etilismo social, cerca de uma dose por semana; nega drogas ilícitas. Sem possibilidade de gestação. Refere como maior medo "não acordar da anestesia" e expectativa de "voltar a andar sem dor" — orientada sobre o curso esperado de reabilitação. Conduta proposta: manter losartana com decisão de suspensão na manhã da cirurgia conforme protocolo, ajuste de insulina e suspensão de metformina e hidroclorotiazida conforme rotina institucional, suspensão do óleo de peixe com antecedência, profilaxia multimodal reforçada de náusea e vômito, e avaliação para apneia do sono antes do procedimento.

Para levar

1. A avaliação pré-operatória **não libera ninguém**: ela estima o risco, comunica o risco e modifica o que dá para modificar.
2. A pergunta mais rentável do capítulo é **"o senhor sobe dois lances de escada sem parar?"** — e a segunda é "há seis meses conseguia mais?".
3. Quando o paciente não sobe escada por dor no joelho, a reserva cardíaca não é ruim: é **desconhecida**, e isso se escreve.
4. Metade do risco está no paciente e metade **no porte da cirurgia** — pergunte que cirurgia é, por quanto tempo e com quanto sangramento.
5. Cada item dos índices de risco cardíaco marca **um território já doente**: coronária, bomba, cérebro, microvasculatura do diabético insulinizado, rim.
6. Controle atual vale mais que rótulo: pergunte **quantas crises, quanto resgate, quantas internações no último ano**.
7. Ronco alto, pausas presenciadas e sonolência diurna mudam o pós-operatório inteiro — **pergunte sempre sobre apneia do sono**.
8. Duas perguntas familiares salvam vidas: **febre alta e morte durante anestesia** (hipertermia maligna) e **demora de horas para acordar** (deficiência de colinesterase).

9. Em medicação, decore o **raciocínio das duas balanças** — sangramento contra trombose, evento contra interação — e consulte o protocolo local para os prazos.
10. **Corticoide crônico é a pergunta que evita hipotensão inexplicável na sala**; betabloqueador e anticonvulsivante não se suspendem.
11. Alergia sem a reação descrita não é informação, e a maioria dos rótulos de alergia a penicilina e a anestésico local está errada.
12. Em neurocirurgia, o **exame neurológico basal escrito em detalhe** é o único jeito de reconhecer piora depois — e cefaleia matinal, vômito em jato e obscurecimento visual são hipertensão intracraniana até prova em contrário.
13. Expectativa, consentimento e recusa fazem parte da anamnese: pergunte o que o paciente entendeu, peça que repita com as próprias palavras, e respeite a autonomia inclusive quando ela recusa o que você faria.

21

Referências

Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91(3):693-700.

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery. Circulation. 2014;130(24):e278-333.

Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR, et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. N Engl J Med. 1977;297(16):845-50.

Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 9th ed. New York: Thieme; 2020.

Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. Eur Heart J. 2022;43(39):3826-924.

Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. Circulation. 1999;100(10):1043-9.

Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. Can Anaesth Soc J. 1985;32(4):429-34.

Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status – historical perspectives and modern developments. Anaesthesia. 2019;74(3):373-9.

22

CAPÍTULO 22

Entrevistas difíceis e pacientes com comunicação limitada

Este capítulo resolve o problema de saber a técnica da anamnese e mesmo assim sair da sala sem história, porque a conversa não cooperou. A ideia central é que **não existe paciente difícil, existe entrevista difícil** — e a maior parte das dificuldades tem uma manobra concreta que funciona, uma frase que se diz, um jeito de perguntar. O capítulo é uma caixa de ferramentas: cada situação com as perguntas literais e a estratégia.

Por que essa anamnese é diferente

Nos capítulos anteriores, a dificuldade era **conteúdo**: saber qual pergunta faz a diferença na dor torácica ou na dor articular. Aqui a dificuldade é **processo**: você sabe a pergunta, mas o canal está obstruído. O paciente fala demais, ou não fala; está com raiva, ou apavorado; não ouve, não vê, não lembra, não fala a sua língua, não entende as palavras que você usa, ou não confia em você o suficiente para contar a verdade. A pergunta certa feita num canal obstruído não produz resposta.

A segunda diferença é que aqui a **emoção é dado clínico, não interferência**. O estudante tende a tratar o choro, a raiva e a ansiedade como ruído que atrapalha a coleta — algo a ser contornado para voltar ao roteiro. Na prática é o contrário: a emoção costuma ser o caminho mais curto até a informação que importa. O paciente que chora ao falar da dor lombar quase sempre tem outra coisa junto. O paciente irritado quase sempre está com medo, com dor, ou foi maltratado por alguém antes de você. Nomear a emoção **abre** a entrevista; ignorá-la fecha.

A terceira diferença é que muitas dessas entrevistas exigem que você **abra mão do controle da forma para preservar o conteúdo**. Você vai fazer a anamnese fora de ordem, em duas sessões, escrita num papel, por sim ou não, com um intérprete, sem interrogatório sintomatológico

completo. Isso não é uma anamnese pior. A analogia: um fotógrafo com pouca luz não fotografa igual e reclama do escuro — ele muda a abertura, o tempo e a sensibilidade, e a foto sai. O roteiro é o equipamento, não o resultado.

O mapa de hipóteses antes de perguntar

Aqui o "mapa" não é de doenças, é **do que está obstruindo o canal** — porque a intervenção depende disso.

As obstruções que causam dano grave e rápido se não forem reconhecidas. Risco de agressão iminente na entrevista com paciente hostil (sua segurança e a dele). Delirium confundido com "paciente confuso e chato". Afasia confundida com rebaixamento de consciência ou com déficit cognitivo. Surdez confundida com demência. Dor não controlada gerando irritabilidade. Ideação suicida escondida atrás de queixas somáticas vagas. Violência doméstica escondida atrás do familiar que responde por tudo. Hipoglicemia, hipóxia e abstinência produzindo agitação.

As comuns. Paciente prolixo. Paciente lacônico. Ansiedade. Paciente que chega com diagnóstico pronto da internet. Letramento em saúde baixo. Diferença cultural. Múltiplas queixas vagas e dor crônica. Omissão por vergonha.

As que só aparecem se você perceber. Baixa visão não declarada (o paciente que não leu a receita e não disse). Analfabetismo escondido ("esqueci meus óculos" é a frase clássica). Perda auditiva parcial que o paciente disfarça concordando com tudo. Familiar que traduz e edita. Crença religiosa ou cultural sobre a origem da doença, que explica a não adesão inteira e nunca é perguntada.

As perguntas, com o porquê de cada uma

O paciente que fala demais e sai do assunto

Ele não está atrapalhando de propósito. Costuma ser ansiedade, solidão, ou a experiência de nunca ter sido ouvido até o fim. A estratégia errada é interromper seco ("senhor, foco"), porque isso rompe o vínculo e, ironicamente, faz o paciente falar mais — ele sente que ainda não foi compreendido.

A manobra correta tem três tempos: **deixar correr um pouco, resumir, e redirecionar com uma pergunta fechada**.

Primeiro, dê **um a dois minutos de fala livre sem interromper**. Parece um luxo que você não tem, mas é economia: a maior parte dos pacientes, quando não interrompida, conclui a fala inicial em menos de dois minutos, e entrega ali o essencial.

Depois, use o **resumo como ponte** — é a ferramenta mais elegante da entrevista, porque interrompe demonstrando que você ouviu:

> "Deixa eu ver se eu entendi até aqui: começou depois que a senhora se mudou, é uma dor que aperta no peito, piora à tarde, e a senhora ficou preocupada porque seu irmão teve infarto. É isso?"
>
> "Isso tudo é importante e eu vou querer ouvir. Só que eu preciso primeiro entender bem uma coisa, para conseguir te ajudar hoje: essa dor no peito, ela vem quando a senhora está fazendo esforço?"

E o **contrato explícito de tempo**, dito no começo, evita a briga depois:

> "Nós temos uns vinte minutos hoje. Eu queria usar a maior parte deles nesse problema da dor, que me parece o mais urgente. As outras coisas eu anoto aqui e a gente marca um retorno para elas. Pode ser assim?"

Se ele desviar de novo, a técnica é a **âncora repetida**, com gentileza e sem irritação na voz:

> "Voltando ao peito, senhora Maria…"

Quando a prolixidade for muito acentuada, mude de perguntas abertas para **perguntas de múltipla escolha**, que dão trilhos sem parecer interrogatório:

> "Essa dor é mais um aperto, uma queimação, ou uma pontada?"

Sinalize sempre que estiver estreitando, para o paciente não sentir que perdeu a palavra: "agora eu vou fazer umas perguntas mais rápidas, de sim ou não, e no fim eu te pergunto se ficou faltando alguma coisa". E cumpra o fim: "ficou alguma coisa importante que eu não perguntei?".

O paciente monossilábico

Causas diferentes exigem manobras diferentes, então a primeira coisa é **hipotetizar por que ele não fala**: timidez, depressão, desconfiança, vergonha do tema, medo do diagnóstico, cansaço, dor, surdez parcial, déficit cognitivo, ou simplesmente porque você está fazendo perguntas fechadas em sequência e ele está respondendo exatamente o que foi pedido.

O erro mais comum é esse último. Perguntas fechadas produzem respostas monossilábicas — o paciente não é lacônico, a sua pergunta é. Mude a forma:

> "Me conta como é um dia seu, desde a hora que o senhor acorda."

Essa é a pergunta que mais funciona com paciente calado, porque é concreta, não exige interpretação e não parece interrogatório.

> "Me descreve a última vez que essa dor apareceu. Onde o senhor estava, o que estava fazendo?"

O **silêncio** é ferramenta, e o estudante tem pânico dele. Depois de uma pergunta, conte mentalmente até cinco antes de falar de novo. Muita resposta importante vem no quarto segundo.

Outras manobras:

> "Eu percebi que o senhor está falando pouco hoje. Tem alguma coisa te incomodando na conversa, ou o senhor está mais quieto do que o normal?"

Nomear sem acusar. A resposta pode revelar depressão, dor, ou desconforto com a presença de alguém na sala.

> "É mais fácil se eu perguntar e o senhor só me disser sim ou não?"

Oferecer o formato mais fácil é respeito, não desistência.

E cheque **depressão explicitamente**, porque lentificação e pobreza de fala são sintomas:

> "Nas últimas duas semanas, o senhor tem se sentido para baixo, desanimado? Tem perdido o gosto pelas coisas que gostava?"

O paciente irritado ou hostil

Três regras, em ordem: **segurança primeiro, nomear a emoção, não revidar**.

A **segurança** é pré-condição e não é covardia: avalie a saída da sala (fique entre o paciente e a porta, nunca com ele entre você e a saída), remova objetos, não faça a entrevista sozinho em ambiente isolado se houver sinais de escalada (voz alta, punhos cerrados, invasão do seu espaço, ameaça verbal, intoxicação, agitação psicomotora), e chame ajuda cedo. Chamar ajuda cedo desescala; chamar ajuda tarde vira contenção.

Ao mesmo tempo, considere as **causas orgânicas de agitação** antes de rotular a pessoa: hipoglicemia, hipóxia, dor, retenção urinária, abstinência, delirium, trauma craniano, intoxicação. Agitação nova em pessoa que não era assim é sintoma até prova em contrário.

A manobra verbal central é **nomear a emoção e validar o motivo**, sem concordar com a acusação nem se defender:

> "Eu estou vendo que o senhor está muito irritado. Faz sentido — esperar três horas com essa dor deixaria qualquer um assim."
>
> "O senhor tem razão de estar bravo com a espera. Eu não consigo desfazer isso, mas eu consigo cuidar do senhor agora."

Depois, **pergunte o que aconteceu**, porque quase sempre há uma história de mau atendimento anterior:

> "Me conta o que aconteceu até aqui hoje. Eu quero entender."

E **separe a raiva da pessoa**: não leve para o lado pessoal, ainda que esteja dirigida a você. A frase interna útil é: "essa raiva chegou aqui antes de mim". Baixe o tom de voz (as pessoas espelham), diminua o ritmo, sente-se se for seguro (sentar reduz a sensação de confronto), e evite as três frases que pioram tudo: "se acalme", "não é assim que funciona" e "eu não tenho culpa".

Se houver ofensa pessoal ou agressividade dirigida, é legítimo estabelecer um limite, com calma e sem ameaça:

> "Eu quero muito te atender bem. Para isso eu preciso que o senhor não grite comigo. Vamos tentar de novo?"

E registre no prontuário o que foi dito e feito, objetivamente, sem adjetivos sobre a pessoa.

O paciente ansioso e o que pede exame

O paciente ansioso tem uma necessidade específica que exames não resolvem: ele quer **ser levado a sério e ser tranquilizado com base em algo, não com base em nada**. Tranquilização vazia ("não é nada, fica calmo") piora a ansiedade, porque ele conclui que você não entendeu o problema.

A sequência que funciona: **perguntar o medo específico, examinar de verdade, e devolver a tranquilização ancorada no que foi feito**.

> "O que a senhora está com medo que isso seja?"

Pergunta obrigatória e quase nunca feita. A resposta é frequentemente muito específica ("meu pai morreu de câncer no pâncreas e começou assim") e é ela, não a queixa, que precisa ser endereçada.

> "O que aconteceu na sua família ou com alguém próximo que te deixou preocupada com isso?"
>
> "Se esse exame viesse normal, a senhora ficaria tranquila? Ou ainda ficaria com a sensação de que passou alguma coisa?"

Essa pergunta é diagnóstica da própria ansiedade: quem responde "ainda ficaria preocupada" não vai ser curado por exame nenhum, e precisa que o problema seja tratado como ansiedade, com respeito.

Sobre o pedido de exame, não negue de bate-pronto nem ceda automaticamente. **Explique o raciocínio e ofereça a alternativa do tempo**:

> "Eu entendo o pedido, e vou te explicar como eu penso. Pelo que a senhora me contou e pelo que eu examinei, a chance de ser algo grave é muito baixa. O problema de pedir esse exame agora é que ele encontra coisas sem importância em muita gente saudável, e aí a gente acaba fazendo mais exames e mais furos atrás de nada, com risco de verdade. Minha proposta é: a gente trata isso agora, e se em duas semanas não melhorar, ou se aparecer qualquer um destes sinais que eu vou te listar, a gente faz o exame sem discussão. E eu te dou o retorno marcado hoje."

Os três ingredientes que fazem isso funcionar: **um plano concreto, uma rede de segurança explícita (o que fazer se piorar) e uma data de retorno**. Ansiedade se alimenta de indefinição.

O paciente que traz a internet ou o diagnóstico pronto

Ele não é adversário. Ele fez pesquisa porque está preocupado, e o ato de pesquisar é sinal de engajamento. O erro clássico é o desdém ("não acredite em internet"), que transforma um paciente colaborativo em um paciente que esconde informação.

> "Que bom que a senhora pesquisou. Me mostra o que a senhora leu? E o que mais te chamou atenção ali?"
>
> "O que a senhora leu bate com o que a senhora está sentindo em quê? E em quê não bate?"

Essa segunda pergunta é a mais útil. Ela usa o material trazido como ponto de partida e faz o próprio paciente encontrar as diferenças, sem confronto.

Depois, **explique a lógica sem desqualificar**:

> "Faz sentido a senhora ter pensado nisso, os sintomas realmente se parecem. A diferença é que naquela doença a dor costuma vir junto com X e Y, e a senhora não tem nenhum dos dois. Por isso eu penso mais em outra coisa. Mas vamos combinar: se aparecer X ou Y, a senhora me procura, porque aí a hipótese muda."

Se o paciente chega com **diagnóstico dado por outro profissional** ("o médico disse que é labirintite"), não aceite o rótulo nem o rejeite: peça a descrição por trás dele.

> "Me conta o que exatamente o senhor sente, sem usar o nome da doença. Descreve pra mim como se eu não soubesse nada."

Rótulos herdados são a principal fonte de erro diagnóstico por ancoragem. "Labirintite", "gastrite", "bico de papagaio", "má circulação" e "pressão baixa" carregam décadas de diagnóstico nunca revisado.

O paciente que mente ou omite

Comece por trocar a palavra. Quase nunca é mentira; é **vergonha, medo da consequência, medo do julgamento, ou proteção de alguém**. Ninguém omite a quantidade de bebida por maldade; omite porque já foi repreendido por isso antes. Ninguém esconde que parou o remédio para ser rebelde; esconde porque não tinha dinheiro para comprar e tem vergonha de dizer.

A estratégia é **remover o custo da verdade**. Três técnicas concretas:

Normalizar antes de perguntar. Você anuncia que a resposta "ruim" é comum e esperada.

> "Muita gente não consegue tomar todos os dias, por vários motivos — esquece, acaba o remédio, não tem dinheiro, ou se sente mal com ele. Nas últimas duas semanas, quantos dias o senhor acha que conseguiu tomar?"

Presumir em vez de perguntar sim/não. Não pergunte "o senhor bebe?", que convida ao não.

> "Quanto o senhor bebe numa semana normal?" "Quantos cigarros por dia?" "Quantas vezes o senhor deixa de tomar por semana?"

Dar o motivo da pergunta. A pessoa colabora quando entende o uso.

> "Eu pergunto isso não para te julgar, mas porque muda o remédio que eu vou escolher. Se o senhor beber e eu não souber, eu posso te prescrever algo perigoso."

E quando as respostas não fecharem — a história não bate com o exame, ou muda entre as consultas — **não confronte com acusação**; confronte com a discrepância, com curiosidade:

> "Tem uma coisa que eu não estou conseguindo encaixar, e queria a sua ajuda: o senhor me disse que não teve febre, mas veio anotado 39 graus na triagem. Me ajuda a entender?"

Casos especiais que merecem menção honesta: existe simulação deliberada por ganho (atestado, benefício, medicação controlada) e existem transtornos factícios. São raros comparados com vergonha e medo, e o custo de tratar um paciente honesto como mentiroso é muito maior do que o contrário. Mantenha a postura de acolhimento e deixe que a evolução e os dados objetivos resolvam.

O paciente com múltiplas queixas vagas e dor crônica sem explicação clara

Essa é a entrevista que mais produz maus médicos, e merece cuidado. O rótulo "poliqueixoso" é um veredicto disfarçado de descrição: ele encerra o pensamento, autoriza o descaso e, com frequência, precede o erro — porque pacientes com muitas queixas também adoecem de coisas graves, e a rotulação atrasa o diagnóstico.

Comece por um fato mecanístico que muda a atitude: **dor crônica é uma doença do sistema de dor, não um sintoma sem causa**. Depois de estímulos repetidos ou de uma lesão inicial, os neurônios do corno dorsal da medula ficam mais excitáveis, os controles inibitórios descendentes que vêm do tronco cerebral ficam menos eficazes, e o sistema passa a amplificar sinais que antes seriam desprezados. O resultado é dor real, gerada por um circuito realmente alterado, sem que haja lesão ativa no local que dói. Quando você entende isso, "não tem nada" deixa de ser uma frase possível — e você tem algo verdadeiro para explicar ao paciente.

A estratégia tem cinco movimentos.

Um: ouvir a lista inteira antes de mergulhar em qualquer item.

> "Antes de a gente entrar em cada coisa, me diz tudo o que está te incomodando, tudo mesmo, que eu vou anotar aqui. Depois a gente escolhe por onde começar."

Anote visivelmente. A lista escrita já reduz a ansiedade de "não vai dar tempo de falar de tudo".

Dois: negociar a agenda junto.

> "Eu anotei sete coisas. Hoje a gente não consegue resolver as sete, mas consegue começar duas bem feitas. Qual dessas mais atrapalha o seu dia a dia?"

Deixar o paciente escolher a prioridade é o que transforma confronto em parceria.

Três: validar sem ambiguidade.

> "Eu acredito na sua dor. Ela é real, e eu vou te explicar como esse tipo de dor funciona."

Diga isso com todas as letras. A maioria desses pacientes já foi tratada como mentirosa e chega defensiva por isso. Uma frase honesta de validação muda a consulta inteira.

Quatro: trocar a pergunta "onde dói" pela pergunta funcional.

> "O que essa dor impediu o senhor de fazer que o senhor fazia antes?" "Num dia bom, o que o senhor consegue fazer? E num dia ruim?" "O que o senhor gostaria de estar conseguindo fazer daqui a três meses?"

Isso reorienta o objetivo, de "zerar a dor" (frequentemente inalcançável) para "recuperar função" (alcançável e mensurável), e dá métrica de acompanhamento.

E investigue o que costuma estar junto, porque tratar só a dor não funciona:

> "Como está o seu sono? O senhor acorda descansado?" "Como está o seu humor? Tem se sentido para baixo, sem vontade?" "Aconteceu alguma coisa difícil na sua vida por volta da época em que isso começou?"

Cinco: parar a cascata de exames, explicando por quê.

> "Eu vi que o senhor já fez muitos exames e todos vieram bons. Isso não quer dizer que não tem nada — quer dizer que a gente já descartou as coisas perigosas. Pedir mais exames agora tem chance alta de encontrar algum achado sem importância que vai gerar mais exame, mais procedimento e mais ansiedade, sem tratar a sua dor. Eu prefiro investir o nosso tempo no que trata."

E então ofereça um **plano conjunto e concreto**: alvo funcional, atividade física graduada, sono, tratamento do humor quando houver, medicação com expectativa realista dita em voz alta ("esse remédio costuma reduzir a dor em parte, não zerar"), retorno marcado, e rede de segurança explícita (quais sinais fazem você reinvestigar). Consultas regulares programadas, e não por demanda de crise, reduzem visitas ao pronto-socorro e melhoram a relação.

E mantenha honestidade sobre a incerteza: um diagnóstico não esclarecido hoje pode se esclarecer depois. Reavalie com a mesma seriedade sempre que o padrão mudar.

O paciente com déficit cognitivo

> "O senhor se importa se a sua filha ficar aqui com a gente?" — pergunte **ao paciente**, não sobre ele.

A regra de ouro é: **fale com o paciente, use o acompanhante como complemento**. Mesmo com demência moderada, o paciente informa dor, medo, preferências. O que ele não informa

bem é cronologia, medicação e evolução — isso você pede ao acompanhante, e em algum momento a sós, porque o cuidador não fala de sobrecarga na frente do paciente.

Técnica: frases curtas, uma ideia por frase, uma pergunta por vez, tempo de resposta ampliado, nome do paciente no começo da frase para recrutar atenção, ambiente sem ruído, e reancoragem frequente.

> "Seu José, o senhor está sentindo dor agora? Aqui, aqui, ou aqui?" — com toque leve indicando os locais.

Evite perguntas de memória recente como se fossem coleta de história ("o que o senhor almoçou?") a menos que esteja testando cognição de propósito — e, se estiver, diga que está:

> "Eu vou fazer umas perguntas que parecem bobas, de memória e de atenção. Faço com todo mundo. Tudo bem?"

E sempre cheque **delirium** antes de atribuir tudo à demência: início agudo, curso flutuante no mesmo dia, desatenção. A pergunta ao acompanhante que discrimina é:

> "Isso começou quando? Ele está assim há anos, ou ficou assim nos últimos dias? Ele piora à noite e melhora de manhã?"

	Delirium	Demência
Início	Horas a dias	Meses a anos
Curso no mesmo dia	Flutua muito	Estável
Atenção	Muito prejudicada	Relativamente preservada no início
Consciência	Alterada	Preservada até fases tardias
Causa	Orgânica, procurável e tratável	Degenerativa/vascular

O paciente com afasia

Primeiro, um lembrete que muda a postura: **afasia não é perda de inteligência**. Falar alto não ajuda; falar como criança ofende.

A distinção prática é entre dificuldade de **expressão** (o paciente entende, mas não consegue produzir a palavra) e de **compreensão** (ele fala com fluência, mas o conteúdo não corresponde, e ele não entende o que você diz). O teste rápido é um comando simples sem gesto:

> "Feche os olhos." (sem demonstrar)

Se ele executa, a compreensão está razoavelmente preservada e você pode trabalhar com sim/não. Se não executa, você depende de terceiros e de gestos.

Como construir perguntas de sim ou não que funcionam. Regras concretas:

- Uma ideia por pergunta. Nunca "o senhor tem dor e está com falta de ar?".

- Sem negativas. "O senhor não sente dor?" é armadilha — a resposta "sim" é ambígua.
- Sem alternativas na mesma frase. "É aqui ou aqui?" exige memória de trabalho e produção. Pergunte separado: "É aqui? … É aqui?".
- Faça a **pergunta de controle**, para validar que o sim/não é confiável: pergunte algo cuja resposta você sabe. "O senhor está em casa agora?" Se ele responder "sim" com o hospital em volta, o sim/não não é confiável e você precisa de outro canal.
- Repita a mesma pergunta mais adiante, em outra formulação, e veja se a resposta se mantém.
- Combine um canal motor confiável antes de começar: "aperta minha mão uma vez para sim, duas para não", ou polegar para cima e para baixo, ou aponte para cartões escritos SIM e NÃO.

> "Eu vou fazer perguntas de sim ou não. Se for sim, aperta minha mão uma vez. Se for não, duas vezes. Vamos treinar: o senhor se chama José?"

Outros recursos: prancha alfabética, escrita (muitos afásicos escrevem melhor do que falam, e alguns o contrário — teste os dois), desenho do corpo humano para apontar a dor, escala de dor com faces, fotos e figuras, aplicativos de comunicação. Dê **tempo**: pausa longa após cada pergunta, sem completar a frase do paciente antes que ele tente. Frustração é comum; nomeie e normalize:

> "Eu sei que é frustrante. A gente tem tempo. Tenta de novo, ou me mostra."

O paciente com surdez

Pergunte primeiro qual é o canal dele, porque as necessidades são muito diferentes entre uma pessoa surda usuária de Libras e um idoso com presbiacusia.

> "Qual é a melhor forma de a gente conversar: Libras, escrita, leitura labial, ou o senhor ouve melhor de um lado?"

Para a pessoa surda usuária de **Libras**, o correto é o **intérprete profissional**. É um direito assegurado em lei no Brasil, e o intérprete profissional é preferível a um familiar pelos mesmos motivos que valem para idiomas (independência, sigilo, fidelidade). Regras de conduta: **olhe e fale com o paciente, não com o intérprete**; use primeira pessoa ("o senhor sente dor?", não "pergunta se ele sente dor"); posicione o intérprete ao seu lado, no campo visual do paciente; e vá em blocos curtos.

Para **leitura labial**: fique de frente, no nível dos olhos, com boa luz no seu rosto (nunca contra a janela), sem nada na frente da boca, sem mastigar, articulando naturalmente — exagerar a articulação atrapalha. Fale em ritmo normal, um pouco mais devagar, e **reformule com outras palavras** em vez de repetir a mesma frase mais alto. Lembre-se de que a leitura labial capta uma fração do que é dito, mesmo entre os mais habilidosos: nunca confie nela sozinha para informação crítica.

Para **escrita**: tenha papel e caneta ou o celular à mão. Escreva frases curtas e diretas. Verifique letramento antes de depender disso.

Para **perda auditiva do idoso**: reduza o ruído ambiente, feche a porta, baixe o tom (agudos se perdem primeiro, então falar mais grave funciona melhor do que falar mais alto), fale de frente, cheque se o aparelho auditivo está ligado e com pilha. E cuidado com a armadilha clássica: **surdez parcial imita déficit cognitivo**. O idoso que responde fora de propósito pode não estar confuso — pode não ter ouvido a pergunta.

> "O senhor conseguiu me ouvir bem? Se eu falar assim, está melhor?"

E, seja qual for o canal, **confirme a informação crítica em duas vias**: fale e escreva o nome do remédio, a dose e o horário.

O paciente com baixa visão

A anamnese muda menos, mas a orientação e o vínculo mudam muito.

> "Sou o Fabrício, estudante de medicina. Estou aqui na sua frente, sentado à sua direita." — anuncie-se ao entrar e ao sair da sala; sair em silêncio deixa a pessoa falando sozinha.
>
> "Posso encostar no seu braço para te examinar?" — peça permissão antes de tocar, e avise antes de cada manobra.

Para orientação espacial, ofereça o braço em vez de empurrar. Para a receita, verifique como ela será lida:

> "Como o senhor faz para saber qual remédio é qual em casa? Quem lê a receita para o senhor?"

Ofereça letra ampliada, áudio gravado no celular do paciente, ou explicação verbal com repetição. E não presuma analfabetismo nem dependência.

Intérprete de idioma e familiar que traduz

Com **intérprete profissional**, as regras são as mesmas de Libras: fale com o paciente na primeira pessoa, olhe para ele, use frases curtas, evite gírias, provérbios e piadas (intraduzíveis), e confirme compreensão pedindo que o paciente repita o plano.

> "Eu vou falar em blocos curtos e esperar a tradução. Se eu falar rápido demais, me avise."

Com **familiar traduzindo**, os riscos precisam ser conhecidos, porque essa é a realidade da maior parte dos serviços:

- **Omissão e edição.** O familiar decide o que "vale a pena" traduzir, resume, e às vezes responde por conta própria sem perguntar.
- **Perda de sigilo.** Violência doméstica, sexualidade, uso de substâncias, aborto e ideação suicida não são relatados na presença de familiares — sobretudo quando o próprio familiar é parte do problema.
- **Conflito de papéis.** Traduzir uma má notícia para a própria mãe é cruel com quem traduz.

- **Crianças como intérpretes.** Deve ser evitado sempre que houver qualquer alternativa. Colocar um filho de dez anos para traduzir o diagnóstico da mãe é dano ao filho e distorção da informação.

Sinais de que a tradução está sendo editada: o paciente fala trinta segundos e a tradução tem quatro palavras; o familiar responde sem consultar; o paciente demonstra emoção que não aparece na fala traduzida. Quando perceber, peça ajuste explicitamente:

> "Você pode traduzir o que ela disse exatamente, com as palavras dela, mesmo que pareça repetido? É importante para mim ouvir do jeito dela."

E garanta um momento a sós sempre que houver tema sensível — com intérprete profissional ou por telefone de tradução, se existir no serviço.

Letramento em saúde baixo

Letramento em saúde baixo é comum e **invisível**: as pessoas escondem, porque é vergonhoso. Os sinais são reconhecíveis — "esqueci meus óculos", receita nunca aberta, "vou ler em casa", preenchimento de formulário delegado ao acompanhante, uso do nome da cor da caixa em vez do nome do remédio.

Nunca pergunte "o senhor entendeu?" — quase todo mundo responde que sim. A técnica correta se chama **repetir com as próprias palavras** (teach-back), e a chave é colocar a responsabilidade em você, não no paciente:

> "Eu falei bastante coisa e às vezes eu não me explico bem. Para eu ter certeza de que eu fui claro, o senhor pode me contar, com as suas palavras, como vai tomar esse remédio?"
>
> "Se sua esposa perguntar em casa o que o médico falou, o que o senhor vai responder?"

Se a devolução vier errada, a culpa é da explicação, e você repete de outro jeito:

> "Foi mal, eu me expliquei mal. Vou tentar de novo de outro jeito."

Outras práticas que funcionam: no máximo três mensagens por consulta; linguagem concreta ("o comprimido branco, um de manhã quando acordar e um à noite quando for dormir", em vez de "12 em 12 horas"); desenhar; escrever em letra grande com sol e lua desenhados; e pedir que o paciente mostre como faz ("me mostra como o senhor usa a bombinha").

E pergunte sobre as barreiras reais, sem julgamento:

> "O senhor conseguiu comprar todos? Quanto custa por mês? Consegue pegar no posto?" "Quem organiza os remédios na sua casa?"

Diferenças culturais e crenças sobre a doença

A pergunta central aqui é o **modelo explicativo** do paciente: o que ele acha que tem, o que acha que causou, e o que acha que resolve. Isso não é curiosidade antropológica — é o que prediz adesão.

> "O que o senhor acha que está causando isso?" "Na sua família, como se chama esse problema? O que costumam fazer?" "O senhor está tomando algum chá, benzimento, ou fazendo algum tratamento além do que eu prescrevi?" "Tem alguma coisa da sua religião ou dos seus costumes que eu precise saber para cuidar bem do senhor — comida, jejum, dias, exame do corpo, quem pode estar presente?" "Quem decide as coisas de saúde na sua casa?"

Essa última importa porque em muitas culturas a decisão é familiar, não individual, e ignorar isso gera um plano que ninguém vai executar.

Postura: **não corrija a crença de frente**. Se não for prejudicial, conviva com ela; se for (substituir o tratamento, atrasar cuidado, causar dano direto), negocie com respeito, sem ridicularizar:

> "Eu não vejo problema em continuar o chá. O que eu peço é que o remédio também seja tomado, porque é ele que controla a pressão. Podem andar juntos."
>
> "Esse aqui eu preciso te pedir para parar, e vou te explicar por quê: ele interfere no remédio do coração e pode fazer mal junto."

E cheque sempre jejum religioso quando prescrever medicação com horário, e restrições alimentares quando prescrever dieta.

O paciente em sofrimento agudo, chorando

A reação instintiva do estudante é tentar fazer parar de chorar. Não é o objetivo. O choro é um dado e uma liberação; interrompê-lo é interromper a informação.

O que fazer, na prática: **pare de falar, pare de escrever, empurre a caixa de lenços para perto, e espere**. Silêncio acompanhado não é vazio — é presença. Dez ou quinze segundos de silêncio com o corpo voltado para a pessoa comunicam mais do que qualquer frase.

Depois, nomeie sem interpretar:

> "Pode chorar, está tudo bem. A gente tem tempo."
>
> "Isso está sendo muito pesado para a senhora."
>
> "O que está passando pela sua cabeça agora?"

Evite: "não chore", "calma", "vai ficar tudo bem", "eu sei como a senhora se sente" (você não sabe), e mudar de assunto por desconforto próprio. Evite também o toque automático: pergunte, ou apenas aproxime-se um pouco.

Se o choro for intenso a ponto de impedir a conversa, ofereça uma pausa com retorno garantido:

> "Quer beber uma água? Eu espero. A gente continua quando a senhora estiver pronta, sem pressa."

E, sempre que houver sofrimento intenso, faça a pergunta que não pode ser adiada, com naturalidade:

> "Com tudo isso, a senhora chegou a pensar que não valia a pena viver, ou a pensar em se machucar?"

Má notícia: SPIKES numa conversa real

O SPIKES é um roteiro de seis passos. Vale mais visto funcionando do que listado.

S — Setting (preparar o cenário). Sala reservada, sentado, na altura dos olhos, celular no silencioso, tempo reservado, a pessoa que o paciente quiser presente, lenços à mão. "O senhor quer que alguém esteja junto nessa conversa?"

P — Perception (o que ele já sabe). Nunca comece contando.

> "Antes de eu falar, eu queria saber: o que o senhor já entendeu sobre o que está acontecendo, e o que já te falaram até agora?"

I — Invitation (quanto ele quer saber).

> "Tem gente que prefere saber todos os detalhes, e tem gente que prefere saber o essencial e deixar os detalhes com a família. Como o senhor prefere?"

K — Knowledge (a informação). Dê um **aviso prévio**, depois a notícia em uma ou duas frases simples, sem eufemismo, e então **pare**.

> "Seu Antônio, eu tenho uma notícia difícil para dar." (pausa de dois segundos) "O resultado da biópsia mostrou que é um câncer." (silêncio)

Silêncio aqui é a parte mais difícil e a mais importante. Não preencha. A pessoa precisa de vários segundos só para registrar, e nada que você disser nesses segundos será lembrado.

E — Emotion (responder à emoção). Antes de qualquer informação adicional, responda ao que veio.

> "Eu vejo o quanto isso é difícil de ouvir." (pausa) "Eu estou aqui. A gente vai conversar no seu tempo." "O que mais assusta o senhor agora?"

S — Strategy and Summary (plano e resumo). Só depois que a emoção foi acolhida.

> "O próximo passo é conversar com a oncologia, e eu já vou encaminhar hoje. Existe tratamento, e eu vou te acompanhar em cada etapa." "O que o senhor entendeu do que a gente combinou? Quero ter certeza de que eu fui claro."

Três erros frequentes: despejar informação técnica por nervosismo; prometer o que não se pode cumprir ("vai ficar tudo bem"); e desaparecer depois. Marque o retorno antes de sair.

O paciente terminal e a conversa sobre objetivos de cuidado

A conversa de objetivos de cuidado não é sobre desistir; é sobre **descobrir o que importa para essa pessoa e ajustar o tratamento a isso**. As perguntas são conhecidas e cabem numa consulta.

> "O que o senhor entende sobre a sua doença hoje, e sobre como ela deve evoluir?" "Quando o senhor pensa no tempo à frente, o que mais te preocupa?" "O que é mais importante para o senhor agora? O que faz um dia ser um bom dia?" "Tem alguma coisa que o senhor considera pior do que morrer?" — pergunta forte, e frequentemente a mais reveladora. "Se a sua saúde piorar, quanto o senhor estaria disposto a passar em troca da chance de ganhar mais tempo?" "Se chegar um momento em que o senhor não puder falar por si, quem deve decidir por você? Essa pessoa sabe disso?" "Onde o senhor gostaria de estar cuidado, se puder escolher?"

Técnica: pergunte **antes de informar**, responda à emoção antes de continuar, use silêncio, e não faça a conversa como um cardápio de procedimentos ("o senhor quer ser intubado?") — decida os procedimentos a partir dos valores, não o contrário. E cheque também a família:

> "A sua família sabe o que o senhor pensa sobre isso? Seria bom se a gente conversasse junto?"

Sinais de alarme (red flags)

- **Escalada de agressividade**: voz alta, invasão de espaço, ameaça, punhos cerrados, intoxicação, porta às suas costas. Interrompa e busque ajuda.
- **Agitação nova em quem não era assim**: pense hipoglicemia, hipóxia, dor, retenção urinária, abstinência, infecção, delirium, trauma craniano.
- **Confusão de início agudo e flutuante** — delirium, e não "paciente difícil".
- **Familiar que responde tudo e não deixa o paciente falar** — investigue violência, negligência e abuso financeiro, sempre em entrevista a sós.
- **Choro, desesperança ou sofrimento intenso** — pergunte diretamente sobre ideação suicida.
- **Queixas somáticas múltiplas com piora recente de padrão** — reavalie de verdade; muitas queixas não protegem de doença grave.
- **Paciente que concorda com tudo e não faz perguntas** — suspeite de perda auditiva, letramento baixo ou submissão, não de compreensão.
- **Criança servindo de intérprete** em tema clínico sério.
- **Sinal de alarme físico em paciente rotulado** ("é ansiedade dele") — o rótulo é o que mais adia diagnóstico.

Armadilhas

Rotular a pessoa em vez de descrever o comportamento. "Poliqueixoso", "difícil", "pitiático" e "não colaborativo" no prontuário fecham o raciocínio de quem lê depois e produzem pior cuidado. Escreva o que aconteceu, não um juízo.

Interromper nos primeiros segundos. Estudos clássicos mostram interrupção precoce quase universal; quem deixa falar até o fim ganha tempo, não perde.

Tranquilizar antes de investigar. "Não é nada" dito antes do exame é a frase que mais destrói confiança.

Perguntar "o senhor entendeu?". Use teach-back.

Falar com o acompanhante em vez do paciente. Vale para idoso, para deficiente, para quem usa intérprete e para criança maior.

Gritar com surdo, falar como criança com afásico, presumir incapacidade por deficiência.

Perguntas de sim/não mal construídas com negativa, com duas ideias ou com alternativas — produzem resposta inútil no paciente afásico.

Deixar o familiar traduzir tema sensível, sem nunca ter um momento a sós com o paciente.

Desqualificar a pesquisa do paciente em vez de usá-la como ponto de partida.

Confrontar mentira com acusação. Confronte a discrepância com curiosidade, e remova o custo da verdade.

Ceder ao exame só para encerrar a consulta — ou negar sem explicar o raciocínio. Ambos falham; o que funciona é plano, rede de segurança e retorno marcado.

Preencher o silêncio. Na má notícia e no choro, o silêncio é o instrumento.

Um exemplo de HDA escrita

Mulher, 58 anos, atendida em consulta ambulatorial acompanhada da filha. Entrevista inicialmente dificultada por fala prolixa e múltiplas queixas; após dois minutos de escuta livre e pactuação de agenda, foram listadas sete queixas e priorizadas duas pela paciente: dor difusa em membros e insônia. Refere dor "no corpo todo" há cerca de três anos, de intensidade variável (5 a 9 em 10), sem predomínio articular, com rigidez matinal de cerca de 15 minutos, piora com esforço, frio e estresse, e sono não reparador, acordando cansada todos os dias. Refere que já realizou múltiplos exames prévios, descritos por ela como normais, e que "já disseram que não tem nada", o que relata com choro durante a consulta — acolhido com pausa, sem interrupção da fala. Funcionalmente, deixou de trabalhar como diarista há um ano e refere que num dia bom consegue cozinhar e varrer a casa, e num dia ruim permanece deitada a maior parte do tempo. Nega febre, perda de peso, lesões cutâneas, olho vermelho, fenômeno de Raynaud ou edema articular objetivo. Relata humor deprimido na maior parte dos dias e perda de interesse, com início cerca de seis meses após o falecimento do marido, que coincide com o início do quadro doloroso; **questionada diretamente, nega ideação suicida atual ou plano**. Ao ser solicitado o teach-back do plano combinado, repetiu corretamente a dose do medicamento, mas trocou os horários, tendo a orientação sido reescrita em letra ampliada com desenho de sol e lua — refere dificuldade para ler receitas e que a filha costuma organizar as medicações. Pactuados alvo funcional (retomar caminhada de dez minutos diários), retorno em três semanas, e

> critérios explícitos de reavaliação imediata (febre, perda de peso, edema articular, lesão de pele ou piora rápida).

Uma seção para o estudante: quando você trava

Esta parte é sobre você, e é a que mais falta nos livros.

Quando você trava no meio e não sabe o que perguntar. Isso vai acontecer, e não é sinal de despreparo — é sinal de que você está pensando. A saída é técnica, não heroica: **use o resumo**. Resumir em voz alta o que já foi dito ocupa o tempo, organiza seu raciocínio, demonstra escuta e quase sempre faz a próxima pergunta aparecer sozinha.

> "Deixa eu recapitular para ter certeza de que eu entendi…"

Se ainda assim não vier, use as **perguntas universais**, que cabem em qualquer anamnese:

> "E o que mais?" "Como isso afeta o seu dia a dia?" "O que o senhor acha que é?" "Tem mais alguma coisa que o senhor acha importante eu saber?"

E não tenha vergonha de anotar. Ter um roteiro no bolso é sinal de método, não de insegurança. Diga: "vou consultar minhas anotações para não esquecer nada de importante".

Quando você esquece uma pergunta e já saiu da sala. Volte. Simplesmente volte.

> "Seu José, me desculpa, eu esqueci de perguntar uma coisa importante."

Ninguém se ofende. O paciente costuma interpretar como cuidado.

Quando o paciente pergunta algo que você não sabe. Esta é a mais temida, e a resposta correta é a mais simples: **diga que não sabe, e diga o que vai fazer com isso**. Nunca invente, nunca chute, nunca use jargão para disfarçar — o paciente percebe, e a confiança não se recupera.

> "Essa eu não sei responder. Vou perguntar ao médico responsável e te trago a resposta ainda hoje."

E cumpra. A frase só vale se for cumprida.

Se a pergunta for sobre prognóstico ou diagnóstico e você for estudante, seja claro sobre o seu papel, sem se diminuir:

> "Eu sou estudante do segundo ano e estou aqui aprendendo com a sua ajuda. Essa é uma resposta que quem tem que te dar é a médica responsável pelo seu caso, e eu vou pedir para ela conversar com o senhor. O que eu posso fazer é levar a sua pergunta exatamente como o senhor fez."

Quando o paciente se recusa a falar com você por ser estudante. É direito dele. Aceite sem constrangê-lo e sem se ressentir.

> "Sem problema nenhum, o senhor tem todo o direito. Vou chamar a equipe."

Quando você percebe, no meio, que fez uma pergunta indutiva ou constrangedora. Conserte na hora, em voz alta. Consertar na frente do paciente aumenta a confiança.

> "Deixa eu refazer essa pergunta, eu acabei já sugerindo a resposta. Me descreve com as suas palavras como é essa dor."

Quando a emoção do paciente te atinge. Vai atingir. Chorar um pouco com um paciente não é erro técnico; perder a capacidade de conduzir a conversa é que é problema. Respire, dê-se o mesmo silêncio que você daria a ele, e continue. Depois, converse com alguém sobre isso — preceptor, colega, terapeuta. Medicina sem esse espaço de descarga produz o embotamento que todos nós conhecemos e que nenhum de nós quer ter.

A regra final. Nenhuma anamnese é perfeita, e nenhuma anamnese é única. Você vai voltar, perguntar de novo, corrigir o que entendeu errado. Anamnese não é uma prova de memória feita em um ato; é uma conversa que continua enquanto o paciente estiver sob seus cuidados.

Para levar

1. Não existe paciente difícil: existe **entrevista difícil**, e quase toda dificuldade tem uma manobra concreta.
2. A emoção não é ruído: **nomear a emoção abre a entrevista**, ignorá-la fecha.
3. Contra o prolixo, use **resumo como ponte**, contrato de tempo e perguntas de múltipla escolha — e prometa um "faltou alguma coisa?" no fim.
4. Contra o monossilábico, troque perguntas fechadas por **"me conta como é um dia seu"** e aprenda a suportar cinco segundos de silêncio.
5. Com o hostil: **segurança, nomear, não revidar** — e descartar causa orgânica de agitação antes de rotular.
6. Ao ansioso, pergunte **"o que a senhora tem medo que isso seja?"**; tranquilização só funciona ancorada em exame feito, plano, rede de segurança e retorno marcado.
7. Quem mente quase sempre tem **vergonha ou medo**: normalize antes de perguntar, presuma em vez de perguntar sim/não, e diga por que está perguntando.
8. Dor crônica é **doença do sistema de dor**, não ausência de doença — valide, meça função em vez de intensidade, pare a cascata de exames explicando o porquê e construa o plano junto.
9. Fale sempre **com o paciente**, e use o acompanhante, o intérprete e o cuidador como complemento — com um momento a sós sempre que o tema for sensível.
10. Pergunta de sim ou não boa é **uma ideia, sem negativa, sem alternativa** — e começa por uma pergunta de controle cuja resposta você já sabe.
11. Nunca pergunte "o senhor entendeu?": peça que **repita o plano com as próprias palavras**, colocando a responsabilidade na sua explicação.
12. Pergunte o **modelo explicativo** — o que o paciente acha que tem, o que causou e o que resolve; é isso que prediz adesão.
13. Na má notícia, o **silêncio depois da frase** é a parte mais importante do SPIKES; em objetivos de cuidado, pergunte o que importa antes de oferecer procedimentos.
14. Quando você travar, **resuma em voz alta**: isso organiza o raciocínio, demonstra escuta e quase sempre faz a próxima pergunta aparecer.

15. Quando não souber, diga que não sabe e diga o que vai fazer com a pergunta — e cumpra; é isso que constrói confiança, não a resposta inventada.

22

Referências

Back AL, Arnold RM, Tulsky JA. Mastering Communication with Seriously Ill Patients: Balancing Honesty with Empathy and Hope. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.

Buckman R. How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.

Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Med Care Res Rev. 2005;62(3):255-99.

Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA. 1997;277(7):553-9.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.

Roter D, Hall JA. Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits. 2nd ed. Westport: Praeger; 2006.

Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.

Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. JAMA. 1997;277(8):678-82.

23

CAPÍTULO 23

Oito consultas comentadas, do primeiro “bom dia” à hipótese

Até aqui o livro te deu o roteiro, o mecanismo e as red flags separados. Este capítulo mostra as três coisas acontecendo ao mesmo tempo, dentro de uma consulta real, com paciente que responde torto, muda de assunto e usa palavras que não são as suas. Cada caso traz a transcrição do que foi dito, um comentário curto explicando por que aquela pergunta veio naquele instante e o que a resposta mudou, e termina com a HDA escrita, as hipóteses em ordem e o pedido de exames.

Uma instrução de uso: **leia primeiro só as falas, tapando os comentários com a mão, e tente prever qual será a próxima pergunta.** Acertar a pergunta é raciocinar; acertar só o diagnóstico no fim é reconhecer padrão sem saber conduzir. Os diálogos são transcrições estilizadas — cortei as repetições, mas mantive as respostas vagas e os desvios, porque é isso que você precisa aprender a manejar.

Caso 1 — Homem de 58 anos com dor torácica há duas horas

Antônio, 58 anos, motorista de caminhão, chega andando ao pronto-socorro às 7h10 dizendo que está com “uma azia que não passa” desde as cinco da manhã.

Médico: Bom dia, seu Antônio. Eu sou o Fabrício, estudante de medicina, vou conversar com o senhor e depois o médico vem junto. O que trouxe o senhor aqui hoje?

Paciente: Ah, doutor, é uma azia braba. Eu tenho gastrite, sabe? Já é de longa data. Mas hoje essa desgraçada não passou com nada.

23

> **Por que essa abertura.** Pergunta aberta, sem cardápio, e o paciente já entrega o sintoma ("azia") e o rótulo ("gastrite"). O rótulo é a armadilha do caso inteiro: pode ser uma frase que um médico disse há dez anos. **A sua lista já tem síndrome coronariana aguda no topo**, porque homem de 58 anos com dor em andar superior do abdome, há duas horas, em repouso, é infarto de parede inferior até prova em contrário. Erro aqui: aceitar "azia" e emendar perguntas de dispepsia — depois não se desfaz, porque o paciente segue o seu enquadramento.

Médico: Vou entender essa azia direitinho. Antes, uma coisa: quando foi a última vez que o senhor se sentiu completamente bem?

Paciente: Bem, bem mesmo? Sei lá… Faz uns tempos. Esse mês eu tô meio caído.

> **O que aconteceu.** A pergunta mais subestimada da medicina mudou a moldura temporal de "duas horas" para "um mês" — o paciente data o sintoma pelo dia em que ficou insuportável. Falta puxar o "meio caído".

Médico: Meio caído como? Me conta o que mudou neste mês.

Paciente: É que eu subo a escada da garagem e chego lá em cima ruim. Fico com um peito apertado, tenho que parar. Eu achava que era o peso, que eu tô gordo, doutor.

Médico: E há seis meses, o senhor subia essa mesma escada?

Paciente: Subia reto, sem parar. Carregava o botijão junto.

> **Por que perguntei "e há seis meses".** Classe funcional só vira informação com marco concreto e comparação no tempo. Em duas frases saí de "gastrite" para **angina de esforço em crescendo há um mês**, o que multiplica a probabilidade pré-teste de tudo o que vem depois. Ele tinha uma explicação pronta ("é o peso"): pacientes racionalizam sintomas de esforço, e por isso a pergunta precisa ser sobre o que ele **deixou de conseguir fazer**.

Médico: Agora a de hoje. O senhor estava fazendo o quê na hora exata em que começou?

Paciente: Dormindo. Acordei com aquilo já em cima de mim. Cinco e pouco, porque eu olhei no celular.

> **Dor que começa em repouso e acorda o paciente** tira a angina estável da mesa: isquemia em repouso é síndrome coronariana aguda. E o horário do celular decide janela de reperfusão — anote a hora, não "há duas horas".

Médico: Ela chegou no máximo dela de uma vez só, ou foi crescendo?

Paciente: Foi crescendo. Começou fraquinha, eu achei que ia passar, fui tomando água. Aí foi apertando.

> **Crescendo em minutos é isquemia; máximo no primeiro segundo seria dissecção.** Resolvo essa bifurcação antes de qualquer outra, porque as condutas são opostas: uma pede antiagregante e anticoagulante, a outra é agravada por eles.

Médico: Mostra pra mim com a mão onde é.

Paciente: *(passa a mão espalmada do epigástrio até o meio do peito)* É daqui pra cá. Tipo um peso.

> **Pedi para mostrar, não para descrever.** Mão espalmada percorrendo uma faixa é dor visceral; um ponto do tamanho de uma moeda derrubaria bastante a probabilidade de isquemia. E **eu não perguntei "é em aperto?"** — ele disse "peso" sozinho. Com cardápio, eu teria ganho a resposta que queria ouvir e perdido a informação.

Médico: Essa dor vai pra algum lugar? Sobe, desce, pega braço, pescoço, queixo, costas?

Paciente: Não. *(pausa)* Ah, o queixo tá meio… estranho. Mas isso deve ser do dente, eu tenho um dente pra arrancar.

> **Aqui está o dado, embrulhado numa explicação alternativa.** O paciente entrega e desqualifica no mesmo fôlego. Não discuta e não descarte: registre "desconforto em mandíbula, atribuído pelo paciente a problema dentário". A irradiação existe porque as aferentes cardíacas entram em T1-T4 e convergem com vias do território trigeminocervical — não há nervo do coração ao queixo.

Médico: Veio junto suor frio, enjoo, falta de ar?

Paciente: Suei muito. Minha camisa tá molhada até agora, ó. E enjoei, cheguei a vomitar uma vez.

> **Sintomas neurovegetativos valem mais que a descrição da dor.** Sudorese fria referida pelo paciente é um dos achados de anamnese com maior peso na dor torácica. Combinado com náusea e vômito, reforça parede inferior, que estimula aferentes vagais.

Médico: O senhor tomou alguma coisa? E tem algo que mude essa dor — respirar fundo, mexer o corpo, apertar aqui?

Paciente: Tomei leite de magnésia e um omeprazol que eu tinha em casa. Melhorou um tiquinho, uns dez minutos, aí voltou. Respirar e mexer é tanto faz, ela fica.

> **Cuidado com o teste terapêutico.** "Melhorou com antiácido" não exclui infarto e "melhorou com nitrato" não confirma isquemia — o nitrato relaxa musculatura lisa em qualquer lugar, inclusive no esôfago. Quem se tranquiliza com isso manda paciente para casa infartando.

Médico: O senhor tem pressão alta, diabetes, fuma? Alguém na família infartou cedo?

Paciente: Pressão alta tomo losartana. Diabetes o médico falou que tava "na beirada". Fumo desde os dezesseis, um maço por dia. Meu irmão mais velho infartou com 52, morreu.

Médico: Última pergunta importante: o senhor toma algum remédio pra afinar o sangue? Teve alguma cirurgia, sangramento ou AVC recente?

Paciente: Nada disso não.

> **Por que essa pergunta entra agora, e não nos antecedentes.** Porque, se for infarto com supra de ST, alguém decide sobre trombólise nos próximos minutos, e as contraindicações fazem parte da anamnese da emergência: a ordem das perguntas obedece à decisão que se aproxima, não ao formulário.

Médico: Seu Antônio, eu vou pedir licença e chamar o médico agora, porque com esse quadro a gente precisa fazer um exame do coração nos próximos minutos.

> **O que seria erro aqui.** Completar a anamnese inteira — hábitos, revisão de sistemas — com alguém que provavelmente está infartando há duas horas: **o eletrocardiograma tem que sair em dez minutos da chegada**, e a entrevista continua ao lado do monitor. Também: dizer "é só gastrite" para acalmar, e registrar "dor precordial atípica", adjetivo que não transmite nada a quem lê depois.

A HDA como ficaria no prontuário

> Homem, 58 anos, hipertenso em uso de losartana, tabagista (1 maço/dia desde os 16 anos; 42 maços-ano), com glicemia alterada referida, irmão falecido por infarto aos 52 anos. Refere que há cerca de 1 mês passou a apresentar desconforto retroesternal em aperto ao subir um lance de escada, que o obrigava a parar e cedia com o repouso — atividade que realizava sem sintomas até então (piora de classe funcional no último mês). Hoje, às 5h10, despertou com dor de instalação progressiva ao longo de cerca de 10 minutos, epigástrica e retroesternal, indicada com a mão espalmada, em peso, contínua há 2 horas, sem alívio com antiácido e omeprazol, sem relação com respiração, movimentação ou palpação. Refere desconforto em mandíbula, que atribui a problema dentário. Associa sudorese profusa, náusea e um episódio de vômito. Nega dispneia, síncope, febre, tosse e trauma. Nega uso de anticoagulantes, cirurgia, sangramento ou AVC recentes.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Síndrome coronariana aguda**, provavelmente de parede inferior (dor em repouso, em crescendo, sudorese, náusea, apresentação epigástrica, angina em crescendo no mês anterior, quatro fatores de risco).
2. **Angina instável** sem elevação de marcadores.
3. Doença ulcerosa péptica ou espasmo esofágico — não explicam a sudorese profusa nem o crescendo de esforço.
4. **Dissecção de aorta** — improvável pelo padrão em crescendo, mantida até comparar pulsos e pressões.
5. Pancreatite, colecistite.

O que pedir

Eletrocardiograma de 12 derivações **nos primeiros 10 minutos**, com derivações direitas e posteriores se houver supra inferior; troponina seriada; monitorização, acesso venoso, oximetria;

pressão nos dois braços antes de anticoagular; radiografia de tórax, hemograma, função renal, eletrólitos, glicemia. Acionar o assistente imediatamente.

Caso 2 — Mulher de 32 anos com cefaleia há três dias

Juliana, 32 anos, professora, procura a unidade por dor de cabeça contínua há três dias que "não passa com nada".

Médico: Me conta como está sendo essa dor de cabeça.

Paciente: Doutora, eu tô num momento horrível. A escola trocou a coordenação, eu tô pegando turma extra, durmo mal… Aí veio essa dor. Eu tenho certeza que é o estresse.

> **Ela entregou o diagnóstico antes do sintoma.** A explicação psicossocial é plausível, é a que o médico cansado quer aceitar e fecha a consulta em dois minutos. Não contradiga: acolha e volte ao sintoma com "**pode muito bem ser, mas eu preciso conhecer essa dor direito antes de concordar**".

Médico: Pode ser que o estresse tenha parte nisso, sim. Mas eu preciso conhecer a dor direito antes de concordar. O senhor… a senhora tinha dor de cabeça antes deste mês?

Paciente: Assim, de vez em quando, uma dorzinha. Tomava dipirona e sumia.

Médico: E essa é parecida com aquelas, ou é diferente?

Paciente: É diferente. Aquela era uma coisinha atrás dos olhos. Essa é a cabeça inteira e não para.

> **Mudança de padrão é uma das red flags mais úteis e mais ignoradas.** "Diferente das minhas dores de sempre" eleva a probabilidade de cefaleia secundária — ter enxaqueca não protege contra trombose venosa nem contra tumor.

Médico: Ela chegou ao máximo em quanto tempo? Foi como um estouro, de um segundo pro outro, ou foi subindo?

Paciente: Foi subindo. Começou sexta de tardezinha fraquinha e foi piorando até ontem.

> **Perguntei pelo trovão mesmo sem a história sugerir.** Três dias de dor não excluem hemorragia subaracnóidea — existe a que começa em trovoada e depois vira dor contínua, e só o relato do primeiro minuto separa. A resposta reduz muito essa probabilidade, mas **não fecha o caso**: instalação subaguda e progressiva é o padrão da trombose venosa cerebral e da hipertensão intracraniana.

Médico: Tem alguma posição que muda a dor? Como ela está quando a senhora acorda?

Paciente: Olha… agora que a senhora falou. De manhã é pior. Eu acordo com ela apertando e vou melhorando durante o dia. E deitada piora, eu tenho dormido meio sentada no sofá.

> **Essa resposta mudou o caso.** Cefaleia pior deitada e ao acordar é o comportamento de uma caixa rígida com volume aumentado: deitado, o retorno venoso cerebral cai e a pressão liquórica sobe; no sono, a hipoventilação retém gás carbônico, vasodilatador cerebral. A tensional faz o contrário, piora ao longo do dia. **Hipertensão intracraniana subiu para o topo.**

Médico: Ela piora quando a senhora tosse, espirra, faz força no banheiro ou levanta peso?

Paciente: Piora sim, quando eu tusso dá uma martelada.

> **É a Valsalva testando o mesmo mecanismo de forma ativa:** fazer força bloqueia o retorno venoso jugular e empurra a pressão intracraniana para cima. Um sintoma isolado pode ser ruído; dois que compartilham mecanismo são sinal.

Médico: Teve febre, o pescoço ficou duro? Notou alguma coisa na visão — vista embaçada, dobrada, ou momentos em que escurece tudo por alguns segundos?

Paciente: Febre não, pescoço tá só tenso, da postura.

Paciente: Tem uns momentos que escurece, sim! Quando eu levanto rápido ou quando eu abaixo pra pegar alguma coisa. Dura uns segundinhos e volta.

> **Isso tem nome: obscurecimento visual transitório.** Não é tontura ao levantar — é a perda visual de segundos que ocorre quando o papiledema compromete a circulação do disco óptico nas manobras que elevam ainda mais a pressão. É dos achados mais específicos de hipertensão intracraniana e quase nunca é relatado, porque o paciente acha que é "pressão baixa". **Pergunte sempre; ninguém conta.**

Médico: A senhora está grávida, teve bebê recentemente, ou usa anticoncepcional?

Paciente: Tomo pílula há uns oito anos. Grávida não.

Médico: Fuma?

Paciente: Uns cinco, seis por dia. Sei que não devia.

Médico: Teve alguma infecção recente, diarreia, vômito, alguma coisa que tenha desidratado a senhora? Infecção de ouvido ou sinusite?

Paciente: Semana retrasada eu peguei uma virose feia, passei dois dias vomitando.

> **Por que as três vieram juntas.** Estrogênio, tabagismo, desidratação e infecção de face ou ouvido são os fatores de risco da **trombose venosa cerebral** — a doença que produz cefaleia progressiva com hipertensão intracraniana em mulher jovem e que é sistematicamente perdida, porque ninguém morre de imediato e o exame neurológico pode ser normal.

Médico: Alguma fraqueza, dormência, dificuldade de falar, ou algum episódio de desmaio ou convulsão?

Paciente: Não. Só a dor e um enjoo.

> **O que seria erro aqui.** Aceitar "é estresse" e prescrever analgésico com retorno se piorar. Ou pedir tomografia simples, receber laudo normal e dar alta — **a tomografia sem contraste é frequentemente normal na trombose venosa**, e um exame normal pedido pela razão errada é pior que nenhum, porque tranquiliza. E não examinar o fundo de olho: aqui a fundoscopia é parte da anamnese, não do "depois".

A HDA como ficaria no prontuário

> Mulher, 32 anos, tabagista (5-6 cigarros/dia), em uso de anticoncepcional oral combinado há 8 anos, sem cefaleias prévias significativas além de episódios leves ocasionais. Refere cefaleia iniciada há 3 dias, de instalação gradual ao longo de horas (nega início explosivo ou pico em menos de 1 minuto), holocraniana, contínua, de intensidade progressiva, referida como diferente de suas dores habituais. Relata piora em decúbito e ao acordar, com melhora parcial ao longo do dia, e piora com tosse e esforço evacuatório. Descreve episódios de escurecimento visual de poucos segundos ao levantar-se ou abaixar-se. Associa náusea, sem vômitos. Nega febre, rigidez de nuca, déficit motor ou sensitivo, alteração da fala, diplopia, crise convulsiva ou trauma. Refere quadro de gastroenterite com vômitos há 2 semanas. Uso de dipirona 2 a 3 vezes por semana em situação basal, diário nos últimos 3 dias. Nega neoplasia ou imunossupressão.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Trombose venosa cerebral** (cefaleia progressiva com sinais de hipertensão intracraniana, mulher jovem, anticoncepcional combinado, tabagismo, desidratação recente).
2. **Hipertensão intracraniana idiopática** — mesmo quadro de pressão.
3. Lesão expansiva intracraniana; meningite subaguda (pouco provável sem febre).
4. Cefaleia tensional ou por uso excessivo de medicação — **não explicam a piora em decúbito nem o obscurecimento visual**, e por isso não podem ser o diagnóstico de trabalho.

O que pedir

Fundoscopia agora, à procura de papiledema. Neuroimagem **com estudo venoso** — angiorressonância ou angiotomografia venosa; tomografia simples normal não afasta. Pressão arterial, hemograma, coagulograma; punção lombar com medida de pressão de abertura **após** a imagem, se o caso caminhar para hipertensão intracraniana idiopática. Suspender o anticoncepcional combinado.

Caso 3 — Idoso de 81 anos trazido pela filha por "confusão"

Waldemar, 81 anos, viúvo, mora sozinho; a filha o trouxe porque "ele está muito confuso, acho que é Alzheimer".

Médico: A senhora vai me ajudar bastante. Antes de tudo: quando ele estava normal pela última vez?

Filha: Ah, meu pai já tava esquecido, doutor. Já faz um tempo.

Médico: Eu entendo. Mas eu preciso de uma data. Na semana passada, no domingo, ele estava como está agora?

Filha: Não, não! Domingo ele almoçou lá em casa, conversou normal, contou caso, discutiu futebol comigo. Foi de terça pra cá.

> **Essa é a pergunta que decide o caso, e ela quase se perdeu.** A primeira resposta da filha descreveria demência; a segunda, ancorada num dia concreto, descreve **três dias**. Início agudo com mudança do basal é **delirium**, que tem causa clínica até prova em contrário e é reversível. Chamar isso de Alzheimer no pronto-socorro encerra a busca pela causa. **Ancore o basal em um evento datado**, nunca numa impressão.

Médico: Nesses três dias, ele fica pior em algum horário?

Filha: À noite é impossível. Ontem ele levantou de madrugada dizendo que ia pegar a mãe dele na estação. A mãe dele morreu há quarenta anos. De dia ele fica quietinho, dormindo no sofá.

> **Flutuação com piora noturna e inversão do ciclo sono-vigília é a impressão digital do delirium.** Demência não alterna lucidez e alucinação dentro do mesmo dia. Ele tem a forma agitada (madrugada) e a hipoativa (sonolento de dia) — a hipoativa é a mais comum e a mais perdida, porque idoso quieto não incomoda ninguém.

Médico: Seu Waldemar, o senhor sabe me dizer onde nós estamos?

Paciente: Estamos aqui, ué. *(olha para a porta)* A senhora viu se o ônibus já passou?

Médico: Seu Waldemar, o senhor consegue contar pra mim os meses do ano de trás pra frente, começando em dezembro?

Paciente: Dezembro… novembro… *(pausa longa)* … a minha filha sabe. Pergunta pra ela.

> **Testei a atenção, não a memória.** Meses de trás para frente exigem segurar uma lista na cabeça enquanto se opera sobre ela. **Desatenção é obrigatória no delirium** — é ela que define o quadro, junto com início agudo e curso flutuante. E ele não erra: ele **se desengaja** e devolve a tarefa, que é desatenção em estado puro.

Médico: *(à filha)* Que remédios ele toma? A senhora trouxe as caixas?

Filha: Trouxe uma sacola. *(entrega)* Tem o da pressão, o do coração… e esse aqui o ortopedista passou faz uns dez dias, pra dor na coluna.

> **"Trouxe as caixas?" vale mais que "que remédios ele toma?".** A memória de medicação da família é seletiva, e a sacola traz o que ninguém considera remédio: colírio, gotas para dormir, amostra grátis, remédio do vizinho. **Toda confusão aguda**

> **em idoso começa pela revisão do que foi introduzido ou retirado nas últimas duas semanas.**

Médico: Esse aqui é amitriptilina. Ele começou há dez dias?

Filha: Isso, pra dor e pra dormir.

> **Achei uma causa provável, e é por isso mesmo que não posso parar.** A amitriptilina é fortemente anticolinérgica e o cérebro idoso, com menos reserva colinérgica, descompensa — e o mesmo anticolinérgico causa **retenção urinária e constipação**, que por si sós precipitam delirium. Delirium em idoso raramente tem uma causa: tem três somadas.

Médico: Ele fez xixi normalmente nesses dias? Foi ao banheiro pra evacuar?

Filha: Agora que a senhora falou… ele tá indo no banheiro toda hora, fica lá e volta reclamando. E do intestino eu não sei, ele mora sozinho, mas ele reclamou que tá preso faz uns dias.

> **"Vai ao banheiro toda hora e volta reclamando" em homem de 81 anos é retenção urinária com transbordamento até prova em contrário**, não infecção. Palpe e percuta o hipogástrio, ou faça ultrassom de bexiga à beira do leito: um globo vesical aliviado com uma sonda pode reverter o delirium em horas.

Médico: Ele teve febre, tosse? A urina ficou com cheiro forte? Ele caiu ou bateu a cabeça?

Filha: Febre eu não medi, tosse não. Cair… ele escorregou no banheiro segunda, mas disse que não bateu a cabeça.

> **A queda mudou a conduta.** Idoso que cai, ainda que "sem bater a cabeça", e fica confuso nos dias seguintes obriga a perguntar por anticoagulante: o **hematoma subdural** se instala em dias e pode ter intervalo lúcido. Quem responde aqui é a sacola e a filha, não o paciente.

Médico: Ele toma algum remédio pra afinar o sangue? Varfarina, rivaroxabana, AAS?

Filha: Tem esse aqui, ó. *(mostra a cartela de rivaroxabana)* É do coração, ele tem arritmia.

> **Pronto: a tomografia deixou de ser opcional.** Anticoagulado, queda e alteração aguda de consciência é indicação formal de imagem de crânio, mesmo sem trauma relatado e mesmo já tendo uma causa metabólica na mão.

A HDA como ficaria no prontuário

> Homem, 81 anos, mora sozinho, previamente independente para atividades instrumentais (administrava a própria medicação e as finanças, segundo a filha), hipertenso, portador de fibrilação atrial em uso de rivaroxabana. Trazido pela filha por quadro iniciado há 3 dias — estava em seu basal habitual no domingo, quando conversou e interagiu normalmente. Desde terça-feira apresenta desorientação, com piora vespertina e noturna, inversão do ciclo sono-vigília (sonolência diurna e agitação

noturna) e alucinações visuais estruturadas (refere ir buscar a mãe, falecida há 40 anos). Ao exame de atenção, não completa a sequência de meses em ordem inversa, com desengajamento da tarefa. Segundo a filha, iniciou amitriptilina há 10 dias, prescrita para dor lombar. Refere urgência e idas repetidas ao banheiro com dificuldade miccional nos últimos dias, e constipação há cerca de 5 dias. Queda da própria altura no banheiro há 6 dias, sem trauma craniano presenciado. Nega febre aferida, tosse ou dispneia. Etilismo social. Sem história prévia de declínio cognitivo progressivo documentado.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Delirium multifatorial**, com causas somadas: amitriptilina (carga anticolinérgica), **retenção urinária aguda**, constipação/fecaloma e infecção, sobretudo urinária, a confirmar.
2. **Hematoma subdural** subagudo (queda + anticoagulação) — menos provável, mas o que mais muda a conduta se existir.
3. Distúrbio metabólico: hiponatremia, hipoglicemia, uremia, hipercalcemia.
4. Demência prévia não diagnosticada, descompensada — **provável pano de fundo, jamais o diagnóstico da visita**.
5. Acidente vascular cerebral, evento cardíaco silencioso.

O que pedir

Palpação e percussão de hipogástrio, ultrassom de bexiga se disponível e sondagem de alívio se houver retenção; toque retal para fecaloma. Urina tipo 1 e urocultura **antes** do antibiótico, lidas junto à clínica — bacteriúria assintomática em idoso não é diagnóstico. Glicemia capilar imediata, hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, cálcio, TSH, radiografia de tórax, eletrocardiograma. **Tomografia de crânio sem contraste**, pela anticoagulação e pela queda. Suspender a amitriptilina e aplicar o CAM formalmente.

Caso 4 — Criança de 2 anos com febre há dois dias

Lorena, 2 anos e 3 meses, trazida pela mãe por febre há dois dias.

Médico: Me conta desde o começo. Quando começou a febre?

Mãe: Anteontem à noite ela ficou quente. Eu dei dipirona e melhorou, mas de manhã voltou.

Médico: A senhora chegou a medir com termômetro? Quanto deu?

Mãe: Medi. Ontem de tarde deu 39,2.

"Quente" não é febre até ser medida. Converta a impressão em número e, se não houve termômetro, registre "febre não aferida, referida ao toque" — muda a interpretação. 39,2 é febre alta de verdade.

Médico: Quando a febre baixa com o remédio, ela fica como? Brinca, corre, ri?

Mãe: Quando baixa ela levanta e quer brincar. Mas é menos que o normal. Ela tá mais grudada em mim.

> **Esta é a pergunta mais informativa da febre em pediatria, e não é a altura da temperatura.** O que importa é **como a criança fica sem febre**: quem volta a brincar no intervalo tem baixa probabilidade de doença grave; quem segue prostrado e sem interagir mesmo afebril preocupa, ainda com temperatura menor. E uma honestidade: **a resposta ao antitérmico não separa viral de bacteriano** — melhorar com dipirona não tranquiliza ninguém.

Médico: Ela tem tossido, escorrido o nariz, ficado rouca, puxado a orelha?

Mãe: Não. Nada de gripe. É isso que tá me assustando, porque quando é gripe eu já sei.

> **Ausência de sintomas respiratórios em criança pequena com febre alta é um dado positivo, não negativo.** A maioria das febres nessa idade tem foco respiratório evidente; **febre sem foco** estreita a lista para infecção urinária, bacteremia oculta e fases iniciais de exantemas. E a frase "quando é gripe eu já sei" é a percepção materna de que esta é diferente — dado clínico melhor do que o estudante imagina. Registre.

Médico: Teve vômito, diarreia? E a fralda: quantas molhadas ontem, comparando com um dia normal?

Mãe: Vomitou duas vezes ontem, logo depois da dipirona. Diarreia não.

Mãe: Ah, bem menos. Normal são umas seis, sete. Ontem eu acho que troquei três, e ainda por cima uma quase seca.

> **Por que eu conto fraldas.** Diurese é o melhor termômetro de hidratação na criança pequena, e "urinando menos" só vira informação comparado ao próprio basal. Metade das fraldas habituais indica desidratação leve a moderada — e, em febre sem foco, levanta a hipótese de que a urina seja a causa, e não só a consequência.

Médico: A urina dela ficou com cheiro diferente, mais forte? Ela chora quando faz xixi?

Mãe: Cheiro forte sim! Ontem eu até comentei com a minha mãe. E ela se contorce na hora, fica agitada.

> **Essa dupla moveu a infecção urinária para o primeiro lugar.** Em criança que ainda não fala o que sente, a infecção urinária aparece como febre sem foco, irritabilidade, vômito e recusa alimentar — não como disúria. Urina malcheirosa isolada é sinal fraco; somada a 48 horas de febre alta sem foco, é outra coisa.

Médico: Ela está bebendo líquido? Chora com lágrima? Apareceu alguma mancha na pele, alguma manchinha que não some quando a senhora aperta?

Mãe: Bebe pouco, mas bebe. Lágrima tem.

Mãe: Não, olhei o corpo todo ontem no banho.

> **A pergunta da petéquia é obrigatória em toda febre**, e vai junto com a instrução do teste ("não some quando aperta"), porque o que a mãe chama de mancha pode ser qualquer coisa. Exantema que não empalidece com febre é meningococcemia até prova em contrário e evolui em horas.

Médico: Ela ficou com o pescoço duro, gemendo, difícil de acordar? Teve convulsão?

Mãe: Não, graças a Deus.

Médico: As vacinas estão em dia? E ela já teve infecção de urina antes, ou já fez algum exame de rim?

Mãe: Vacina tá tudo em dia, a caderneta tá aqui.

Mãe: Quando ela era bebezinha falaram de um rim, mas deu tudo certo depois. Eu não lembro direito.

> **Guarde esse "falaram de um rim".** Pode ser hidronefrose antenatal ou refluxo vesicoureteral, e isso muda a leitura de uma infecção urinária febril aos 2 anos. Não force a memória da mãe: peça o exame e o cartão. **Um dado vago que ninguém persegue é pior que um dado ausente**, porque parece investigado.
>
> **O que seria erro aqui.** Dizer "é virose" para febre sem foco de 48 horas com diurese reduzida e urina fétida. Colher urina em **saco coletor** e tratar com base nela — a contaminação é altíssima e o falso-positivo compromete a criança por anos, com exames e profilaxias desnecessários. Examinar sem despir por completo, fralda e períneo incluídos. E o mais comum: conduzir a consulta olhando para a mãe e nunca para a criança — a impressão global de toxemia, obtida olhando, vale mais que qualquer pergunta deste diálogo.

A HDA como ficaria no prontuário

> Lactente do sexo feminino, 2 anos e 3 meses, previamente hígida, vacinação em dia conforme caderneta, frequenta creche. Trazida pela mãe por febre há 2 dias, aferida em até 39,2 °C, com resposta parcial e transitória a antitérmico. Nos intervalos afebris, retoma atividade lúdica, porém em menor intensidade que o habitual, com maior apego materno. Nega tosse, coriza, obstrução nasal, otalgia, dor de garganta ou diarreia. Dois episódios de vômito no dia anterior. Refere redução da diurese — cerca de 3 fraldas molhadas nas últimas 24 horas, contra 6 a 7 habituais —, urina com odor fétido e agitação durante a micção. Aceitação de líquidos reduzida, com presença de lágrimas ao choro. Nega exantema, petéquias, rigidez de nuca, gemência, crise convulsiva ou irritabilidade paradoxal. Mãe relata que o quadro é diferente das viroses prévias da criança. História de alteração renal referida no período neonatal, sem documentação disponível.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Infecção do trato urinário febril / pielonefrite** (febre sem foco por 48h, urina fétida, desconforto miccional, vômito, diurese reduzida, possível uropatia prévia).
2. Infecção viral sem foco aparente, plenamente possível nessa idade.
3. Bacteremia oculta ou pneumonia sem sinais respiratórios evidentes.
4. Exantema súbito em fase pré-exantemática.
5. Meningite / meningococcemia — **baixa probabilidade, altíssima consequência**; afasta-se por exame e reavaliação, não por anamnese.

O que pedir

Exame físico com a criança despida — pele, orofaringe, otoscopia, ausculta, abdome e região perineal. **Urina tipo 1 e urocultura por cateterismo vesical ou punção suprapúbica**, nunca por saco coletor. Hemograma, proteína C reativa e hemocultura conforme o estado geral. Recuperar o exame renal neonatal e programar ultrassonografia de rins e vias urinárias. Orientar sinais de retorno imediato um a um: manchas que não somem ao apertar, prostração fora do pico febril, recusa total de líquidos, menos de três fraldas molhadas por dia, vômito persistente, gemência.

Caso 5 — Mulher de 26 anos com dor abdominal em fossa ilíaca direita

Bruna, 26 anos, vendedora, veio com o namorado por dor no lado direito da barriga desde ontem à tarde.

Médico: Me conta como começou.

Paciente: Começou ontem depois do almoço, uma dor no meio da barriga, eu achei que tinha sido a comida. Hoje de manhã acordei e tinha descido pra cá. *(aponta a fossa ilíaca direita)*

> **A migração é dado de ouro e ela entregou de graça.** Dor que nasce periumbilical e migra para a fossa ilíaca direita conta a apendicite em duas fases: a distensão do apêndice gera dor visceral referida em T10, na linha média; depois a inflamação atinge o peritônio parietal vizinho e a dor vira somática e apontável. **A apendicite é a hipótese número um** — e o trabalho das próximas perguntas não é confirmá-la, é impedir que ela me cegue para as outras.

Médico: A dor mudou quando você veio de carro, com os buracos da rua? Dói pra tossir?

Paciente: Ai, o quebra-molas foi horrível. Tossir dói também.

> **Essa é a descompressão dolorosa perguntada em vez de provocada:** irritação peritoneal piora com solavanco e com tosse. Perguntar antes de apertar ainda me poupa de ser o médico que machucou a paciente antes de ganhar a confiança dela.

Médico: Você está com fome? Se eu te oferecesse um pão de queijo agora?

Paciente: Nem pensar. Tô enjoada desde ontem.

> **Anorexia e náusea reforçam o quadro**, sem serem específicas. A ordem importa mais que a presença: na apendicite a dor vem **antes** do vômito; vômito que antecede a dor aponta gastroenterite ou obstrução.

Médico: Antes de continuar, uma pergunta de rotina que eu faço para todo mundo: você prefere que o seu acompanhante espere lá fora nessa parte da conversa?

Paciente: *(olha para o namorado)* Ah, pode ficar… *(pausa)* Não, melhor esperar lá fora, amor.

> **Esta é a pergunta que salva o caso**, e tem que soar como rotina, sem carga nem olhar significativo — "eu faço para todo mundo". Perguntas sobre menstruação, sexo e contracepção feitas diante do acompanhante recebem a resposta que é segura de dar na frente dele, e essa resposta pode estar errada. A hesitação de dois segundos já era informação.

Médico: Quando foi sua última menstruação?

Paciente: Faz umas três semanas. Foi normal.

Médico: Ela veio no dia certo, com o mesmo volume e a mesma duração das suas menstruações de sempre?

Paciente: Agora que você perguntou… veio uns dias adiantada e foi bem fraquinha, durou dois dias. Normalmente é quatro, cinco. Mas veio.

> **"Foi normal" e "veio adiantada, fraca e curta" são a mesma menstruação descrita duas vezes** — e a diferença entre mandar a paciente para a cirurgia e pedir um beta-hCG. **Nunca aceite "menstruação normal": pergunte data, volume e duração comparados aos ciclos habituais.** Sangramento escasso fora de hora pode ser implantação ou o sangramento irregular da ectópica, que a paciente registra como menstruação — e passa a acreditar que não pode estar grávida.

Médico: Você usa algum método anticoncepcional?

Paciente: A gente usa camisinha. Quase sempre.

Médico: Tem alguma chance de você estar grávida?

Paciente: Eu acho que não… mas, sei lá, chance tem, né.

> **A resposta a essa pergunta nunca muda a conduta.** Em toda mulher em idade fértil com dor abdominal, **beta-hCG é obrigatório**, qualquer que seja a resposta, o método e a certeza demonstrada. Não é desconfiança: a consequência de perder uma ectópica rota é morte por hemorragia em mulher jovem; a de pedir um exame a mais são alguns reais.

Médico: Teve algum corrimento ou sangramento esses dias?

Paciente: Tem uns dias que vem um resto marrom, pouquinho. Eu achei que era o fim da menstruação atrasando pra sair.

Médico: Você chegou a sentir tontura, ou dor no ombro?

Paciente: Tontura hoje de manhã quando levantei, sim. Fiquei um tempo sentada na cama. Ombro não.

> **Duas perguntas dirigidas à hipótese que acabou de subir.** Sangramento escuro em borra, tontura ortostática e dor referida no ombro (sangue irritando o diafragma, que projeta em C3-C5) formam o tripé da ectópica sangrante. Tontura ao levantar em mulher de 26 anos sem outra explicação é hipovolemia até prova em contrário.

Médico: Teve febre, ardência pra urinar? Já operou alguma coisa, já teve infecção nas trompas ou usou DIU?

Paciente: Calorzinho de noite, não medi. Urina normal. Nunca operei.

Paciente: Ah, e ano passado eu tratei uma clamídia, o médico passou remédio pra mim e pro meu namorado.

> **E aqui está o fator de risco.** A clamídia lesa o epitélio ciliado tubário, o ovo não é transportado direito e implanta na trompa — por isso **essa pergunta pertence à anamnese de toda dor pélvica**. E ela não seria respondida com o namorado na sala.
>
> **O que seria erro aqui.** Fechar apendicite na migração e pedir tomografia sem beta-hCG. Aceitar "foi normal" sobre a menstruação. Entrevistar diante do acompanhante. E, do outro lado do pêndulo, fixar em ectópica e esquecer que a apendicite segue sendo o mais provável — as duas convivem, e a conduta inicial cobre as duas.

A HDA como ficaria no prontuário

> Mulher, 26 anos, nuligesta, sem cirurgias prévias, com antecedente de infecção por *Chlamydia trachomatis* tratada há cerca de 1 ano. Refere dor abdominal iniciada há cerca de 20 horas, de caráter contínuo, inicialmente periumbilical, mal localizada, com migração para a fossa ilíaca direita nas últimas 8 horas, onde se tornou localizada e apontada com o dedo. Refere piora com solavancos durante o transporte e com a tosse. Associa náusea e anorexia iniciadas junto com a dor, sem vômitos; sensação febril não aferida. Última menstruação há 3 semanas, adiantada em relação ao ciclo habitual, de menor volume e duração (2 dias, contra 4 a 5 habituais). Relata perda vaginal escura, em pequena quantidade, nos últimos dias. Método contraceptivo: preservativo, de uso irregular. Refere tontura ao levantar-se pela manhã. Nega dor no ombro, disúria, diarreia, corrimento purulento ou dispareunia.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Apendicite aguda** (migração clássica, anorexia, sinais de irritação peritoneal referidos).

23

2. **Gravidez ectópica** — segunda em probabilidade, **primeira em risco imediato**: menstruação atípica, sangramento escuro, tontura postural, antecedente de clamídia.
3. Doença inflamatória pélvica / abscesso tubo-ovariano.
4. Cisto ovariano roto; torção de ovário (que dói de forma súbita e intermitente, o que não é o caso).
5. Infecção urinária, cólica renal direita, adenite mesentérica.

O que pedir

Beta-hCG quantitativo, imediato, antes de qualquer imagem. Hemograma, proteína C reativa, tipagem sanguínea com fator Rh, urina tipo 1. Ultrassonografia transvaginal — se o beta-hCG for positivo, busca direta de saco gestacional tópico e de líquido livre; ultrassonografia de abdome ou tomografia conforme o resultado. Avaliação cirúrgica e ginecológica na mesma visita, acesso venoso e sinais vitais seriados até o beta-hCG voltar.

Caso 6 — Homem de 45 anos com tosse há dois meses

Jocimar, 45 anos, servente de obra, vem à unidade básica por tosse que "não larga".

Médico: Há quanto tempo exatamente o senhor está com essa tosse?

Paciente: Rapaz, uns dois meses. Mas é da poeira da obra, doutor. Lá é só cimento no ar.

> **Duas informações em uma frase: o tempo e a explicação pronta.** Tosse acima de três semanas em adulto no Brasil obriga a investigar **tuberculose**, tenha o paciente uma explicação melhor ou não. A atribuição à poeira é plausível — e é por ser plausível que ela adia diagnósticos por meses.

Médico: Pode ser a poeira mesmo, vamos investigar isso também. Ela é seca ou sai alguma coisa?

Paciente: Sai um catarro. De manhã principalmente, é aquele escarro grosso.

Médico: Que cor?

Paciente: Amarelado, esverdeado às vezes.

Médico: O senhor já notou alguma raia de sangue, algum pontinho vermelho no catarro? Mesmo que pouquinho, mesmo que uma vez só?

Paciente: *(pausa)* Teve uma vez, umas duas semanas atrás, que veio meio rosado. Eu achei que tinha sido a garganta de tanto tossir.

> **Repare na construção da pergunta.** "O senhor tem tossido sangue?" recebe não, porque na cabeça dele hemoptise é encher a mão. Perguntei por **raia, pontinho, cor**

> **rosada, mesmo que uma vez**. Hemoptise em fumante de 45 anos com tosse de dois meses reorganiza a lista: tuberculose e neoplasia sobem juntas.

Médico: O senhor tem suado à noite, a ponto de molhar a roupa ou o travesseiro?

Paciente: Molho a camiseta. Tenho que trocar de madrugada. Minha mulher reclama do lençol.

> **Sudorese noturna que obriga a trocar a roupa é diferente de "sinto calor de noite".** A pergunta precisa do critério objetivo — molhar a camiseta, o travesseiro, trocar o lençol —, senão metade do Brasil responde que sim em fevereiro.

Médico: Febre?

Paciente: Uma febrinha que dá no fim da tarde. Não é grande coisa.

Médico: O senhor emagreceu?

Paciente: Acho que sim.

Médico: Quantos quilos, e em quanto tempo? Se o senhor não pesou, me diz pela roupa: a calça está mais folgada? Precisou apertar o cinto?

Paciente: A calça tá caindo. Eu tô no terceiro furo do cinto, antes era no primeiro. Pesei no mercado semana passada, deu 68. Eu era 78 no começo do ano.

> **Perda de peso só existe quando quantificada.** Dez quilos sobre 78 em oito meses são cerca de 13% do peso — muito acima dos 5% que definem perda involuntária significativa. A pergunta do cinto e da roupa é o resgate para quem não se pesa, e funciona quase tão bem quanto a balança.

Médico: Alguém da sua convivência teve tuberculose? Em casa, na obra, alguém que ficou tossindo muito tempo, alguém que tenha sido preso?

Paciente: Minha cunhada tratou faz uns dois anos, ela morava lá em casa nessa época.

> **Contato domiciliar é um dos maiores multiplicadores de probabilidade da anamnese**, e a pergunta precisa ser concreta: quem morou junto, quem tossiu por muito tempo, quem esteve privado de liberdade, quem vive em situação de rua ou abrigo.

Médico: O senhor fuma? Desde quando e quanto por dia?

Paciente: Desde uns quinze anos. Hoje é um maço, mas já foi mais.

> Trinta anos a um maço por dia dão **30 maços-ano** — a conta é maços por dia multiplicado por anos de tabagismo. Isso mantém a **neoplasia de pulmão** firmemente na lista, apesar de a idade e o quadro favorecerem tuberculose. As duas coexistem com frequência incômoda.

Médico: O senhor bebe? Quanto, numa semana comum? E já fez teste de HIV alguma vez?

Paciente: Sábado eu tomo umas… sei lá, oito, dez latinhas com os amigos.

Paciente: Nunca fiz não. Por quê, doutor, o senhor acha que eu tenho?

Médico: Eu peço para todo mundo que investiga tuberculose, porque as duas andam juntas e o tratamento muda. Não é nada sobre o senhor especificamente.

> **Como normalizar a pergunta.** Diga que é rotina e dê o motivo clínico em uma frase. A testagem é obrigatória em todo caso suspeito de tuberculose, porque a coinfecção altera a apresentação radiológica, o risco de formas disseminadas e o esquema. Se o paciente se sentir acusado, ele recusa — e a recusa é sua, não dele.

Médico: O senhor tem diabetes? E na obra, trabalha com corte de pedra, jateamento, granito?

Paciente: Diabetes o médico falou que tá alta, tomo uns remédios que a agente de saúde traz. Granito eu cortei uns três anos, faz tempo.

> **Sílica tem duas consequências e ambas importam:** silicose, que entra no diferencial radiológico, e aumento real do risco de tuberculose — a partícula prejudica o macrófago alveolar, justamente a célula que deveria conter o bacilo. Perguntar "o senhor faz o quê, exatamente, na obra?" rende mais que anotar "servente".
>
> **O que seria erro aqui.** Tratar como bronquite com antibiótico e reavaliar em dez dias sem colher escarro. Aceitar "é da poeira". Não perguntar hemoptise com as palavras certas. Não pedir HIV. E, na comunicação, falar em tuberculose com ar de catástrofe — o paciente precisa saber que trata e cura, ou não volta para buscar o resultado.

A HDA como ficaria no prontuário

> Homem, 45 anos, servente de obra, com exposição prévia a poeira de granito por cerca de 3 anos, tabagista (1 maço/dia desde os 15 anos; 30 maços-ano), etilista (8 a 10 latas de cerveja aos sábados), com diabetes referida em uso irregular de medicação. Refere tosse há 2 meses, produtiva, com expectoração amarelo-esverdeada predominantemente matinal, que atribui à poeira ocupacional. Relata um episódio de expectoração raiada de sangue há cerca de 2 semanas. Refere sudorese noturna que o obriga a trocar as roupas de cama, febre vespertina não aferida e perda ponderal de 10 kg em cerca de 8 meses (de 78 kg para 68 kg, cerca de 13% do peso), confirmada por mudança de dois furos no cinto. Contato domiciliar com cunhada tratada para tuberculose há 2 anos. Nega dispneia significativa, dor torácica, rouquidão e disfagia. Nunca realizou teste para HIV.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Tuberculose pulmonar** — os quatro sintomas clássicos presentes (tosse crônica, febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento) mais hemoptise, contato domiciliar, diabetes, etilismo e exposição a sílica.
2. **Neoplasia de pulmão** (30 maços-ano, perda ponderal, hemoptise) — menos provável, mas obriga a seguir investigando se o escarro for negativo.
3. Pneumonia arrastada, abscesso pulmonar, bronquiectasia infectada.
4. Doença pulmonar obstrutiva crônica, silicose.

5. Micose pulmonar profunda, como paracoccidioidomicose.

O que pedir

Duas amostras de escarro para **teste rápido molecular**, com cultura e teste de sensibilidade; radiografia de tórax; **teste de HIV** com aconselhamento; glicemia de jejum, hemoglobina glicada e hemograma. Notificar e **rastrear contatos domiciliares** se confirmado. Se o escarro for negativo e a clínica persistir, tomografia de tórax e broncoscopia — escarro negativo não afasta tuberculose nem câncer.

Caso 7 — Mulher de 68 anos com tontura

Marlene, 68 anos, aposentada, vem à consulta dizendo que "a labirintite voltou".

Médico: Dona Marlene, eu vou fazer um pedido meio esquisito: me explica o que a senhora sente, sem usar a palavra tontura e sem usar a palavra labirintite.

Paciente: *(ri)* Essa é difícil. É… eu levanto e parece que o mundo vai embora. Escurece a vista, fico mole, tenho que segurar em alguma coisa.

> **Essa é a pergunta mais útil de toda a queixa de tontura**, porque "tontura" é um balde onde cabem quatro coisas. Sem usar a palavra, ela descreveu **pré-síncope** — escurecimento, fraqueza, iminência de desmaio —, que é hipoperfusão cerebral global, não labirinto. "É de rodar ou de desmaio?" traria resposta pouco confiável: o paciente troca a descrição se você perguntar de novo dez minutos depois. Descrever a cena funciona; classificar a sensação, não.

Médico: O mundo chega a girar, como um carrossel? Quanto tempo dura?

Paciente: Girar não, é escurecer mesmo. Dura uns segundos; eu paro, respiro, e passa.

Médico: E o que dispara? Acontece quando a senhora está parada, sentada, deitada?

Paciente: Só quando eu levanto. Da cama de manhã é pior. Ou quando eu tô agachada mexendo na horta e levanto de uma vez.

> **Tempo e gatilho substituíram a qualidade e resolveram o caso em três perguntas.** Segundos, sempre ao ficar de pé, sem giro: **hipotensão ortostática**. Virar na cama com segundos de rotação verdadeira seria vertigem posicional paroxística benigna; horas de vertigem com zumbido flutuante, Ménière; dias de vertigem contínua, neurite vestibular ou AVC de fossa posterior.

Médico: A senhora chegou a desmaiar ou a cair?

Paciente: Caí uma vez, faz duas semanas. Sentei no chão do quarto. Não desmaiei, só não deu tempo de segurar.

> **A queda muda o caso de "queixa incômoda" para "risco de fratura de fêmur".** E note que ela não contou isso espontaneamente — idoso esconde queda por medo de perder a autonomia. Pergunte sempre, e pergunte pelo número: quantas vezes nos últimos seis meses.

Médico: Antes de escurecer, a senhora sente o coração disparar ou falhar?

Paciente: Não. É só o escurecer.

Médico: E já aconteceu de escurecer sem aviso nenhum, sentada ou deitada?

Paciente: Não, sentada nunca.

> **Duas perguntas caçando arritmia, que é a hipótese que mata.** Pré-síncope **sem pródromo**, ou que ocorre sentada ou deitada, ou precedida de palpitação, é cardíaca até prova em contrário. As negativas reduzem a probabilidade sem zerar — o eletrocardiograma custa pouco e perder um bloqueio custa caro.

Médico: O ouvido apita, ficou tampado, a senhora ouve pior de um lado?

Paciente: Não, o ouvido tá bom.

> **Isso derrubou a labirintite que ela mesma trouxe.** Quadro vestibular periférico costuma vir acompanhado do ouvido. Enquanto o rótulo estiver de pé, ninguém procura a causa verdadeira.

Médico: Mudou algum remédio da senhora nas últimas semanas?

Paciente: O doutor aumentou o do coração no mês passado, porque a pressão tava 16.

Médico: A senhora trouxe as caixas?

Paciente: Trouxe tudo na sacolinha. *(entrega)*

> **A sacola é o exame complementar mais barato da geriatria.** Nela costumam estar dois anti-hipertensivos que ninguém sabia que estavam juntos, um diurético em dose recém-aumentada, um tricíclico "para dormir" e um colírio betabloqueador, que conta como medicação sistêmica.

Médico: A senhora tem bebido água? Com esse calor, quanto por dia?

Paciente: Pouca, eu confesso. Eu evito porque tenho medo de precisar levantar de noite pra fazer xixi.

> **Achei o segundo mecanismo.** Restringir líquido para evitar noctúria é comuníssimo em mulher idosa e, somado a diurético, produz hipovolemia. Um caso quase nunca tem uma causa só: tem duas ou três que se somam até cruzar o limiar do sintoma.

Médico: As fezes estão escuras, tipo borra de café? A senhora tem se sentido mais cansada, mais pálida?

Paciente: Fezes normais. Cansaço tenho, mas é da idade.

> **Anemia por sangramento digestivo oculto é a causa de pré-síncope que o estudante esquece**, sobretudo em quem usa anti-inflamatório. "É da idade" não é diagnóstico: é o pedido para que você não investigue. Investigue.

Médico: A senhora deixou de fazer alguma coisa por causa disso?

Paciente: Parei de ir na missa. Tenho medo de passar mal na rua.

> **Essa é a pergunta que mede a gravidade de verdade**, melhor que qualquer escala: o quanto a vida encolheu — e o que o tratamento precisa devolver.
>
> **O que seria erro aqui.** Aceitar "labirintite" e prescrever flunarizina ou cinarizina, que pioram a hipotensão ortostática e causam parkinsonismo e depressão em idoso. Não medir pressão em pé, não perguntar por queda, não pedir a sacola.

A HDA como ficaria no prontuário

> Mulher, 68 anos, hipertensa, refere quadro iniciado há cerca de 4 semanas de episódios de escurecimento visual, fraqueza e sensação de desfalecimento iminente, com duração de poucos segundos, desencadeados exclusivamente pela mudança para a posição ortostática — ao levantar-se da cama pela manhã e ao erguer-se após agachar-se —, com resolução espontânea ao permanecer parada ou sentar-se. Nega sensação rotatória, zumbido, plenitude auricular ou hipoacusia. Nega palpitação precedendo os episódios e nega ocorrência em repouso, sentada ou deitada. Nega diplopia, disartria, disfagia, parestesia facial ou incoordenação. Refere uma queda da própria altura há 2 semanas, sem perda de consciência e sem trauma craniano. Relata aumento da dose de anti-hipertensivo há cerca de 1 mês e restrição voluntária da ingestão hídrica por receio de noctúria. Nega melena, hematoquezia ou uso de anti-inflamatórios. Refere ter deixado de sair de casa por medo de novo episódio.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Hipotensão ortostática iatrogênica e por hipovolemia** (ajuste recente de anti-hipertensivo somado a baixa ingestão hídrica).
2. **Polifarmácia com efeito hipotensor somado** — a definir com a sacola.
3. **Arritmia** — menos provável pelo pródromo constante e pelo gatilho postural, mas de alta consequência.
4. Anemia, desidratação por outra causa, hipotireoidismo, disautonomia.
5. **Não é** vertigem periférica: sem rotação, sem sintoma auditivo, sem gatilho cefálico.

O que pedir

Pressão arterial e frequência cardíaca em decúbito e após 1 e 3 minutos em pé — isso é exame, não exame complementar, e faz o diagnóstico na sala. Eletrocardiograma; hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicemia, TSH. Revisão da sacola, com redução do que for

hipotensor e desprescrição do que não tiver indicação. Avaliação de risco de queda e orientação para levantar em duas etapas, hidratar-se e elevar a cabeceira.

Caso 8 — Homem de 19 anos com dispneia e dor torácica súbitas

Matheus, 19 anos, estudante, alto e magro, chega ao pronto-socorro com o colega de república, falando frases curtas.

Médico: Me conta o que aconteceu. Fala devagar.

Paciente: Eu tava no computador… aí do nada… deu uma pontada aqui *(aponta o hemitórax direito com um dedo)* e eu não consegui mais puxar o ar direito.

> **Três dados em uma frase: início súbito em repouso, dor apontada com o dedo em ponto lateral, dispneia junto.** Início súbito verdadeiro, em repouso, num jovem, é evento **mecânico ou vascular** — pneumotórax, embolia pulmonar. A idade não protege; ela só torna improvável a isquemia, que a localização já afastava.

Médico: Quanto tempo levou do nada até o pior?

Paciente: Foi na hora. Segundos.

Médico: A dor piora quando você puxa o ar fundo?

Paciente: Muito. Eu tô respirando curtinho por causa disso.

> **Dor pleurítica**: piora com a inspiração porque as pleuras deslizam uma sobre a outra e a parietal é a que dói. Isso põe pneumotórax, embolia pulmonar, pneumonia e pericardite na mesa e tira quase todo o resto.

Médico: Você teve febre, tosse, catarro nos últimos dias?

Paciente: Não. Tava normal.

Médico: Alguma viagem longa, ficou muito tempo parado, alguma cirurgia, gesso, perna inchada ou dolorida?

Paciente: Nada disso.

Médico: Alguém na família teve trombose? Você toma algum hormônio?

Paciente: Não.

> **Isso é o Wells perguntado sem a sigla.** O escore é, no fundo, uma lista de perguntas de anamnese: imobilização, cirurgia recente, câncer, trombose prévia, sinais em membro, hemoptise, taquicardia. Todas negativas, a embolia cai bastante — **mas não some**, porque embolia em jovem sem fator de risco é justamente a que se perde.

Médico: Você fuma? Cigarro, cigarro eletrônico, maconha?

Paciente: Cigarro pouco. Maconha… umas vezes na semana. Vape eu uso bastante.

> **Por que essa pergunta entra cedo e sem julgamento.** Maconha e cigarro eletrônico se associam a pneumotórax espontâneo, provavelmente pela inalação profunda com Valsalva e pela lesão de vias aéreas distais; cocaína entra por vasoespasmo coronariano. A resposta só é honesta em tom neutro, com as substâncias listadas sem pausa dramática e sem o colega de quarto ouvindo.

Médico: Já aconteceu alguma coisa parecida antes?

Paciente: No ano passado deu uma dor assim, mas bem mais fraca, passou sozinha em um dia. Eu nem fui no médico.

> **Recidiva é característica do pneumotórax espontâneo primário**, que recorre em uma fração relevante dos casos. Um episódio prévio autolimitado, num rapaz alto e magro, é um dado de peso.

Médico: Alguém na sua família é muito alto e magro, teve pulmão que "estourou", ou problema de válvula do coração?

Paciente: Meu tio teve um negócio no pulmão que furou, eu acho.

> **Estou procurando doenças do tecido conjuntivo** — Marfan e afins —, que aumentam o risco de pneumotórax e de dissecção de aorta; e há agregação familiar de pneumotórax espontâneo. Dez segundos de pergunta.

Médico: Você está com o coração acelerado? Sente que vai desmaiar?

Paciente: Tá batendo forte. Meio zonzo quando levanto.

> **Isso me tira da sala.** Taquicardia com pré-síncope em quadro respiratório agudo indica comprometimento hemodinâmico, e a hipótese a afastar agora é **pneumotórax hipertensivo**, que é diagnóstico clínico e tratamento imediato — não se espera radiografia. Daqui em diante, anamnese e exame acontecem juntos: traqueia desviada, hipertimpanismo, murmúrio ausente de um lado, turgência jugular, hipotensão.

Médico: Vou pedir licença um minuto e chamar o médico, e já volto com ele.

> **O que seria erro aqui.** O clássico é o mais tentador: "jovem, saudável, ansioso, respiração curta — crise de ansiedade". Hiperventilação é diagnóstico de exclusão em alguém com **dor pleurítica súbita**, nunca de primeira intenção. Depois: pedir dímero-D antes da radiografia, porque ele vem alterado por qualquer coisa e você acaba tomografando um pneumotórax. E deixar a oximetria para depois.

A HDA como ficaria no prontuário

> Homem, 19 anos, hígido, longilíneo, tabagista leve, usuário de cigarro eletrônico diariamente e de *cannabis* inalada algumas vezes por semana. Refere que há cerca de 1

> hora, em repouso, apresentou dor torácica de instalação súbita, atingindo intensidade máxima em segundos, localizada em hemitórax direito e indicada com a ponta do dedo, de caráter pleurítico (piora importante com a inspiração profunda), acompanhada imediatamente de dispneia progressiva. Refere palpitação e tontura ao assumir a posição ortostática. Nega febre, tosse, expectoração, hemoptise, trauma, esforço físico, mergulho ou viagem aérea. Nega imobilização prolongada, cirurgia recente, neoplasia, trombose venosa prévia, edema ou dor em membros inferiores, e nega uso de hormônios. Refere episódio prévio de dor torácica semelhante, de menor intensidade e autolimitada, há cerca de 1 ano. História familiar de "pulmão furado" em tio paterno.

Hipóteses, em ordem de probabilidade

1. **Pneumotórax espontâneo primário** (jovem longilíneo, tabagismo com *cannabis* e vape, início súbito em repouso, dor pleurítica unilateral, episódio prévio, história familiar).
2. **Pneumotórax hipertensivo** — a evolução a temer agora, sugerida pela taquicardia com pré-síncope; diagnóstico clínico, descompressão imediata.
3. **Tromboembolismo pulmonar** — probabilidade baixa sem fatores de risco, mas não nula.
4. Pleurite viral, pneumonia, pericardite.
5. Dor musculoesquelética, síndrome de hiperventilação — **só depois que a radiografia estiver limpa**.

O que pedir

Oximetria, sinais vitais e monitorização imediatos. **Radiografia de tórax** ou ultrassonografia pulmonar à beira do leito, que detecta pneumotórax mais rápido. Eletrocardiograma; gasometria se houver hipoxemia. Havendo instabilidade com sinais de pneumotórax hipertensivo, **descompressão por punção antes de qualquer imagem**. Dímero-D e angiotomografia só se a radiografia for normal e a suspeita de embolia persistir.

O fio que atravessa os oito casos

Se você reler as oito transcrições procurando o que elas têm em comum, vai encontrar cinco movimentos que se repetem, sempre nos mesmos lugares.

Primeiro: a queixa que o paciente traz quase nunca é a queixa que você vai investigar. "Azia" era infarto, "labirintite" era hipotensão ortostática, "estresse" era hipertensão intracraniana, "Alzheimer" era delirium, "poeira da obra" era tuberculose. Em cinco dos oito casos o rótulo apontava para o lado errado, e em todos o desvio foi desfeito por uma única pergunta.

Segundo: a pergunta que vira o caso é de comparação, não de descrição. "E há seis meses, o senhor subia essa escada?" "Veio no mesmo volume e duração das suas menstruações de sempre?" "Quantas fraldas, comparado com um dia normal?" "Quando ele estava normal pela

última vez?" A informação está na **distância entre o estado atual e o basal do próprio paciente**.

Terceiro: as perguntas de maior rendimento são as que ninguém responde espontaneamente — o obscurecimento visual de segundos, a raia de sangue no escarro, a queda escondida, o remédio novo de dez dias atrás, a menstruação fraca, o episódio semelhante no ano passado.

Quarto: a ordem das perguntas obedece à decisão que se aproxima. No caso 1, anticoagulante no meio da HDA, porque a trombólise seria decidida em minutos; no caso 8, entrevista interrompida na pré-síncope. Na emergência a anamnese é interrompível por desenho.

Quinto: achar uma causa não encerra a busca. O idoso do caso 3 tinha amitriptilina, retenção e constipação somadas, e ainda precisava de tomografia pela queda sob anticoagulante; a senhora do caso 7 tinha ajuste de dose **e** restrição hídrica. O limiar do sintoma costuma ser cruzado pela soma.

Para levar

- Comece sempre por "quando o senhor se sentiu bem pela última vez?" — é a pergunta que devolve o verdadeiro início do quadro.
- Não aceite o rótulo que o paciente traz: pergunte quem deu o diagnóstico e com base em quê, e investigue como se ele não existisse.
- Peça para **mostrar** a dor com a mão, e nunca ofereça cardápio de qualidade: a resposta que você oferece é a que você recebe.
- Pergunte pelo tempo até o pico, não por "começou de repente?" — todo paciente diz que sim.
- A pergunta de comparação vale mais que a de descrição: e há seis meses, e comparado ao normal, e igual às de sempre.
- Toda mulher em idade fértil com dor abdominal faz beta-hCG, independentemente do que ela responda.
- Peça o acompanhante para sair como rotina declarada, antes de qualquer pergunta sobre sexo, violência ou uso de substâncias.
- Em idoso confuso, ancore o basal em um dia concreto e peça a sacola de remédios — juntas, as duas coisas resolvem a maioria dos delirium.
- Em criança com febre, o que importa é como ela fica **sem** febre; a resposta ao antitérmico não separa viral de bacteriano.
- Em tontura, proíba a palavra "tontura" e pergunte tempo e gatilho; em tosse crônica, pergunte raia de sangue, suor que molha o lençol e contato com tuberculose.
- Pergunte o que o paciente **deixou de fazer** — é a medida de gravidade mais honesta que existe.
- Diante de sinal de instabilidade, interrompa a anamnese sem constrangimento: ela continua ao lado do monitor.
- Encontrar uma causa não encerra o caso: procure a segunda e a terceira, porque o sintoma costuma nascer da soma.

Referências

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. N Engl J Med. 2006;355(21):2217-25.

Cole SA, Bird J. The Medical Interview: The Three-Function Approach. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.

Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. Acad Med. 2009;84(8):1022-8.

Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. Med Educ. 2005;39(1):98-106.

Kassirer JP. Teaching clinical reasoning: case-based and coached. Acad Med. 2010;85(7):1118-24.

Mamede S, Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. Med Educ. 2004;38(12):1302-8.

Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, Ilgen JS, Schmidt HG, Mamede S. The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. Acad Med. 2017;92(1):23-30.

24

CAPÍTULO 24

Roteiros de bolso e como treinar

Este é o capítulo que você leva no bolso do jaleco e consulta trinta segundos antes de entrar no leito. Ele não ensina nada de novo: ele comprime o livro inteiro em roteiros, tabelas e um plano de treino. A regra de uso é a mesma do checklist de um piloto — o piloto sabe voar, e por isso mesmo lê a lista em voz alta antes de decolar: **o roteiro não substitui o raciocínio, ele impede que o raciocínio esqueça um item quando o ambiente estiver barulhento.**

a) O roteiro universal em uma página

A ordem abaixo é a da entrevista completa ambulatorial. Na emergência, você executa os blocos 1 a 4 e adia os demais; no leito, você faz tudo. A coluna da direita é o que se diz em voz alta para trocar de bloco — a frase de transição existe porque o paciente precisa saber que a conversa mudou de assunto, ou ele continua respondendo à pergunta anterior.

#	Bloco	O que se faz	Frase-chave de transição
0	Preparação	Ler o encaminhamento, lavar as mãos, sentar na altura dos olhos, desligar a tela	"Bom dia, sou o Fabrício, estudante de medicina. Posso sentar e conversar com o senhor?"
1	Abertura e agenda	Pergunta aberta + escuta sem interromper por 60-90 s; depois listar todas as queixas e negociar a ordem	"O que trouxe o senhor aqui hoje?" → "Além disso, o que mais está incomodando?" → "Vamos começar pela dor, que parece a mais importante. Pode ser?"
2	Queixa principal	Uma frase, nas palavras do paciente, com duração	"Deixa eu ver se entendi: dor no peito há duas horas. É isso?"

#	Bloco	O que se faz	Frase-chave de transição
3	HDA — sete atributos	Início e cronologia; localização e irradiação; qualidade; intensidade; melhora e piora; sintomas associados; contexto e evolução	"Agora eu vou fazer várias perguntas curtas sobre essa dor, pra entender ela direito."
4	Positivos e negativos pertinentes	Perguntar dirigido às hipóteses que matam e às mais prováveis	"Vou perguntar algumas coisas que podem não ter nada a ver, mas eu preciso descartar."
5	Linha do tempo em voz alta	Devolver a história em ordem e pedir correção	"Deixa eu repetir do meu jeito e o senhor me corrige onde eu errar."
6	Antecedentes pessoais	Doenças, cirurgias, internações, alergias — com data e quem diagnosticou	"Agora eu queria saber da saúde do senhor de modo geral, antes disso tudo começar."
7	Medicações	Pedir a receita ou a sacola; incluir colírio, injeção, chá, fitoterápico, remédio do vizinho; contar as faltas	"O senhor trouxe as caixas? Me mostra tudo o que o senhor toma, até o que não é bem remédio."
8	História familiar	Pais, irmãos, filhos: causa e **idade** dos eventos	"Na sua família, alguém teve problema de coração, derrame, câncer ou diabetes? Com que idade?"
9	Hábitos e contexto	Tabaco (maços-ano), álcool, drogas, atividade, sono, alimentação, trabalho, moradia, viagens, animais	"Pra eu entender o dia a dia do senhor: como é um dia comum na sua vida?"
10	História sexual e temas sensíveis	Sempre com o acompanhante fora, sempre anunciado como rotina	"Eu faço essas perguntas para todo mundo, e elas são sigilosas. O senhor prefere que a sua filha espere lá fora?"
11	Revisão de sistemas	Varredura rápida, do geral para o específico, buscando o que não foi dito	"Pra fechar, vou passar rapidinho pelo corpo todo, só pra ver se ficou algo de fora."
12	Perspectiva do paciente	Ideias, preocupações, expectativas e impacto funcional	"O que o senhor acha que pode ser? E o que o senhor mais teme que seja?" / "O senhor deixou de fazer alguma coisa por causa disso?"
13	Fechamento	Resumo em uma frase, plano em linguagem simples, sinais de retorno, espaço para dúvidas	"Resumindo: … O plano é … Se aparecer X, Y ou Z, volte imediatamente. Ficou alguma dúvida?"

As duas perguntas de segurança, que se fazem em qualquer consulta, antes de encerrar: "**tem mais alguma coisa que o senhor queira me contar?**" e "**o que mais o senhor tem medo de que isso seja?**".

b) Roteiros por queixa

Cada bloco traz **as três perguntas que não podem faltar**, as **red flags** e os **diagnósticos a afastar** — aquilo que, se você perder, o paciente paga.

Dor torácica

- **1.** "Em quanto tempo ela chegou no máximo — segundos, minutos?" (súbito máximo = dissecção; crescendo = isquemia)
- **2.** "Mostra com a mão onde é e pra onde vai."
- **3.** "O que melhora e o que piora? Respirar fundo, deitar, sentar inclinado, apertar?"
- **Red flags:** dor em repouso acima de 20 min; sudorese fria, náusea, dispneia; máximo no primeiro instante ou migração para o dorso; síncope; diferença de pulso ou pressão entre os braços; dor após vômitos vigorosos; hipotensão.
- **Afastar:** síndrome coronariana aguda, dissecção de aorta, tromboembolismo pulmonar (e, em segundo plano, pneumotórax hipertensivo, tamponamento, ruptura de esôfago).

Dispneia

- **1.** "O senhor sobe um lance de escada sem parar? E há seis meses, subia?"
- **2.** "Começou em segundos, horas ou semanas?" (segundos = pneumotórax, embolia, arritmia)
- **3.** "Dorme com quantos travesseiros? Acorda à noite com falta de ar e precisa levantar?"
- **Red flags:** dispneia de repouso; fala entrecortada em frases curtas; ortopneia nova; dispneia paroxística noturna; uso de musculatura acessória; saturação baixa; dor torácica ou síncope associadas; edema unilateral de perna.
- **Afastar:** tromboembolismo pulmonar, insuficiência cardíaca descompensada, pneumotórax; depois asma/DPOC grave, pneumonia, anemia grave, acidose.

Dor abdominal

- **1.** "Começou onde e está onde agora?" (a migração é o diagnóstico)
- **2.** "Qual a relação com comer e com evacuar? Melhora, piora, não muda?"
- **3.** "Quando foi a última menstruação, e ela foi igual às de sempre?" (toda mulher em idade fértil)
- **Red flags:** dor súbita e máxima de início; abdome em tábua; dor desproporcional ao exame (isquemia mesentérica); parada de eliminação de gases e fezes; vômito fecaloide; sangramento; febre alta com hipotensão; idade acima de 65 anos com dor nova.
- **Afastar:** gravidez ectópica rota, aneurisma de aorta roto, isquemia mesentérica, perfuração de víscera; depois apendicite, colecistite, obstrução, pancreatite.

Cefaleia

- **1.** "Em quanto tempo chegou ao máximo?" (menos de um minuto = trovoada)
- **2.** "É diferente das suas dores de sempre?"
- **3.** "Piora deitado, ao acordar, ao tossir ou fazer força?"

- **Red flags:** trovoada; febre com rigidez de nuca; déficit focal ou crise; papiledema; início após os 50 anos; câncer ou imunossupressão; gestação ou puerpério; trauma; anticoagulação; dor que muda de padrão ou progride em semanas; claudicação de mandíbula.
- **Afastar:** hemorragia subaracnóidea, meningite, trombose venosa cerebral; depois lesão expansiva, arterite de células gigantes, glaucoma agudo.

Tontura

- **1.** "Me explica o que a senhora sente sem usar a palavra tontura."
- **2.** "Quanto tempo dura: segundos, minutos, horas, dias?"
- **3.** "O que dispara? Levantar, virar na cama, nada?"
- **Red flags:** incapacidade de ficar de pé sem apoio; diplopia, disartria, disfagia, dormência da face; cefaleia ou cervicalgia súbitas associadas; nistagmo que muda de direção; ausência total de pródromo; surdez súbita unilateral.
- **Afastar:** AVC de fossa posterior, arritmia, hipovolemia/sangramento; depois VPPB, neurite vestibular, hipotensão ortostática por medicação.

Febre

- **1.** "Quanto marcou o termômetro, e em que horário do dia ela vem?"
- **2.** "Onde dói ou o que mudou no corpo junto com a febre?" (procura de foco)
- **3.** "Viajou, teve contato com alguém doente, com animais, tomou antibiótico, fez procedimento ou tem prótese ou cateter?"
- **Red flags:** hipotensão, taquicardia e taquipneia persistentes; confusão; petéquias ou exantema que não empalidece; rigidez de nuca; febre no neutropênico; febre no primeiro mês de vida; febre acima de 7 dias sem foco; imunossupressão.
- **Afastar:** sepse, meningococcemia, malária em quem veio de área endêmica; depois pneumonia, infecção urinária, endocardite, abscesso.

Síncope

- **1.** "O senhor sentiu alguma coisa antes, ou apagou do nada?"
- **2.** "Estava fazendo o quê exatamente — em pé, esforço, deitado, virando o pescoço?"
- **3.** (à testemunha) "Quanto tempo ficou apagado e como ele estava ao acordar?"
- **Red flags:** síncope **durante** o esforço; sem qualquer pródromo; deitado ou sentado; com dor torácica, dispneia ou palpitação; trauma facial por não proteger a queda; história familiar de morte súbita antes dos 50; eletrocardiograma alterado; idade avançada com cardiopatia.
- **Afastar:** arritmia maligna e cardiopatia estrutural (estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica), tromboembolismo pulmonar, sangramento oculto/ectópica; depois vasovagal e ortostática.

Fraqueza

- **1.** "Fraqueza de força mesmo, ou cansaço? O senhor consegue levantar o braço, subir escada, abrir uma garrafa?"
- **2.** "É de um lado só, dos dois, mais perto ou mais longe do tronco?"
- **3.** "Instalou em segundos, em dias ou em meses? Está subindo de baixo para cima?"

- **Red flags:** déficit focal súbito (tempo é cérebro); fraqueza ascendente com perda de reflexos; dispneia ou engasgo associados; nível sensitivo no tronco com alteração de esfíncter; dor lombar com fraqueza em membros inferiores.
- **Afastar:** AVC, síndrome de Guillain-Barré, compressão medular; depois miastenia, miopatia, distúrbio eletrolítico, fraqueza por descondicionamento.

Lombalgia

- **1.** "A dor melhora com repouso ou piora à noite e ao acordar?" (mecânica x inflamatória)
- **2.** "Desce pela perna? Até onde? Tem dormência ou fraqueza no pé?"
- **3.** "Como está o xixi e o cocô? A região que encosta no selim da bicicleta está dormente?"
- **Red flags:** retenção ou incontinência urinária, anestesia em sela, fraqueza bilateral (cauda equina); febre; câncer prévio; perda de peso; uso de corticoide ou drogas injetáveis; trauma; idade abaixo de 20 ou acima de 50 anos na primeira crise; dor noturna que não alivia em nenhuma posição.
- **Afastar:** síndrome da cauda equina, metástase vertebral, espondilodiscite/abscesso epidural; depois hérnia discal, lombalgia mecânica, espondiloartrite.

Palpitação

- **1.** "Começa e termina de repente, como um interruptor, ou vai e vem devagar?"
- **2.** "Bate no mesmo compasso ou embolado? Bate aqui na mesa como era."
- **3.** "Veio junto desmaio, dor no peito ou falta de ar grande?"
- **Red flags:** síncope durante a palpitação; dor torácica ou dispneia intensa; cardiopatia estrutural conhecida; história familiar de morte súbita; início e término abruptos com frequência muito alta; palpitação em repouso que dura horas.
- **Afastar:** taquiarritmia sustentada (fibrilação/flutter, taquicardia ventricular), síndrome de pré-excitação; depois extrassístoles, tireotoxicose, anemia, ansiedade, cafeína e estimulantes.

Edema

- **1.** "É nas duas pernas ou em uma só?" (bilateral = sistêmico; unilateral = local)
- **2.** "Melhora de manhã, depois de uma noite deitado?"
- **3.** "Inchou mais alguma coisa — barriga, rosto, mãos? Ganhou quantos quilos?"
- **Red flags:** edema unilateral doloroso com dispneia (trombose com embolia); edema com ortopneia; edema facial e periorbitário com urina espumosa; edema com febre e pele quente e vermelha; anasarca de instalação rápida.
- **Afastar:** trombose venosa profunda, insuficiência cardíaca, síndrome nefrótica/nefrítica; depois insuficiência venosa crônica, cirrose, linfedema, medicamentos (anlodipino, corticoide, anti-inflamatórios).

Perda de peso

- **1.** "Quantos quilos, em quanto tempo? Se não pesou: a roupa está mais folgada, mudou de furo no cinto?"
- **2.** "Foi de propósito? Está comendo menos, ou comendo igual e emagrecendo?"
- **3.** "Veio junto febre, suor noturno que molha o lençol, tosse ou sangramento?"

- **Red flags:** mais de 5% do peso em 6 meses sem intenção; disfagia progressiva; sangramento digestivo ou urinário; sudorese noturna; massa palpável; icterícia; idade avançada; fumante.
- **Afastar:** neoplasia, tuberculose e HIV; depois hipertireoidismo, diabetes descompensado, depressão, má absorção, insuficiência de órgão avançada.

Sangramento

- **1.** "De onde exatamente? Descreve a cor e a quantidade — pingos, coágulos, encheu o vaso?"
- **2.** "Há quanto tempo e quantas vezes? Já teve isso antes?"
- **3.** "Toma anticoagulante, antiagregante ou anti-inflamatório? Sangra fácil de gengiva, nariz ou em roxos?"
- **Red flags:** tontura ao levantar, palidez, taquicardia, hipotensão; hematêmese ou melena; hemoptise volumosa; sangramento em anticoagulado; sangramento em vários sítios (coagulopatia); sangramento vaginal na gestação; sangramento retal com perda de peso.
- **Afastar:** choque hemorrágico em curso, varizes esofágicas, gravidez ectópica; depois úlcera péptica, neoplasia de cólon, hemorroida, coagulopatia e distúrbio plaquetário.

Tosse

- **1.** "Há quanto tempo, exatamente? Mais ou menos de três semanas?"
- **2.** "Sai catarro? Que cor? Já veio alguma raia de sangue, mesmo uma vez?"
- **3.** "Toma remédio para pressão do tipo captopril ou enalapril? Fuma? Tem azia ou nariz escorrendo por trás?"
- **Red flags:** hemoptise; perda de peso; febre vespertina e sudorese noturna; dispneia progressiva; rouquidão persistente; tosse em quem teve contato com tuberculose; tosse com engasgo em idoso (aspiração); início súbito em criança (corpo estranho).
- **Afastar:** tuberculose e neoplasia de pulmão em toda tosse acima de 3 semanas; depois asma, DPOC, gotejamento pós-nasal, refluxo, inibidor da ECA, bronquiectasia, insuficiência cardíaca.

c) Sinais de alarme por sistema

Sistema	Sinais de alarme na anamnese	O que eles sugerem
Cardiovascular	Dor em repouso > 20 min com sudorese; dor máxima desde o início ou migrando ao dorso; síncope ao esforço ou sem pródromo; ortopneia ou dispneia paroxística noturna novas; queda de duas classes funcionais em semanas; morte súbita na família antes dos 50	Síndrome coronariana aguda, dissecção, arritmia maligna, insuficiência cardíaca descompensada
Respiratório	Dispneia de repouso ou fala entrecortada; hemoptise; dor pleurítica súbita; tosse > 3 semanas com febre vespertina e emagrecimento; estridor	Embolia, pneumotórax, tuberculose, neoplasia, obstrução de via aérea

Sistema	Sinais de alarme na anamnese	O que eles sugerem
Digestivo	Disfagia progressiva; vômito fecaloide; parada de gases e fezes; hematêmese ou melena; icterícia indolor com perda de peso; dor desproporcional ao exame; abdome em tábua	Obstrução, perfuração, hemorragia, neoplasia, isquemia mesentérica
Neurológico	Cefaleia em trovoada; déficit focal súbito; primeira crise convulsiva no adulto; confusão aguda; febre com rigidez de nuca; cefaleia que piora deitado e com Valsalva; anestesia em sela com alteração esfincteriana	Hemorragia, AVC, meningite, hipertensão intracraniana, cauda equina
Geniturinário	Anúria; dor lombar com febre e calafrios; hematúria sem dor; dor escrotal súbita; retenção urinária aguda	Obstrução, pielonefrite, neoplasia urotelial, torção testicular
Ginecológico e obstétrico	Atraso menstrual com dor e sangramento; sangramento na gestação; cefaleia com escotomas no terceiro trimestre; sangramento pós-menopausa; febre com dor pélvica e corrimento purulento	Ectópica, abortamento, pré-eclâmpsia, câncer de endométrio, doença inflamatória pélvica
Musculoesquelético	Monoartrite aguda com febre; lombalgia noturna que não alivia; dor com câncer prévio; claudicação de mandíbula com dor temporal	Artrite séptica, metástase, espondilodiscite, arterite de células gigantes
Endócrino e metabólico	Poliúria com emagrecimento rápido; confusão com hipoglicemia; taquicardia com febre e agitação em tireotóxico; hipotensão com escurecimento da pele	Cetoacidose, crise tireotóxica, insuficiência adrenal
Hematológico e geral	Febre no neutropênico; sangramento em múltiplos sítios; perda de peso > 5% em 6 meses; suor noturno que molha o lençol; linfonodo duro, fixo e indolor	Neutropenia febril, coagulopatia, neoplasia, linfoma, tuberculose
Pediátrico	Febre em menor de 3 meses; petéquias; gemência; recusa alimentar total; menos de metade das fraldas habituais; prostração fora do pico febril; abaulamento de fontanela	Sepse, meningococcemia, desidratação grave
Geriátrico	Mudança aguda do basal cognitivo; queda com anticoagulante; parou de comer ou de andar; medicação nova nas últimas 2 semanas	Delirium, hematoma subdural, doença aguda com apresentação atípica

d) Tradução do vocabulário do paciente

Traduzir não é corrigir o paciente: é registrar a palavra dele e, em seguida, perguntar o suficiente para saber o que ela significa. **Nunca converta termo leigo em termo técnico sem confirmar.**

O paciente diz	Pode significar	Pergunta que desfaz a ambiguidade
"Tontura"	Vertigem, pré-síncope, desequilíbrio, sensação inespecífica	"Me explica sem usar essa palavra."
"Cansaço"	Dispneia, fadiga, fraqueza muscular, sonolência, depressão	"Cansaço de falta de ar ou de corpo mole?"
"Fôlego curto"	Dispneia de esforço, descondicionamento, ansiedade	"Em quantos degraus acontece?"
"Azia"	Pirose, dispepsia, dor isquêmica epigástrica	"Sobe queimando ou é um peso parado?"
"Gastrite"	Dispepsia funcional, úlcera, angina rotulada	"Quem disse isso, e fez endoscopia?"
"Labirintite"	VPPB, hipotensão ortostática, enxaqueca vestibular, arritmia	"Roda ou escurece? Dura quanto?"
"Pressão baixa"	Hipotensão real, hipoglicemia, pré-síncope, mal-estar vago	"Alguém mediu na hora? Deu quanto?"
"Derrame"	AVC, derrame pleural, derrame articular, hemorragia ocular	"Derrame onde? O que aconteceu com o corpo?"
"Bronquite"	Asma, DPOC, tosse crônica, insuficiência cardíaca	"Chia? Tem crise? Fuma há quanto tempo?"
"Pontada"	Dor pleurítica, dor osteomuscular — ou qualquer dor	"Piora quando puxa o ar fundo?"
"Peso no peito"	Dor visceral, isquemia, ansiedade	"Mostra com a mão onde é."
"Fisgada"	Dor neuropática, muscular, breve e benigna	"Dura segundos ou minutos?"
"Palpitação" / "coração disparado"	Taquiarritmia, extrassístole, percepção normal em ansiedade	"Bate o ritmo na mesa pra mim."
"Inchaço"	Edema, distensão abdominal, obesidade, ganho de peso	"Fica marca quando aperta? Uma perna ou duas?"
"Intestino preso"	Constipação verdadeira, esforço evacuatório, sensação de evacuação incompleta	"Quantas vezes por semana? Precisa fazer força?"

O paciente diz	Pode significar	Pergunta que desfaz a ambiguidade
"Diarreia"	Aumento de frequência, urgência, incontinência, fezes amolecidas	"Quantas vezes por dia, e as fezes têm forma?"
"Sangue nas fezes"	Hematoquezia, melena, sangue no papel	"Era vermelho vivo, escuro ou preto grudento?"
"Vômito de sangue"	Hematêmese, sangue de nariz deglutido, hemoptise deglutida	"Veio com tosse ou com ânsia de vômito?"
"Escarro com sangue"	Hemoptise verdadeira, sangue de gengiva ou nariz	"Sai com a tosse? É raia ou mistura toda?"
"Urina escura"	Colúria, hematúria, urina concentrada, mioglobinúria	"Cor de coca-cola ou avermelhada? Espuma?"
"Ardência pra urinar"	Disúria, uretrite, atrofia vaginal, prostatite	"Arde no começo, no fim, ou por dentro?"
"Falta de ar à noite"	Ortopneia, dispneia paroxística noturna, refluxo, apneia do sono, asma	"Alivia em quanto tempo quando o senhor senta?"
"Desmaio"	Síncope, pré-síncope, crise epiléptica, queda sem perda de consciência	"O senhor apagou de verdade? Quem viu?"
"Nervoso" / "ansiedade"	Transtorno de ansiedade, hipertireoidismo, arritmia, abstinência	"Isso vem em crises, com coração acelerado e suor?"
"Dormência"	Hipoestesia, parestesia, fraqueza, dor neuropática	"Está sem sentir, ou formigando? Perdeu força?"
"Reumatismo"	Artrose, artrite reumatoide, gota, fibromialgia	"Incha e fica quente? Trava de manhã por quanto tempo?"
"Cãibra na perna andando"	Claudicação arterial, claudicação neurogênica, cãibra comum	"Para na mesma distância? Alivia parado em pé ou só sentado?"
"Remédio pra afinar o sangue"	Anticoagulante, antiagregante, ambos	"Me mostra a caixa."
"Fraqueza"	Perda de força, fadiga, mal-estar, anemia	"O senhor não consegue, ou consegue mas cansa?"
"Muita sede"	Poliúria e polidipsia, boca seca por medicação, hábito	"Levanta à noite pra urinar quantas vezes?"
"Batendo mal" (idoso)	Delirium, demência, depressão, hipoacusia	"Desde quando? Ele estava normal quando?"

e) Os erros mais comuns do estudante, e a correção

Erro	Por que acontece	Correção
Interromper o paciente nos primeiros 15 segundos	Ansiedade de "controlar" a consulta	Deixe falar 60-90 s sem interromper; você perde pouco tempo e ganha metade da HDA
Perguntar "é uma dor em aperto?"	Você já tem a hipótese e quer confirmá-la	"Como é essa dor? Descreve com suas palavras" — e aguente o silêncio
Encadear três perguntas de uma vez	Nervosismo	Uma pergunta, um silêncio, uma resposta
Pular de sintoma em sintoma	Medo de esquecer algo	Termine os sete atributos de um sintoma antes de abrir o próximo
Aceitar o rótulo ("gastrite", "labirintite")	Parece eficiente	"Quem disse isso, quando, e com base em qual exame?"
Esquecer o fator de **melhora**	Só se treina o que piora	Pergunte sempre os dois; o alívio separa pericardite, isquemia e claudicação
Não perguntar o que a pessoa deixou de fazer	Não parece "clínico"	É a melhor medida de gravidade e de classe funcional
Entrevistar com o acompanhante na sala	Constrangimento em pedir para sair	Anuncie como rotina, no início: "eu faço isso com todo mundo"
Não pedir a sacola de remédios	Confiar na memória do paciente	"O senhor trouxe as caixas?" — vale um exame complementar
Registrar "dor atípica", "estado geral regular"	Copiar o jargão que se lê nos prontuários	Descreva; a classificação é conclusão, não dado
Anotar "nega comorbidades" sem perguntar uma a uma	Pressa	Pergunte por nome: pressão, açúcar, colesterol, coração, pulmão, rim, tireoide
Fazer revisão de sistemas antes da HDA	Seguir o formulário	A HDA primeiro; a revisão é varredura final
Tratar a queixa como uma só quando são cinco	Não negociar a agenda	Liste tudo no início e negocie a ordem em voz alta
Não datar o início real	Aceitar "faz uns tempos"	"Quando o senhor esteve bem pela última vez?"
Esquecer a testemunha na síncope e na crise	O paciente está à sua frente e ela não	Peça o telefone de quem viu e ligue
Não perguntar gravidez em dor abdominal	Achar que a resposta basta	Beta-hCG em toda mulher em idade fértil, sempre

Erro	Por que acontece	Correção
Encerrar sem sinais de retorno	Consulta acabou, próximo	Diga em voz alta o que deve trazer o paciente de volta correndo
Apresentar na visita começando pelos exames	Insegurança com a história	Uma frase de identificação e problema, depois HDA, depois o resto

f) Plano de treino deliberado de oito semanas

Treino deliberado não é "fazer mais anamneses": é praticar **um elemento isolado, com repetição, medição e feedback específico**. Um músico que erra dois compassos não toca a sonata inteira mais dez vezes — ele toca os dois compassos cinquenta vezes, devagar, com metrônomo. Aqui é igual.

Regras que valem nas oito semanas: **grave-se** sempre que puder (com consentimento e sem identificar o paciente), **cronometre**, e escolha **um único item de melhoria por semana** — mais que isso não se aprende, se dilui.

Semana	O que praticar	Como se autoavaliar
1	**Abertura e silêncio.** Uma pergunta aberta e nada mais por 90 segundos.	Cronometre a fala espontânea do paciente antes da sua primeira interrupção. Meta: chegar a 60-90 s em pelo menos 3 de 5 atendimentos. Na gravação, conte quantas vezes você interrompeu.
2	**Os sete atributos, sem rede.** Faça a HDA de um único sintoma, completa.	Depois de escrever a HDA, marque os sete atributos: se algum ficou em branco, você não perguntou. Meta: 7 de 7 em três casos seguidos.
3	**Perguntas abertas e não indutivas.**	Transcreva 10 perguntas da gravação e classifique: aberta, fechada, indutiva, múltipla. Meta: menos de 10% indutivas e zero perguntas múltiplas.
4	**Hipóteses em voz alta.** Antes de entrar, escreva 3 hipóteses; ao sair, escreva 3 de novo.	Compare as listas. Se elas forem idênticas, a entrevista não mudou nada — ou você não perguntou o que discriminava. Registre, a cada caso, **qual pergunta moveu a lista**.
5	**Red flags por queixa.** Decore o bloco (b) de três queixas e execute-o de memória.	Ao sair, confira o roteiro de bolso: quantas red flags você deixou de perguntar? Meta: zero omissões nas três queixas escolhidas.
6	**Escrita e apresentação.** Escreva a HDA em até 10 minutos e apresente em 2 minutos.	Peça a alguém que leia só a sua HDA e diga qual é a sua hipótese. Se acertar, o texto está bom. Cronometre a apresentação oral.

Semana	O que praticar	Como se autoavaliar
7	**Temas difíceis.** Álcool, sexualidade, violência, más notícias, paciente que chora ou que se irrita.	Grave-se e avalie: você anunciou a rotina? Pediu o acompanhante para sair? Usou linguagem neutra? Ficou em silêncio depois da resposta difícil, sem preencher o vazio?
8	**Integração e velocidade.** Anamnese completa em 15 minutos, dirigida em 5.	Cronometre e verifique se, mesmo rápido, a HDA responde aos sete atributos e às red flags. Refaça um caso da semana 1 e compare as duas gravações.

Rotina semanal fixa, em paralelo:

- **Diário de hipóteses erradas.** Anote todo caso em que a sua primeira hipótese não foi o diagnóstico final, com uma linha: qual pergunta teria mudado isso, e por que você não a fez. Esse caderno ensina mais que qualquer livro, porque ele é sobre você. Reveja-o no fim de cada mês.
- **Feedback específico.** Não pergunte "fui bem?" — a resposta será "foi ótimo". Pergunte: "**das minhas perguntas, qual foi a pior?**", "**o que eu deixei de perguntar que você teria perguntado?**", "**em que momento eu induzi a resposta?**".
- **Dois minutos de preparo** antes de cada leito: quais são as três que matam nessa queixa.
- **Uma queixa por semana relida** no capítulo correspondente do livro, depois de tê-la atendido — ler antes é estudo, ler depois é aprendizagem.

g) Ficha de autoavaliação da anamnese (20 itens)

Use depois de cada atendimento, em dois minutos. **Menos de 15 itens marcados significa refazer mentalmente a entrevista**, não repetir o paciente.

- ☐ 1. Me apresentei pelo nome e função, e confirmei o nome do paciente.
- ☐ 2. Comecei com pergunta aberta e deixei falar sem interromper por pelo menos 60 segundos.
- ☐ 3. Listei todas as queixas no início e negociei a ordem com o paciente.
- ☐ 4. Datei o início real ("quando esteve bem pela última vez").
- ☐ 5. Caracterizei o sintoma principal nos sete atributos, sem deixar nenhum em branco.
- ☐ 6. Perguntei o tempo até o pico, e não apenas "começou de repente?".
- ☐ 7. Pedi ao paciente que **mostrasse** a localização e a irradiação.
- ☐ 8. Perguntei fatores de melhora **e** de piora.
- ☐ 9. Perguntei os sintomas associados dirigidos às minhas hipóteses.
- ☐ 10. Rastreei todas as red flags daquela queixa.
- ☐ 11. Fiz os negativos pertinentes das hipóteses que matam.
- ☐ 12. Evitei perguntas indutivas e perguntas múltiplas.

- ☐ 13. Traduzi cada termo leigo em vez de assumir o significado.
- ☐ 14. Questionei os rótulos diagnósticos trazidos pelo paciente.
- ☐ 15. Revisei medicações com a caixa ou a receita na mão, incluindo as que "não são remédio", e estimei a adesão contando faltas.
- ☐ 16. Perguntei hábitos quantificados (maços-ano, doses de álcool) sem julgamento.
- ☐ 17. Criei privacidade antes dos temas sensíveis e perguntei sobre eles.
- ☐ 18. Perguntei impacto funcional ("o que o senhor deixou de fazer") e a perspectiva do paciente (ideias, medos, expectativas).
- ☐ 19. Devolvi a história em voz alta, pedi correção e fiz as duas perguntas de segurança.
- ☐ 20. Saí com uma hipótese principal, duas alternativas e uma conduta — e escrevi a HDA de forma que um estranho, às três da manhã, entenda o caso sem me perguntar nada.

Para levar

- O roteiro de bolso não pensa por você: ele impede que o seu pensamento esqueça um item quando o ambiente estiver barulhento.
- A frase de transição é parte do método — sem ela, o paciente continua respondendo à pergunta anterior.
- Em qualquer queixa, três perguntas bem escolhidas rendem mais que trinta perguntas de formulário.
- Toda queixa tem duas ou três doenças que matam; saiba quais são antes de entrar no quarto, e pergunte por elas primeiro.
- Traduza o vocabulário do paciente em vez de convertê-lo em jargão: "tontura", "azia", "derrame" e "cansaço" são baldes, não diagnósticos.
- Pergunte sempre o que **melhora** e o que o paciente **deixou de fazer**; são as duas perguntas mais esquecidas e das mais informativas.
- Treino deliberado é um item por semana, cronometrado, gravado e revisto — não é atender mais gente.
- Peça feedback específico: "qual foi a minha pior pergunta?" ensina; "fui bem?" não ensina nada.
- Mantenha o diário das hipóteses erradas; ele é o único material de estudo escrito sob medida para você.
- No fim de cada atendimento, passe os 20 itens da ficha: dois minutos hoje economizam um erro amanhã.

Referências

Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 13th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med. 2007;356(4):387-96.

Ericsson KA, Krampe RT, Tesch-Römer C. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. Psychol Rev. 1993;100(3):363-406.

Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. Acad Med. 2004;79(10 Suppl):S70-81.

Gawande A. The Checklist Manifesto: How to Get Things Right. New York: Metropolitan Books; 2009.

Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). Med Educ. 1979;13(1):41-54.

Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.