



DISCIPLINA: ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
CURSO: ENFERMAGEM GERAL 04

Tema: BASES DA SEMIOLOGIA CLINICA

Docente: Leocádio Francisco

- **A semiologia** é a disciplina médica que estuda como investigar, encontrar e interpretar os sinais e sintomas através dos quais as doenças se manifestam no paciente .
 - **A história clínica** é a parte mais importante da medicina, pois é essencial para se poder fazer o diagnóstico certo da condição patológica e apoiar no manejo do paciente, para além de estabelecer condições para uma adequada relação clínico-paciente.
-

As doenças podem manifestar-se clinicamente com sinais e/ou com sintomas:

- Os sinais são os achados objectivos, percebidos pelo clínico, mas que também podem ser percebidos pelo paciente/familiares.
- Os sintomas são manifestações subjectivas (que o doente sente), identificadas pelo
- doente só e não detectáveis com o exame objectivo ou as análises de laboratório.

A HISTÓRIA CLÍNICA

- A história clínica refere-se ao conjunto das informações colhidas e constatações detectadas pela observação objectiva do paciente. Pode ser dividida em **2 fases**:
- **A anamnese**
- **O exame físico (exame objectivo)**

ANAMNESE

- A anamnese é o resumo sistemático do relato/descrição que o paciente (e/ou pessoas acompanhantes) faz sobre a doença actual, o passado, os antecedentes familiares, e outros
- factores que podem influenciar o diagnóstico respondendo às perguntas que o clínico lhe apresenta/faz.
- A colheita da anamnese é feita através duma conversa com o paciente (por meio de perguntas gerais e direccionadas) cujo conteúdo é resumido no processo clínico.

AS FINALIDADES DA ANAMNESE SÃO:

Obter o maior número de informações necessárias sobre a queixa do paciente para fazer o diagnóstico da sua condição patológica;

- Estabelecer um relacionamento de confiança entre o clínico e o paciente;
- Perceber como o paciente está a lidar com a sua condição;
- Obter informações para apoiar no manejo do paciente (terapia, controlo de uma situação crónica, educação em saúde, prevenção).

EXAME FÍSICO

- O exame físico (ou exame objectivo) é a pesquisa imediata e directa dos sinais de doença que podem se apresentar no paciente.
- O clínico deve usar a vista, os ouvidos, o tacto e o olfacto para identificar o que é normal ou anormal no corpo do paciente.
- A anamnese e o exame físico complementam-se no processo diagnóstico, ou seja, um não substitui o outro.

- Em geral, o exame físico segue a anamnese, que direcciona aonde focar a atenção no exame físico sem deixar de observar todos os aparelhos.
- Existem situações nas quais o exame físico precede a anamnese (p.ex. em situações dum paciente inconsciente ou incapaz de comunicar-se).

OS SINAIS E SINTOMAS

As doenças podem manifestar-se clinicamente com sinais e/ou sintomas.

Os dois são manifestações do mau funcionamento da fisiologia normal de um ou mais aparelhos corporais.

Os sintomas são manifestações subjectivas, identificadas pelo doente só e não detectáveis com o exame objectivo ou as análises de laboratório. (p.ex. “dor”, mal-estar, anorexia)

- Os sintomas são diferenciados em:

Sintomas cardinais: são sintomas primários, principais ou maiores através dos quais é feito o diagnóstico.

Exemplos de sintomas cardinais são: tosse, hemoptises, dispneia, diarreia.

- **Sintomas constitucionais**

são sintomas gerais e são relacionados com o efeito sistémico da doença.

Eles afectam o corpo inteiro e não somente o aparelho específico. Exemplos de sintomas constitucionais são: febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento.

OS SINTOMAS PODEM SER CLASSIFICADOS SEGUNDO O CURSO/DURAÇÃO EM:

Sintomas iniciais ou de apresentação: são sintomas que levaram o paciente ao clínico.

Sintomas agudos: são sintomas que aparecem de repente.

Sintomas crônicos: constantemente presentes e de duração de mais de 2 semanas.

Sintomas remitentes: que aparecem e desaparecem com uma certa regularidade.

SINAIS

- Os **sinais** são os achados objectivos, que o clínico detecta (normalmente durante a consulta).

Exemplo: icterícia, tensão arterial, pulso.

- Os sinais podem ser diferenciados em:

Normais: expressão de um funcionamento normal do aparelho.

Anormais: expressão de um mau funcionamento da fisiologia normal de um ou mais aparelhos.

- Um **síndrome** é um conjunto de sinais e sintomas que coexistem em uma determinada condição ou doença e que a definem clinicamente.
 - **Manifestações clínicas ou quadro clínico:** conjunto de sinais, sintomas recolhidos através da anamnese e dos achados do exame físico.
-

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- A hipótese diagnóstica é o diagnóstico que mais provavelmente causa o quadro clínico apresentado pelo paciente, e pode ser apresentada como síndrome ou como doença. Pode-se ter mais do que uma hipótese diagnóstica.
- Nesse caso constituem uma lista de doenças ou um síndrome (que pode ter diferentes causas).
- A formulação dessa lista deve partir da anamnese, do exame físico e da interpretação dos sinais e sintomas.
- Os meios diagnósticos auxiliares (teste laboratoriais, radiológicos, etc.) podem representar o passo seguinte para aperfeiçoar a lista das hipóteses diagnósticas.

- Fala-se de hipótese enquanto deve ser confirmada com outras análises e investigações.
 - Entre as doenças listadas, haverá doenças mais suspeitas, ou que mais provavelmente são a causa das queixas apresentadas pelo doente.
 - Define-se hipótese diagnóstica principal como a doença mais suspeitada de ser o diagnóstico verdadeiro.
-

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- é o processo de investigação e decisão entre uma lista de possíveis doenças (hipóteses diagnósticas) para definir qual é a mais provável.
- Esse processo, de confirmar ou excluir uma hipótese diagnóstica é um processo contínuo através da anamnese, da avaliação do paciente, dos resultados das análises e da reavaliação do paciente

COMPONENTES DA ANAMNESE

- Identificação
 - Queixa principal
 - História da doença actual
 - História médica pregressa
 - História familiar
 - História pessoal /social
 - Revisão de sistemas
-

FINALIDADES DA ANAMNESE

- A anamnese tem como finalidades obter o maior número de informações necessárias sobre o paciente e suas queixas para fazer o diagnóstico da sua condição patológica e ao mesmo tempo estabelecer um relacionamento de confiança entre o clínico e o paciente.

PASSOS

- Apresentar-se ao paciente.
- Recolher as informações identificativas do paciente.
- Recolher informações sobre a(s) queixa(s) principal(s) e a doença actual.
- Recolher a história médica pregressa.
- Recolher informações sobre a história familiar.
- Recolher a história pessoal/social.
- Fazer uma revisão de sistemas.

- Nome;
- Idade;
- Sexo;
- Cor (raça);
- Estado civil;
- Profissão (actual e anteriores);
- Local de trabalho;
- Naturalidade;
- Residência.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS RELEVANTES SÃO:

- Data da consulta e horário de atendimento (importante sobretudo em caso de emergência e se o paciente for internado);
- Contacto do paciente;
- Pessoa de referência e respectivo contacto;
- Fonte da anamnese se diferente do paciente: escrever por exemplo: “anamnese recolhida através do marido”;
- Fonte de encaminhamento: escrever “paciente referido da enfermaria de pneumologia, Dra Maria.”

RECOLHER AS INFORMAÇÕES SOBRE A(S) QUEIXA(S) PRINCIPAL(S)

- **A queixa principal** é o motivo que leva o paciente à consulta. O paciente pode ter uma ou mais queixas, que podem ser ou não relacionadas.
- É fundamental perguntar ao paciente a razão da vinda ao hospital e o deixar falar para depois poder fazer as perguntas específicas.
- **O registo no processo clínico da queixa principal deve ser feito escrevendo, entre aspas, as palavras do paciente.**

- Recolher as informações sobre a história da doença actual: consiste no conjunto de sinais/sintomas que levaram o paciente à consulta, e que se relacionam com a doença actual.

Para cada sintoma, o clínico deve (quando aplicável) pesquisar acerca dos seguintes atributos:

- A cronologia: início, duração e periodicidade;
- A localização corporal;
- A qualidade (características);
- Quantidade ou gravidade;
- Factores de piora e melhora e evolução

- Relação e/ou associação com outros sinais/sintomas;
- A situação do sintoma no momento actual;
- Contacto com pessoas doentes (em caso de doença potencialmente transmissível);
- O tratamento anterior;
- Anamnese dos aparelhos relacionados ao sintoma principal.

- Recolher informações sobre a história médica pregressa:

compreende todas as informações do paciente sobre a sua saúde física, mental e psíquica a partir do nascimento até ao momento actual, ou seja até o início da queixa que levou o paciente à consulta.

Alergias;

História de vacinas;

Doenças da infância;

Doenças na idade adulta;

Internamentos e diagnóstico por causas médicas ou cirúrgicas;

Acidentes, traumas;

História obstétrica.

RECOLHER INFORMAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA FAMILIAR

- história familiar inclui todas as informações sobre as doenças congénitas, hereditárias, de tendência familiar e infecciosas, que se apresentaram ou estão a decorrer nos familiares.

Doenças hereditárias, e/ou de tendência familiar

- Alergias
- Diabetes
- Hipertensão
- Gota
- Obesidade
- Albinismo

Doenças infecciosas transmissíveis:

- Tuberculose
- HIV e outras Infecções de transmissão sexual;
- Gripe

Doenças congénitas:

- Malformações, HIV

Internamentos e diagnósticos;

Causas de falecimentos

RECOLHER AS INFORMAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL DO PACIENTE

- A história pessoal e social é importante pois tudo o que o paciente faz afecta a sua saúde, positivamente ou negativamente. As perguntas sobre a história pessoal e social a serem feitas incluem os seguintes tópicos:

Condições socioeconómicas e culturais

- Ocupação actual e anterior;
- Grau de escolaridade;

- Habitação;
- Situação socioeconómica;
- Condições culturais (incluindo crenças religiosas e espirituais);
- Vida conjugal, familiar e relacionamento com amigos;
- Fontes de estresse.

Estilo de vida e hábitos

- Alimentação;
- Actividades físicas;
- Hábitos: álcool, tabagismo, tóxicos;
- Ritmo do sono;

Viagens recentes;

Uso de medicina alternativa.

- A revisão dos sistemas/aparelhos: é a recolha de informações sobre sintomas específicos relacionados aos diferentes aparelhos, que não foram explorados na história da doença actual.
- Sintomas gerais;
- Cabeça, pescoço;
- Pele e anexos;
- Mamas;
- Sistema respiratório;
- Sistema cardiovascular;

- Sistema digestivo;
 - Sistema genito-urinário;
 - Sistema hemolinfopoiético;
 - Sistema endócrino;
 - Sistema músculo-esquelético;
 - Sistema nervoso;
 - Sistema psíquico.
-

PRINCIPIOS BIOÉTICOS A TER EM CONTA NO ESTABELECIMENTO DO RELACIONAMENTO

- **Autonomia:** respeitar o direito do paciente de participar nas decisões; esse princípio é representado pelo “consentimento informado.”
- **Beneficiencia:** fazer bem maximizando os benefícios possíveis.
- **Não-maleficiencia:** não fazer mal ao paciente, “primum non nocere.”
- **Sigilo médico:** manter a confidencialidade entre o clínico e o paciente e manter a confidencialidade entre os clínicos que cuidam do paciente e têm acesso às informações (confidencialidade partilhada).
- **Justiça:** ser justo.

AS CARACTERÍSTICAS HUMANAS E PROFISSIONAIS QUE O CLÍNICO DEVE DEMONSTRAR EM FRENTE DO PACIENTE

- **Profissionalidade:** o clínico deve ser competente e habilidoso na prática clínica.
- **Integridade:** o clínico deve agir de forma correcta em qualquer condição e com qualquer paciente.
- **Respeito:** o clínico deve ter a capacidade de respeitar e de dar valor a condição humana do paciente.
- **Compaixão:** o clínico deve ter interesse verdadeiro pelos momentos difíceis e sofrimento que o paciente está passando

- Os requisitos básicos que mantêm o vínculo entre clínico e paciente são:
 - **Confiança:** fé que se deposita no clínico e vice-versa.
 - **Empatia:** forma de identificação afetiva entre o clínico e o paciente.
 - **Paciência:** capacidade de esperar e entender os ritmos, hábitos e cultura do paciente.
-

FIM

SINAIS VITAIS

- Sinais Vitais: são medidas que fornecem dados fisiológicos que indicam as condições de saúde de uma pessoa.
- O objectivo da verificação dos sinais vitais é de auxiliar os profissionais a colher dados e avaliar as condições de saúde duma pessoa, assim como permitir a tomada de decisão em determinadas intervenções.

SITUAÇÕES EM QUE TORNA-SE INDISPENSÁVEL A VERIFICAÇÃO DE SINAIS:

- Durante a admissão do utente no serviço ou enfermaria,
- De acordo com as rotinas de cada serviço ou mediante a prescrição de um clínico,
- Antes e depois de qualquer procedimento cirúrgico e procedimentos invasivos de diagnóstico,
- Antes e depois da administração de medicamentos que afectam a função cardiovascular, respiratória ou a temperatura,
- Sempre que a condição do utente sofrer alterações (intensidade da dor, perda de consciência, etc),
- Antes de outras intervenções que possam alterar os sinais vitais (deambulação, fisioterapia, etc.)

TIPOS DE SINAIS VITAIS: TEMPERATURA, PULSO, RESPIRAÇÃO E TENSÃO OU PRESSÃO ARTERIAL

- Temperatura corporal: é o equilíbrio entre a produção de calor por intermédio do metabolismo, actividade física e outros factores e as perdas de calor ocorridas por meio dos pulmões, pele e excreções corporais.
- A temperatura é medida por meio de um instrumento denominado termómetro.
- Os tipos de termómetro mais usados são: digital e de mercúrio.

- Principais locais de avaliação: boca (oral ou bucal), axilas (é o local mais frequente de verificação), e recto.

Valores normais de temperatura corporal

Local de medição Valores

Oral ____ 35,5 a 37 °C

Axilar ____ 36 a 37,4 °C

Rectal ____ 36 a 37,5°C

- Nível de intensidade Valores
- Febre baixa ou febrícula Até ____37,5°C
- Febre moderada ____37,5 a 38,5°C
- Febre alta (também chamada hipertermia ou hiperpirexia)
- Acima de ____38,5°C
- Hipotermia (temperatura corporal baixa) Abaixo de ____35,5°C

- **Pulso.** É a contracção e a expansão de uma artéria, correspondendo aos batimentos cardíacos.

Existem 2 métodos para a avaliação do pulso:

Electrónico: através da monitorização contínua, usado para pacientes internados com indicação.

Manual: onde são avaliadas as três principais características do pulso, nomeadamente: ritmo, frequência e volume (profundidade/amplitude).

LOCAIS DE AVALIAÇÃO DO PULSO

O pulso pode ser avaliado em vários locais, mas para fins práticos, os locais (artérias) mais frequentes para avaliar o pulso são:

- Carótida, Cubital , Radial (é a mais frequente de todas) , Femural, Tibial posterior , Pediosa .

Num adulto os valores normais do pulso por minuto são:

- Pulso de 60 a 100 pulsações por minuto **Normal**
- Mais de 100 pulsações por minuto **Taquicardia**
- Menos de 60 pulsações por minuto **Bradicardia**

- Quanto ao ritmo pode ser: Regular ou rítmico e Irregular ou arrítmico: intervalos de pulsações desiguais.
- Frequência: Taquicardia: pulsações por minuto acima do limite superior normal.
- Bradicardia: pulsações por minuto abaixo do limite superior normal ▯
Volume (profundidade)
- Forte, cheio, amplo ,Fraco, filiforme, débil: redução da força ou do volume do pulso.

- Respiração é o acto de inspirar e expirar (absorção de oxigénio e eliminação do dióxido de carbono), promovendo a troca gasosa entre o organismo e o ambiente.
- Valores normais da frequência respiratória:

Adulto: 16 a 20 ciclos por minuto (variações em bibliografias diferentes).

Tipos de respiração: Eupneia: respiração normal

Dispneia: dificuldade respiratória percebida pelo paciente

Taquipneia: aumento do número de respirações por minuto (acima do valor normal).

- Bradipneia: diminuição do número de respirações por minuto (abaixo do valor normal).
 - Apneia: pausa respiratória,
 - Ortopneia: respiração difícil em decúbito, facilitada na posição vertical ou semi-sentada.
 - A respiração pode ser influenciada por: exercícios físicos, febre, idade, stress, ansiedade, droga, hemorragia, posições posturais, etc.
-

- Tensão ou pressão arterial É a força ou pressão que o sangue exerce sobre a parede das artérias.

Valores normais e variações da pressão arterial A pressão arterial é definida por 2 valores:

- **Pressão sistólica**, que é o valor máximo, é a pressão dentro da artéria quando o coração bombeia o sangue (contração do coração).
- **Pressão diastólica**, que é o valor mínimo, é a pressão dentro da artéria quando o coração está em repouso e enchendo de sangue (relaxamento do coração).

VALORES NORMAIS E VARIAÇÕES DA PRESSÃO ARTERIAL NO ADULTO

- **Classificação Valor (mm/Hg)**

Normal Sistólica: < 100-130 Diastólica: <60 - 90

Limítrofe Sistólica: 130-139 Diastólica: 85 - 89

Hipertensão Sistólica: ≥ 140 Diastólica: ≥ 90