

## Como examinar um doente

Quando um doente procura ajuda, é necessário começar por lhe fazer algumas perguntas importantes e examiná-lo cuidadosamente, de modo a perceber quais são as suas preocupações e necessidades. É necessário procurar **sinais** e **sintomas** que ajudam a perceber qual a doença que a pessoa pode ter (**diagnóstico**) e/ou se a pessoa está gravemente doente.

Existem algumas coisas muito importantes que se deve perguntar e observar em todos os doentes: as que o doente sente ou de que se queixa (**sintomas**); e as que se observam quando se examina o doente (**sinais**). Os sinais podem ser muito importantes quando se examina crianças e doentes que não conseguem falar.

Para saber quais são os **sintomas** do doente, devem ser feitas perguntas que permitem colher a sua **história clínica** (ou *anamnese*). Para se observar os **sinais** da doença, é preciso fazer um **exame físico** cuidadoso do doente.

Se o doente é **uma criança**, as perguntas devem ser feitas à mãe ou à pessoa adulta que a acompanha e é necessário, antes de tudo, pedir e examinar o seu Cartão de Saúde.

É fundamental conhecer se a criança está a ganhar peso normalmente, de acordo com a sua idade, e se tem as vacinas em dia. Se a criança não está a crescer bem, deve-se procurar identificar se pode existir uma razão para isso (doenças anteriores, dieta, problemas familiares como o nascimento de outra criança, etc.)



Se o doente é **um idoso**:

- Tratar com respeito, mantendo a sua dignidade.
- Ouvir com cuidado o que diz.
- Levar as suas queixas a sério, em vez de classificar os problemas como próprios da idade.
- Aceitar que o doente pode ter problemas de visão e audição.
- Facilitar o acesso a medicamentos gratuitos para as doenças crónicas, por exemplo, comprimidos para a diabetes.
- Providenciar, se possível, serviços de reabilitação como a fisioterapia, para os problemas da marcha e artrites que surgem com a idade.



O exame dum doente deve ser sempre feito num lugar onde haja bastante claridade: de preferência à luz do dia – **nunca** num quarto escuro.

Para complementar e/ou confirmar o diagnóstico da doença devem ser pedidos **exames laboratoriais**, quando e onde for possível realizá-los.

### ***O que fazer?***

- Receber o doente com uma frase amistosa, apresentar-se e perguntar o nome do doente.
- Se o doente não fala português, usar a língua local.
- Deixar o doente à vontade para dizer tudo o que sente.
- Garantir ao doente a confidencialidade das informações que dá.

### ***Não deve:***

- Movimentar-se constantemente ou sair da sala enquanto está a atender o doente.
- Fazer gestos ou comentários que dão a entender que não concorda com aspectos negativos da vida do doente.
- Deixar que outros colegas entrem na sala onde estamos a observar o doente.

## **História clínica (perguntas)**

O contacto com o doente deve começar com uma atitude e *uma frase amistosa*, antes de se começar a fazer perguntas para obter a história clínica. Isto é muito importante para quebrar as dificuldades de comunicação e permitir ao doente dar a história completa, pelas suas próprias palavras.

É importante fazer uma pergunta de cada vez e ter a certeza que o doente a percebeu bem. Só se deve continuar o interrogatório depois de ter recebido uma resposta clara à pergunta anterior.

As perguntas devem ser feitas seguindo uma sequência que permita identificar:

- qual é a **queixa principal** do doente, quando e como começou, como evoluiu, de modo a perceber qual é a **história actual** da sua doença;
- se o doente teve doenças anteriores à actual, bem como as suas anteriores condições sociais, e/ou profissionais. Isto pode permitir compreender quais os **antecedentes pessoais** do doente que podem estar relacionados com o seu estado actual de saúde;
- se existem, ou existiram, doenças na família do doente (**antecedentes familiares**) que podem ter influência no seu estado actual de saúde.

A colheita da história clínica também permite ir avaliando o estado geral do doente: por exemplo, se este revela ou não muita dor, se está nervoso ou deprimido, etc.

**À medida que se interroga e se examina um doente, devem ser anotados todos os achados que se vão encontrando.**

## Queixa principal e história actual

Para identificar o sintoma que constitui a queixa principal do doente e para colher a história actual da sua doença, pode-se fazer as seguintes perguntas ao doente, à mãe ou acompanhante duma criança doente:

### **De que é que se queixa? O que é que o incomoda mais neste momento?**

É preciso notar que, por vezes, o doente não consegue comunicar a sua queixa principal, logo no primeiro contacto com uma pessoa que não conhece bem. Só à medida que a conversa vai progredindo se consegue saber qual é a queixa ou preocupação principal do doente. Por exemplo: um doente com impotência sexual, pode não referir logo de início essa queixa; uma mulher com problemas de infertilidade (dificuldade em ter filhos) pode vir queixar-se duma dor abdominal.



## Como e quando começou a doença?

A definição do início e da duração do sintoma deve ser muito clara.

- Início súbito ou há poucos dias, indica uma situação aguda
- Início gradual ou o sintoma presente há mais de 2 semanas indica uma situação crónica

No caso da *tosse* por exemplo, pode sugerir:

- Início súbito – um corpo estranho
- Há poucos dias – uma infecção viral ou bacteriana
- Há mais de 2 semanas – tuberculose pulmonar

## O que aconteceu desde que começou esta doença?

É importante tentar perceber qual tem sido a **evolução** da doença desde que começou.

Por exemplo, um doente que refere que está a emagrecer progressivamente, é porque está a piorar. Neste caso devemos suspeitar que o doente pode ter SIDA ou uma outra doença grave.

## Há alguma coisa que alivia, ou que faz piorar, o seu problema?

Por exemplo:

- na úlcera duodenal (ver pág. 294), o doente pode referir uma dor que alivia depois de comer
- na insuficiência cardíaca (ver pág. 487), o doente refere falta de ar que é agravada pelo esforço físico

## É a primeira vez que tem este problema, ou isto já aconteceu antes?

Por exemplo: no caso de asma, o doente dá uma história de que já teve anteriormente ataques idênticos de dificuldade respiratória e de tosse.

Na colheita da história actual da doença, é muito importante definir bem as características dos sintomas que o doente refere.

Usando a tosse como um exemplo, deve-se perguntar se esta é acompanhada de expectoração e quais são as suas características. Se esta é:

- amarela/esverdeada – sugere uma *infecção bacteriana* (pneumonia, bronquite)
- com sangue – sugere *pneumonia* ou *tuberculose pulmonar*

Se o doente refere dor, é preciso perguntar:

- Onde é que dói? (Pedir para apontar o lugar exacto com um dedo)
- Dói sempre ou só de vez em quando?
- Como é essa dor? (aguda? intensa? tipo ardor?)
- Consegue dormir, apesar da dor?

Se o doente é uma criança que ainda não fala, é preciso procurar sinais de dor. É preciso observar os seus movimentos e o modo como a criança chora. Por exemplo: uma criança que tem dores de ouvido, muitas vezes esfrega o mesmo lado da cabeça ou puxa a orelha.

Outro aspecto fundamental da história clínica actual consiste em recolher informação sobre a gravidade do sintoma que o doente refere como queixa principal.

Por exemplo, no caso duma criança com diarreia, é preciso saber o número de dejectões (número de vezes que tem diarreia) por dia. Isto ajuda a avaliar o risco que a criança corre de ficar desidratada.

Ainda no caso duma criança, é preciso perguntar se a criança brinca bem: uma criança que brinca normalmente, em geral não tem uma doença séria.

### **Desde que começou esta doença, já fez algum tratamento ou tomou alguma coisa?**

Deve-se procurar saber se o doente já fez algum tratamento, para evitar a repetição de prescrições (receitas) que possivelmente não resultaram. Por exemplo, um doente que fez um tratamento completo com um medicamento antimalárico e continua com febre alta, pode não ter malária, ou então pode ter uma malária resistente a esse medicamento.



### **Na sua família, ou na sua área, estão outras pessoas com um problema como este?**

Muitas doenças são infecções que passam dumas pessoas para as outras (por ex., sarampo, sarna).



Se um familiar próximo está ou esteve com a mesma doença, isto pode ajudar a identificar o diagnóstico e o procedimento a seguir com o doente.

No caso de diarreia aguda, se outras pessoas na área estão com a mesma doença, deve-se pensar em cólera.

## Antecedentes pessoais

Na colheita da história clínica, é importante conhecer alguns aspectos da vida do doente, anteriores ao aparecimento da doença actual e que podem estar relacionados com esta. Para isso, devem ser dirigidas perguntas ao doente, de modo a identificar:

### Doenças anteriores

Perguntar ao doente se teve outras doenças, se esteve internado, se foi operado, ou foi a consultas anteriores. Isto deve ser registado, por ordem do aparecimento, anotando as datas em que surgiram e a sua duração.

Com a experiência, aprende-se a perguntar os pontos mais importantes dos antecedentes pessoais e a identificar os que podem estar relacionados com a doença actual. Por exemplo:

- Uma criança com perda de peso: o processo da doença pode ter iniciado desde a altura em que a criança teve sarampo, há meses atrás.
- Um adulto com infecções de repetição: sugere um diagnóstico de HIV e SIDA.

### Tipo e condições de trabalho

É importante conhecer, não só o tipo de trabalho actual do doente, mas também outro ou outros que o doente teve no passado. Por exemplo: o doente que agora é camponês, mas já foi trabalhador das minas.

### Uso de medicamentos

O uso prolongado de certos medicamentos pode dar informação sobre a doença actual. Por exemplo: o AAS pode ser a causa duma gastrite.

### Antecedentes familiares ou hereditários

É útil tentar saber se alguém da família sofreu, ou tem sofrido de alguma doença. Isto pode ajudar a identificar algumas doenças hereditárias, tais como alergias, asma, etc.



## Exame físico

Depois de colher a história clínica, o trabalhador de saúde que está a atender o doente tem de fazer o seu exame físico. Muitas vezes, na unidade sanitária, a bicha dos doentes é longa e nem sempre é possível fazer um exame físico completo e pormenorizado a cada um deles. Mesmo assim, é necessário fazer, pelo menos, um exame físico *relevante* para as queixas ou sintomas apresentados pelo doente. Nos doentes em que o diagnóstico não está claro tem que ser feito um exame mais completo e cuidadoso.

O exame físico de um doente consiste em:

- Observar o **estado geral** do doente (aspecto geral).
- Determinar os **dados vitais**.
- Fazer o **exame sistemático** do corpo.

O exame duma criança faz-se da mesma forma que o dos adultos, mas a mãe, ou o pai, devem estar presentes. As crianças pequenas devem estar, sempre que possível, ao colo dos pais e é importante criar um ambiente para que elas se sintam à vontade. Por exemplo, pode-se deixar a criança brincar com o estetoscópio ou com outros objectos durante a observação. Uma criança que está assustada e a chorar pode levar a conclusões erradas.



Pontos importantes e a não esquecer no **exame da criança**:

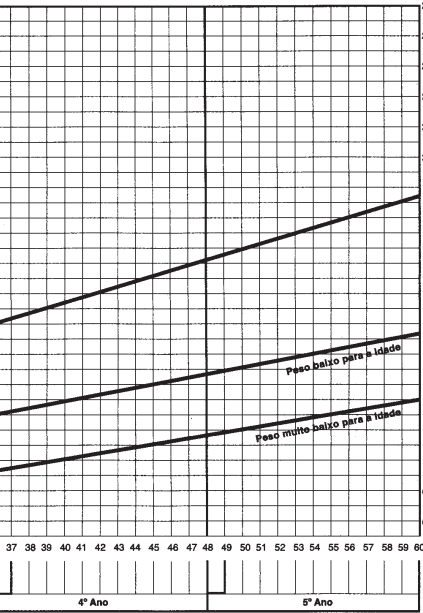
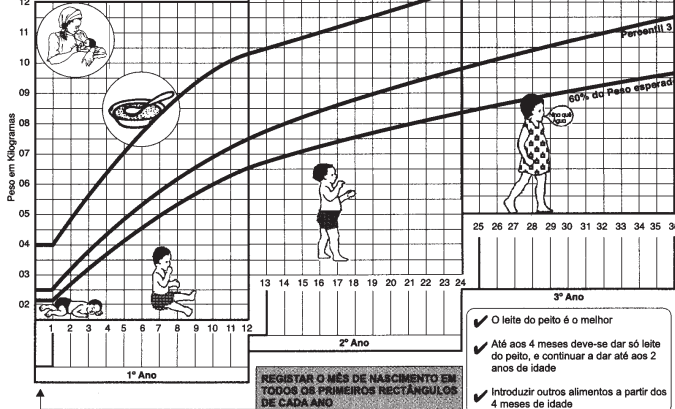
- Avaliar, antes do exame, a temperatura e o peso.
- Pedir aos pais o cartão de saúde da criança para verificar o seu crescimento e as vacinas.
- Mandar despir completamente a criança, mas sem a incomodar ou irritar.
- Nas crianças deve ser feito, por rotina, um exame completo e procurar com atenção os possíveis sinais de perigo (ver capítulo 4).

- ATENÇÃO ESPECIAL**
- Prematuridade
  - Peso ao nascer inferior a 2,5 Kg
  - Gêmeos
  - Órfãos
  - Alimentação artificial
  - Irmãos com malnutrição
  - Mãe e/ou pai ausente/Falecidos
  - Migração recente de família
  - Razão para outros cuidados (Ex: tuberculose, Paralisia cerebral, Pais separados, etc.)

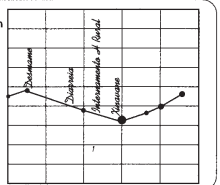
- ATENÇÃO ÀS TAREFAS A REALIZAR NAS CONSULTAS DA CRIANÇA**
- Peso**
  - Desenvolvimento Psico-motor**
  - Exame físico geral** (verificar anemia, sinais de malnutrição, massas anormais, malformações congénitas, edemas, macrocefalia, microcefalia)
  - Verificação do calendário vacinal**
  - Educação Sanitária e Nutricional**
- Assinalar nos quadradinhos.  
Registrar no gráfico da curva do peso do mês correspondente

ATENÇÃO: Apresente sempre este Cartão de Saúde nas Consultas

- OBSEVE A INCLINAÇÃO DA CURVA DO PESO**
- BOM**, quer dizer que a criança está a crescer bem
  - PERIGOSO**, procure saber porque não cresce
  - MUITO PERIGOSO** precisa de atenção especial



- ESCREVA NO CARTÃO REGISTRAR NA COLUNA DO MÊS CORRESPONDENTE**
- Assim
- Doenças (Diarreia, Sarampo, Pneumonia, Kwashiorkor, Anemia, Tosse Convulsa, Outras)
  - desmame
  - Nova gravidez da mãe
  - Internamentos
  - Problemas sociais importantes



## Estado geral de saúde (aspecto geral)

Durante a colheita da história clínica, deve-se ir avaliando o estado geral do doente observando-o com cuidado. É necessário prestar atenção ao:

Estado **mental** do doente: está a conversar ou a agir normalmente ou está deprimido e/ou nervoso? No caso de um bebé: está a chorar muito?

Estado de consciência do doente: está sonolento, letárgico, ou mesmo em coma? O doente letárgico não está desperto e alerta como deveria estar e não mostra interesse no que acontece à sua volta. O doente em coma não responde aos estímulos (picar, beliscar).



Estado **físico** geral do doente:



- Avaliar a **gravidade** da doença (ver capítulo 4, Sinais de Perigo). O doente parece estar bem (“não doente”), “doente”, “muito doente”, ou com um problema crónico e debilitado? Pode-se ter logo uma ideia da gravidade do problema, no caso de um doente que chega transportado numa maca: este pode estar muito doente ou incapaz de andar.
- Em geral, uma criança que se apresenta muito quieta, pode estar muito doente, enquanto que um bebé que grita e chora com força, não deve estar muito doente.

Quando uma **criança**, entre os 2 meses e os 5 anos de idade, não consegue beber ou mamar, está com convulsões, ou não acorda, estes são **sinais gerais de perigo** (ver pág. 87). Esta criança deve ser imediatamente transferida para a unidade sanitária mais próxima ou para uma unidade sanitária com mais recursos.



- Avaliar o estado de **nutrição** do doente: este parece bem ou malnutrido? Está muito magro? Tem inchaço (edema)? Quando o doente perdeu peso aos poucos e ao longo dum período longo, ele pode ter uma **doença crónica** (uma doença que dura muito tempo), tal como SIDA e/ou tuberculose.
- Procurar sinais de **desidratação** (ver pág. 343) e de choque (ver pág. 243).
- Observar também a **cor** da pele e dos olhos. A pele negra saudável pode esconder mudanças da cor, por isso deve-se procurar observar a palma da mão, a língua e a parte interior das pálpebras.
- A **palidez** pode ser um sinal de anemia (ver pág. 289) ou de choque (ver pág. 243).
- A **cor amarelada (icterícia)** pode ser o resultado duma malária (ver pág. 332), duma doença no fígado, como por exemplo hepatite (ver pág. 326) ou cirrose (ver pág. 497), ou ainda da vesícula biliar (ver pág. 296). Pode também aparecer em bebés recém-nascidos e em crianças que nascem com um problema no sangue que se chama anemia falciforme (ver pág. 583).
- A **pele azulada** pode ser sinal dum problema grave de respiração, ou de coração.

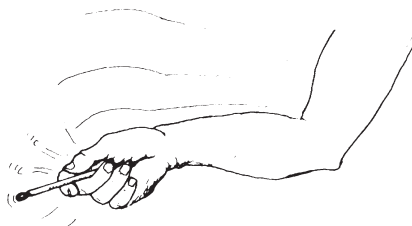
Às vezes a cor da pele muda quando uma pessoa está doente. Por exemplo, no kwashiorkor a cor da pele e do cabelo fica mais clara (ver pág. 165). Isto também pode acontecer numa pessoa com SIDA e/ou com tuberculose.

## Dados vitais

Os dados ou sinais vitais do doente são aqueles que permitem avaliar rapidamente a gravidade da doença e/ou o seu risco de vida.

Estes são:

- A temperatura;
- O pulso;
- A frequência respiratória;
- A tensão arterial.



## Temperatura

É aconselhável medir a temperatura do doente, mesmo quando parece que este não tem febre. Quando a pessoa está muito doente, a temperatura deve ser medida, pelo menos, 2 vezes ao dia e os valores observados devem ser anotados.



Quando não existe um termómetro, pode-se ficar com uma ideia da temperatura colocando as costas duma mão na testa do doente e depois na nossa própria ou na de outra pessoa saudável. Se o doente tem febre, sente-se a diferença.

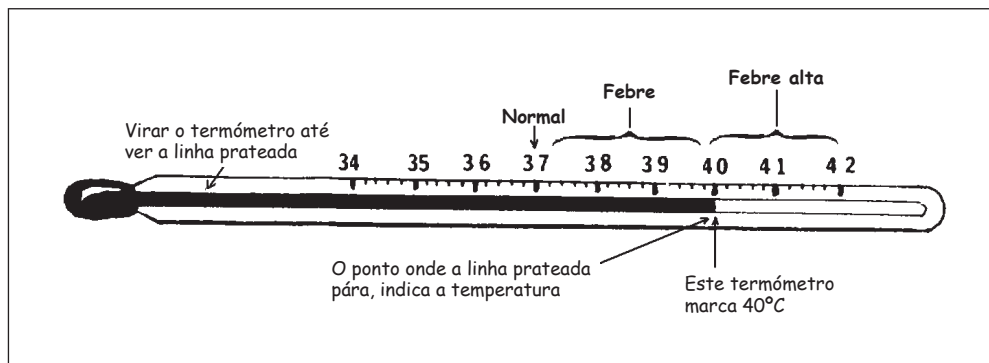
- É importante saber quando e como é que a febre aparece, quanto tempo dura e como acaba. Isto pode ajudar a identificar a doença. Nem sempre a febre é causada por malária, embora haja o hábito de a tratar com tal, em muitos locais. É necessário lembrar que pode haver outras causas de febre. Para saber o que fazer em caso de febre, ver pág. 329.
- A temperatura normal é de cerca de 37°C. Acima de 37,5°C é considerada febre.
- Nas crianças doentes, deve-se medir sempre a temperatura.

**Atenção:** Num recém-nascido a temperatura muito alta ou **muito baixa** (menos de 36°) pode indicar uma infecção grave (ver pág. 576).

## Como usar um termómetro

Quando se tem um termómetro, deve-se tirar a temperatura do doente, pelo menos, 2 vezes ao dia e escrever sempre a hora e os valores observados.

### COMO LER O TERMÓMETRO (EM GRAUS CENTÍGRADOS – °C):



### COMO TIRAR A TEMPERATURA:

1. Limpar o termómetro com água e sabão ou com álcool. É preciso sacudi-lo com movimentos rápidos do pulso até que marque menos de 36 graus.
2. Colocar o termómetro...

debaixo da língua  
(mantendo a boca  
fechada) ou



na axila se houver  
perigo da pessoa  
morder o termómetro  
ou



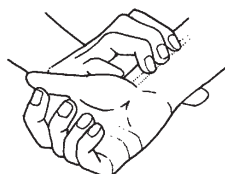
no ânus, com cuidado,  
numa criança pequena  
(molhar ou untar o  
termómetro primeiro)



3. Deixe o termómetro no local durante 3 ou 4 minutos.
4. Ler a temperatura (na axila a temperatura é mais baixa do que na boca; no ânus é um pouco mais alta do que na boca).
5. Lavar bem o termómetro com água e sabão ou com álcool.

## Pulso (batimentos do coração)

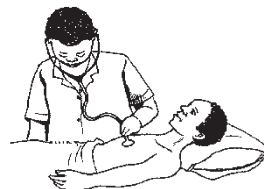
Para sentir a pulsação, deve-se colocar os dedos no punho do doente, como mostra o desenho. (Não usar o polegar para sentir o pulso).



Se não se consegue encontrar a pulsação no punho, deve-se procurar sentir no pescoço...



... ou escutar os batimentos do coração



Para avaliar o pulso (batimento do coração) é necessário ter atenção à força, rapidez e regularidade dos batimentos cardíacos. O pulso mede-se contando os batimentos, por minuto, com a ajuda dum relógio.

### PULSO NORMAL PARA PESSOAS EM REPOUSO

adultos .....	de 60 a 80 batimentos por minuto
crianças .....	de 80 a 100 batimentos por minuto
bebés .....	de 100 a 140 batimentos por minuto

O pulso torna-se mais rápido quando a pessoa faz exercício, quando fica nervosa ou com medo, ou se tem febre. Em geral, o pulso aumenta 20 batimentos por minuto por cada grau (°C) de aumento da temperatura.

Quando uma pessoa adulta ou uma criança está muito doente, deve-se medir o pulso, com frequência, e escrever os valores juntamente com os da temperatura e os da frequência respiratória.

É importante observar as características do pulso. Por exemplo:

- Um pulso fraco e rápido pode ser sinal de choque (ver pág. 243).
- Um pulso muito rápido, ou muito lento e irregular, pode ser sinal de doença do coração (ver pág. 487).
- Um pulso relativamente lento num doente com febre alta pode ser sinal de febre tifóide (ver pág. 464).

## Respiração

Quando se faz o exame físico dum doente, deve-se prestar muita atenção à forma como o doente respira. É necessário:

- Observar as características da respiração, quanto à sua: intensidade (é profunda ou superficial); velocidade (quantos movimentos respiratórios por minuto – frequência respiratória); e dificuldade.
- Observar se o tórax (peito) do doente se move igualmente, de ambos os lados, quando este respira.
- Escutar, com cuidado, o som da respiração do doente. Por exemplo:
- Um som de tipo “assobio” (pieira ou sibilos) e dificuldade durante a expiração pode ser sinal de asma (ver pág. 480).
- O estridor é um som áspero produzido quando se inspira, principalmente em crianças. O estridor produz-se quando há inflamação na laringe, traqueia ou na garganta devido a infecção (ver pág. 373). Se duvida da presença do estridor, ponha o ouvido perto da boca.
- Uma respiração ruidosa, tipo “ronco”, e dificuldade durante a inspiração numa pessoa inconsciente produz-se quando a língua ou muco ou pus ou outra coisa está a obstruir a garganta (vias aéreas) do doente.
- No adulto, observar se tem desconforto ao deitar.

## Frequência respiratória

Para medir a frequência respiratória, conta-se o número de **movimentos respiratórios/por minuto**, com a ajuda dum relógio ou dum cronómetro. A frequência respiratória normal depende da idade e é, em média: 16 a 20/por minuto nas crianças maiores de 12 meses e nos adultos; até 30/por minuto nas crianças mais pequenas, dos 2 aos 11 meses de idade; e até 40/por minuto nos bebés, de 1 semana a 2 meses. Quando há febre alta ou uma doença respiratória, o doente respira mais rápido do que o normal. A frequência respiratória aumenta quanto mais grave for a doença respiratória, por exemplo, a pneumonia.

### FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA QUE INDICA RESPIRAÇÃO RÁPIDA

Idade	Movimentos respiratórios/minuto
Bebé de 1 semana até 2 meses	≥ 60
2 meses até 11 meses	≥ 50
1 ano até 5 anos	≥ 40
5 anos até 12 anos	≥ 30
13 anos ou mais	≥ 20

## Tensão arterial

É importante saber medir a tensão arterial (TA). Deve-se avaliar a TA principalmente nas seguintes situações:

- Mulheres grávidas
- Mulheres em trabalho de parto
- Mulheres que tomam (ou planeiam tomar) a pílula ou injeção para planeamento familiar
- Pessoas com mais de 40 anos de idade
- Pessoas obesas (gordas)
- Qualquer pessoa com sinais de problemas de coração (ver pág. 487), AVC (ver pág. 488), dificuldade em respirar, dores de cabeça frequentes, edema (inchaço) das pernas, diabetes (ver pág. 490), ou problemas urinários
- Pessoas que se sabe que têm tensão arterial alta
- Doentes que estão a perder muito sangue (hemorragia)
- Doentes em choque (ver pág. 243), devido por exemplo, a hemorragia, desidratação, reacção alérgica, ataque cardíaco

## Como medir a tensão arterial

Existem dois tipos de aparelhos para medir a tensão arterial:



### Como medir a tensão arterial:

- **O doente tem de estar relaxado.** Exercícios recentes, mau humor, ou nervosismo podem fazer a tensão arterial subir e dar um valor alto. Quando se mede a TA deve-se explicar ao doente o que se vai fazer para que este não se assuste ou fique amedrontado.
- **Apertar a braçadeira,** depois de a enrolar na parte superior do braço (sem roupa) do doente.
- **Fechar a válvula** na pêra (bolinha ou bomba) de borracha começando por rodar o parafuso no sentido dos ponteiros do relógio.
- **Insuflar a bomba (pêra) e fazer subir a pressão** para mais de 200 milímetros do mercúrio.
- **Colocar o estetoscópio** na curva interna do cotovelo.
- **Escutar o pulso com atenção** à medida que se deixa sair, **lentamente**, o ar da braçadeira. Enquanto o ponteiro do manómetro (ou o nível do mercúrio) desce lentamente, **fazer 2 medições:**
  1. **A primeira medição no momento em que se começa a ouvir o bater suave da pulsação.** Isto acontece quando a pressão na braçadeira desce para a tensão mais alta da artéria (sistólica). Esta tensão sistólica é alcançada cada vez que o coração contrai e bomba o sangue para as artérias. Numa pessoa normal, a tensão sistólica (“máxima”) anda à volta de 110 a 120 mmHg.
  2. Continuar a afrouxar a pressão lentamente enquanto se escuta com atenção e fazer **a segunda medição quando o som da pulsação desaparece.** Isto acontece quando a pressão na braçadeira desce para a tensão mais baixa da artéria (diastólica). Esta tensão diastólica ocorre quando o coração descansa entre as pulsações. Normalmente a tensão diastólica (“mínima”) anda à volta de 60 a 80 mmHg.

Os valores encontrados na medição da TA devem ser anotados, especificando os valores da TA sistólica e diastólica. Em linguagem corrente, diz-se que a TA normal numa pessoa adulta é de ‘120 - 80’, e pode-se escrever assim:

$$TA \frac{120}{80} \quad \text{ou} \quad TA \ 120/80 \quad \text{mm Hg}$$

120 é a medição da TA “máxima” (sistólica)

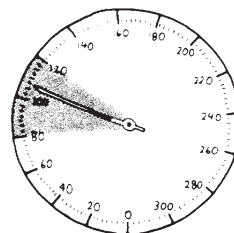
80 é a medição da TA “mínima” (diastólica)

A **tensão arterial normal** no adulto é à volta de 120/80, mas até 140/90 pode ser considerada normal.

A TA sistólica é mais importante para decidir se o doente precisa de tratamento porque tem **TA alta**. Mas, muitas vezes este valor fica elevado só porque o doente está nervoso. Se a TA sistólica é de 140 ou mais, deve-se repetir a medição da TA, depois de 5 a 10 minutos de repouso. Se a TA “máxima” continua alta (140 ou mais), deve-se proceder como indicado na pág. 485.



Se uma pessoa tem, normalmente, a **tensão arterial baixa**, não tem razão para se preocupar. De facto, uma TA com valores mais para o lado baixo do normal, 90/60 a 110/70, significa que o mais provável é que esta pessoa venha a ter uma longa vida e é menos provável que venha a sofrer duma doença cardíaca ou dum AVC.



Uma **descida súbita da tensão arterial** pode ser um sinal de perigo, principalmente se desce para baixo de 60/40. Os trabalhadores de saúde devem estar atentos para qualquer descida súbita da tensão arterial nas pessoas que estão a perder sangue, estão com diarreia com perda abundante de líquidos ou que têm um outro risco de desenvolver choque (ver pág. 243).



## Exame sistemático do corpo

### Nuca

Em doentes graves, ou com alteração de consciência, é necessário procurar ver se apresentam rigidez de nuca. Para isso, tenta-se dobrar a nuca inclinando a cabeça do doente até o queixo tocar no peito. Se houver resistência, há rigidez de nuca, o que é um sinal de meningite (ver pág. 376). No caso duma criança pequena com suspeita de meningite, deve-se também verificar se a fontanela está abaulada (saliente para cima).





## Olhos

Durante o exame físico é importante observar os olhos do doente. Por exemplo, os olhos encovados podem ser sinal de desidratação.

É também importante:

Observar a cor da parte branca dos olhos: está normal, vermelha, ou amarela?

Reparar em qualquer mudança na visão do doente.

Fazer o doente virar lentamente os olhos para cima, para baixo e para os dois lados. Movimentos bruscos ou desiguais dos olhos podem ser sinal de lesão cerebral.

Prestar atenção ao tamanho das *pupilas* (a parte preta do centro do olho). Se estão muito grandes ou muito pequenas, podem ser sinal de envenenamento ou de efeito de certas drogas.

Observar ambos os olhos e procurar qualquer diferença entre os dois, principalmente no tamanho das pupilas:



Quando se observa uma grande diferença no tamanho das pupilas, isto indica quase sempre uma emergência médica e este doente deve ser transferido rapidamente para uma unidade sanitária com mais recursos.

- Uma diferença no tamanho das pupilas dum doente inconsciente ou que sofreu recentemente uma pancada, ou um ferimento na cabeça, pode ser um sinal de lesão cerebral.
- Se o olho com a pupila menor é muito doloroso, o doente pode ter uma irite, que é uma infecção muito grave do olho (ver pág. 538).
- Se é o olho com a pupila maior que dói muito, a ponto de causar vômitos, o doente pode ter um glaucoma (ver pág. 539).

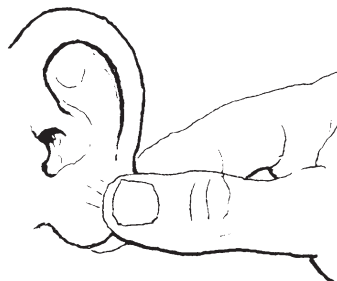
**Comparar sempre as pupilas dum doente que está inconsciente ou que teve um ferimento na cabeça.**

Para identificar diversos problemas dos olhos, ver capítulo 26.

## Ouvidos, nariz, boca e garganta

**Ouvidos:** Procurar sempre sinais de dor e/ou de infecção nos ouvidos – principalmente ao examinar uma criança que está com febre ou constipada. O bebé que chora muito e puxa a orelha pode ter uma infecção no ouvido (ver pág. 374).

Deve-se puxar a orelha com cuidado: se isto provoca dor, a infecção está provavelmente no canal do ouvido. Deve-se procurar também sinais de pus e vermelhidão dentro do ouvido. Uma lanterna pequena poderá ajudar. Mas nunca se deve introduzir palito, arame, ou qualquer outro objecto dentro do ouvido.



Procurar ver se há inchaço e dor atrás da orelha.

Certificar se o doente ouve bem ou se ouve menos dum lado do que do outro. Esfregar os dedos perto do ouvido do doente para verificar se este ouve o barulho.

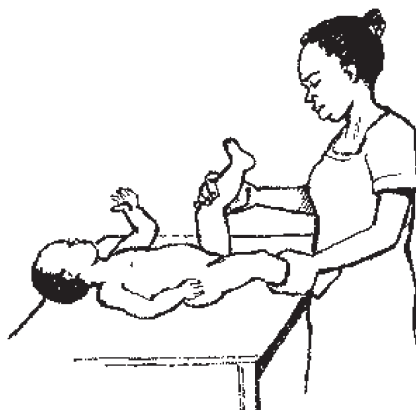
**Nariz:** Está a pingar ou entupido? (Reparar se e como um bebé respira pelo nariz). Iluminar e espreitar pelas narinas para ver se há muco, pus ou sangue no nariz; verificar também se há vermelhidão, inchaço (edema) ou mau cheiro. Procurar sinais de sinusite ou de rinite alérgica (ver págs. 304, 306).

**Boca e garganta:** Com uma lanterna, ou à luz do dia, examinar a boca e a garganta do doente. Verificar se o doente tem aftas, lesões esbranquiçadas em forma de placas (candidíase oral); gengivas inflamadas; língua dolorosa; dentes estragados, ou abscessos. Nos HIV-positivos, o exame detalhado da boca é essencial (ver pág. 421).

Para examinar a garganta, deve-se pedir ao doente para abrir a boca e dizer “aaahh...”. Quando não se consegue ver bem a parte de trás de garganta, pode-se empurrar a língua do doente, para baixo, com o cabo duma colher ou uma espátula. Verificar se a garganta está vermelha e se as amígdalas (duas “bolas” ou massas na parte de trás da garganta) estão inchadas ou se têm pontos com pus (ver pág. 370).

## Pele

É importante examinar o corpo todo do doente, mesmo que a doença não pareça ser muito grave. As crianças devem ser completamente despidas. Deve-se procurar cuidadosamente qualquer alteração, incluindo:



- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● feridas</li> <li>● erupção</li> <li>● borbulhas, manchas, ou marcas anormais</li> <li>● inflamação (sinal de infecção com calor, dor e inchaço)</li> <li>● inchaço dos pés ou generalizado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● inchaço dos gânglios linfáticos (pequenos caroços no pescoço, axilas, ou virilha)</li> <li>● caroços anormais ou nódulos</li> <li>● cabelo fino, perda anormal de cabelos ou perda de cor ou brilho (ver pág. 165)</li> <li>● queda das sobrancelhas (lepra?, ver pág. 386)</li> </ul> |
|--|---|

Em crianças pequenas é preciso examinar a pele entre as nádegas, a área dos genitais, entre os dedos das mãos e dos pés, atrás das orelhas, e nos cabelos (à procura de piolhos, tinha, erupções e feridas).

Se a criança tem febre e há suspeita de sarampo, deve ser observado o estado em que se encontra a pele quando uma luz bate nela dum lado. Os primeiros sinais de erupção cutânea de sarampo na face duma criança com febre podem ser vistos desta maneira.

Para identificar diversos problemas e/ou doenças da pele, ver capítulo 20.

## O abdómen (barriga)

Se o doente se queixa de dores abdominais (dor de barriga), é preciso:

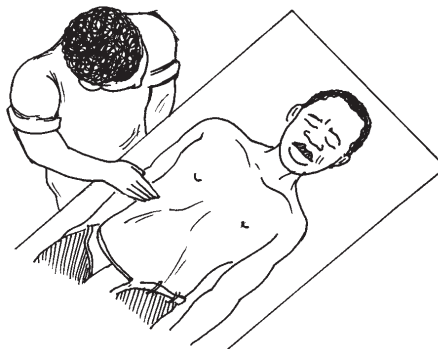
- Procurar identificar o local exacto da dor;
- Perguntar se a dor é constante ou se começa e acaba de repente como as *cólicas*;
- Examinar o abdómen (barriga), palpando primeiro para procurar qualquer inchaço ou massa anormal.

O local da dor pode dar uma indicação da causa.

Primeiro, pedir ao doente para apontar com um dedo onde é que dói.



Depois, começando no lado oposto ao indicado pelo doente, palpar suavemente as várias partes do abdómen, terminando na parte que dói.



Verificar se a barriga está mole, dura (rigidez), ou se há defesa muscular. Uma barriga dura ou com defesa muscular pode indicar um abdómen agudo, que é sinal da presença de inflamação dos tecidos ou órgãos abdominais – talvez apendicite ou peritonite (ver pág. 263).

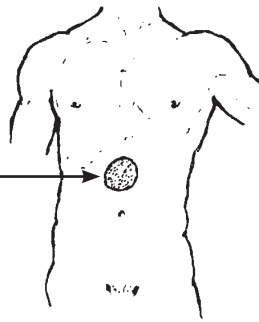
Procurar massas anormais na barriga.

Se o doente tem uma dor forte e constante no abdómen, com náuseas, e não consegue defecar, coloque o ouvido ou estetoscópio na barriga, e tente ouvir o ruído (gorgolejo) dos intestinos. Quando não se ouve nada, ou sons espaçados, isto é um sinal de perigo. (Ver abdómen agudo, pág. 262).

Os desenhos que se seguem, mostram áreas do abdómen que habitualmente doem quando um doente tem os seguintes problemas:

**Úlcera**  
(ver pág. 294).

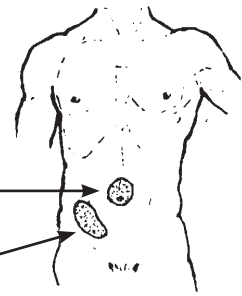
dor na "boca do estômago" →



**Apendicite**  
(ver pág. 263).

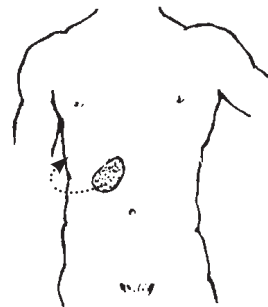
primeiro, dói aqui →

depois, dói aqui →



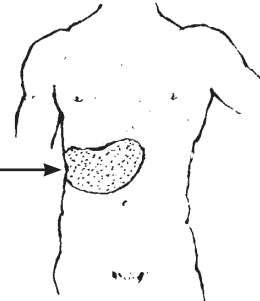
**Vesícula**  
(ver pág. 296).

a dor, muitas vezes, irradia para as costas



**Fígado**  
(ver págs. 327, 367, 497).

dói aqui, por vezes irradia para o peito →

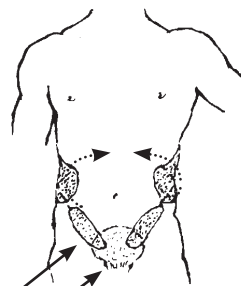


**Aparelho urinário**  
(ver pág. 307).

dor no meio ou na parte inferior das costas; muitas vezes a dor vai ao redor da cintura até à parte baixa do abdômen

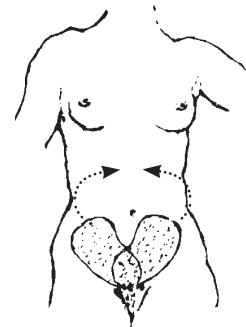
ureteres →

bexiga →



**Infecção do aparelho reprodutivo nas mulheres**  
(ver pág. 444).

dor no baixo ventre



## Músculos e nervos

Quando um doente se queixa de dormência, fraqueza ou perda de controlo de parte do seu corpo, é preciso examinar com cuidado o modo como o doente anda e se move. Deve-se pedir ao doente para ficar de pé, para se sentar e/ou para se deitar numa posição bem direita e comparar cuidadosamente os dois lados do corpo.

### Face:

Pedir ao doente para sorrir, franzir as sobrancelhas, abrir bem os olhos e fechar os olhos e apertar: observar se há qualquer diferença dum dos lados.



Se o problema começou mais ou menos subitamente, deve-se pensar num acidente vascular cerebral (AVC, ver pág. 488), na paralisia de Bell (ver pág. 476), ou num traumatismo.

Se começou lentamente, pode ser um tumor no cérebro. Este doente deve ser transferido, o mais rápido possível, para uma unidade sanitária com mais recursos.

Também é preciso verificar se o movimento dos olhos é normal, o tamanho das pupilas (ver pág. 533) e a visão do doente.

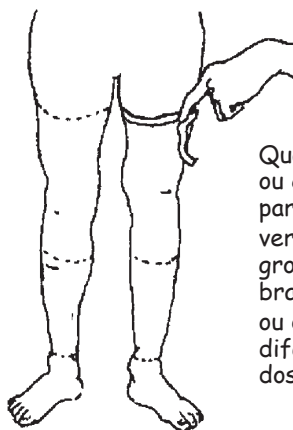
### Braços e pernas:

Deve-se começar por observar como é que o doente se movimenta e/ou anda.

Quando se observa um enfraquecimento generalizado dos músculos de todo o corpo, incluindo os dos membros, pode ser por causa dum problema “neurológico”, ou um sinal de malnutrição, de emagrecimento progressivo por causa do HIV e SIDA, ou duma doença crónica (de longo prazo) tal como a tuberculose ou cancro.

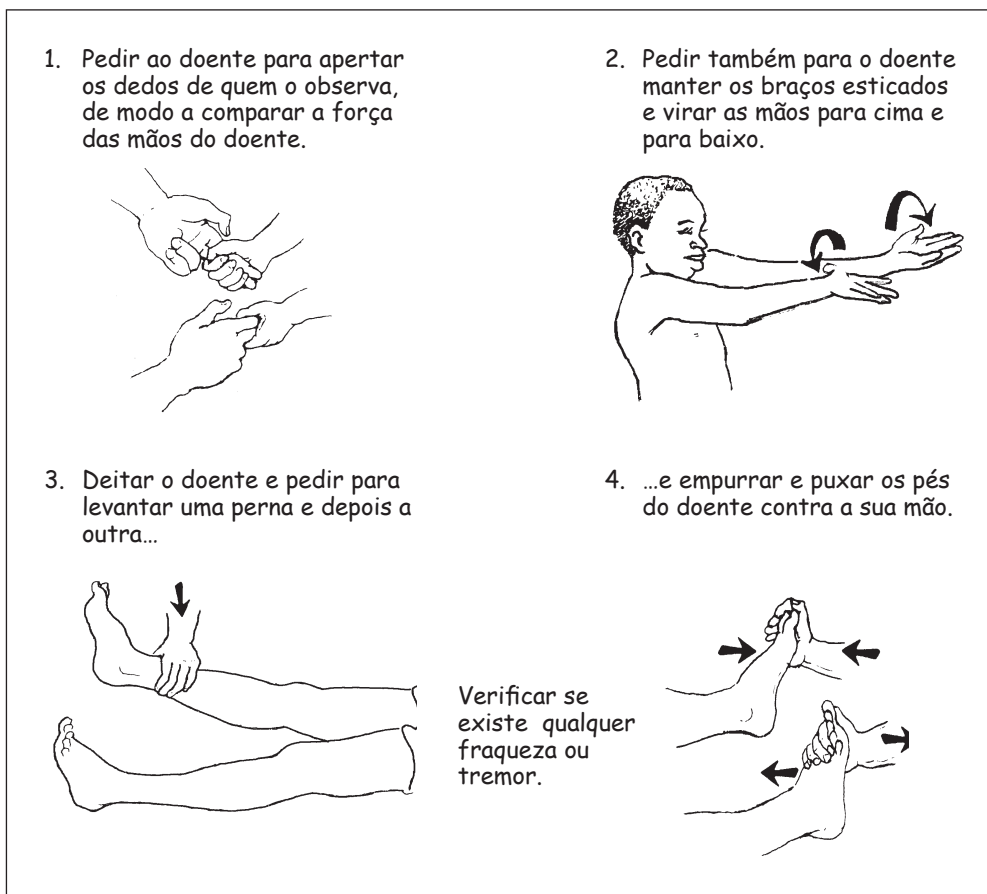
Para diagnosticar a presença duma paralisia, é preciso examinar o volume da massa muscular, o tónus dos músculos, a sua força e os reflexos do doente.

A paralisia pode ser simétrica (igual dos 2 lados) ou assimétrica (desigual), dependendo do tipo de doença.



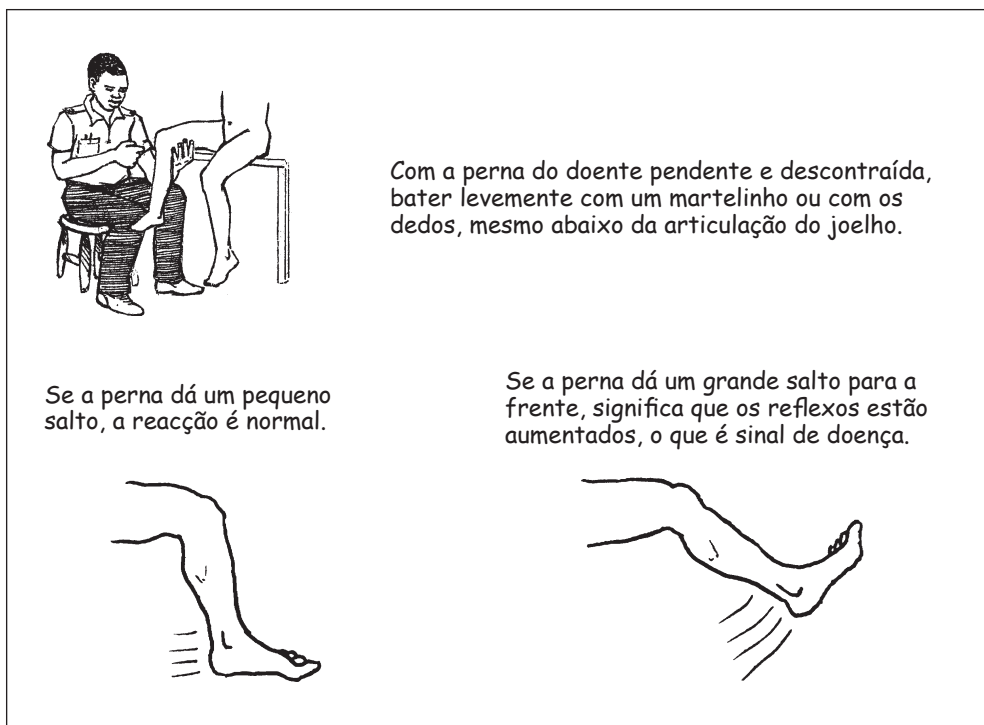
Qualquer fita ou cordel serve para verificar se a grossura dos braços ou das pernas é diferente dum dos lados

- Para verificar se há perda de musculatura, basta verificar – ou medir – se há diferença na grossura dos braços ou das pernas, como demonstra a figura anterior.
- Para verificar o tónus muscular, movimenta-se o membro para se observar se os músculos se apresentam contraídos e rígidos (espásticos), ou se estão moles (flácidos).
- Depois, deve-se fazer as seguintes manobras para verificar a força muscular dos membros, comparando sempre os 2 lados:



- É fundamental testar os reflexos do doente, principalmente os reflexos dos joelhos:

## TESTE DOS REFLEXOS DO JOELHO



No caso de paralisia dos membros, é preciso distinguir entre **paralisia flácida e espástica**. Assim, na:

1. Paralisia flácida: os músculos apresentam-se flácidos (moles) e os reflexos (dos joelhos) estão ausentes.
2. Paralisia espástica: os músculos apresentam-se contraídos e rígidos e os reflexos estão aumentados.

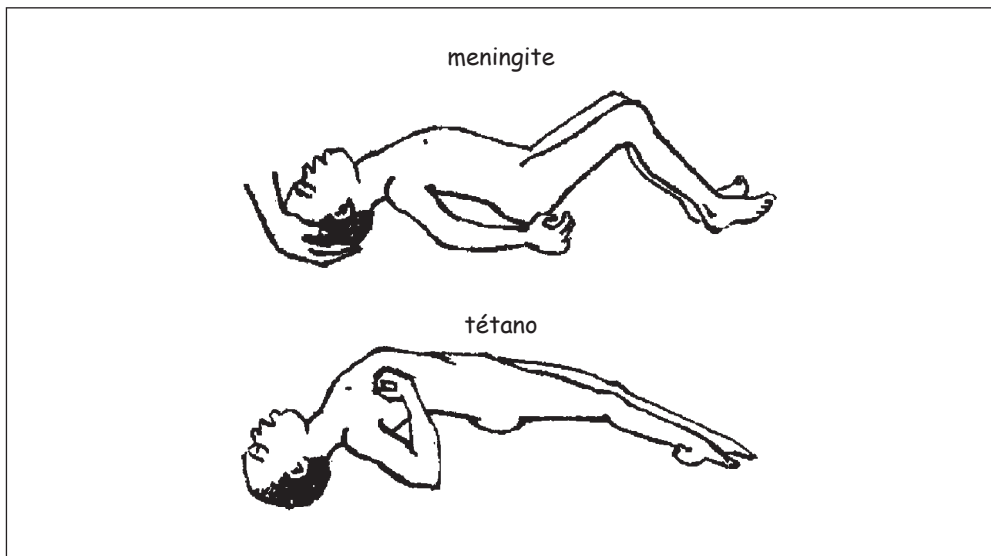
Todos os casos de paralisia flácida que começaram há pouco tempo – paralisia flácida aguda (PFA) – nas crianças até aos 15 anos de idade, devem ser notificados com urgência, porque podem ser devidos a poliomielite.

Para mais detalhes sobre as causas de paralisia, ver pág. 474.

Há algumas doenças perigosas que causam rigidez ou movimentos estranhos:

- Se, numa criança gravemente doente, o pescoço está “preso” (rígido) ou as costas estão rígidas e arqueadas para trás, deve-se pensar em meningite (ver pág. 376), ou em tétano (ver pág. 455). Se a cabeça não inclina para a frente ou não se consegue colocá-la entre os joelhos da criança, é provável que tenha meningite.





- Se a criança tem **sempre** alguns músculos contraídos e faz muitos movimentos estranhos ou aos “esticções” (espasmos), pode ter uma paralisia **espástica** devida a uma lesão cerebral na altura do nascimento, que se chama **paralisia cerebral** (ver pág. 582).
- Se os movimentos estranhos, ou espasmos, começam subitamente e com perda de consciência, a criança pode estar com convulsões (ataques, ver pág. 291).

### **Para examinar a falta de sensibilidade nas mãos, pés, ou outras partes do corpo:**

Explicar ao doente o que vai fazer.

Usar uma bola de algodão para tocar a pele e pedir ao doente para apontar com um dedo o local tocado, tendo o doente os olhos abertos. Repetir a manobra até que o doente entenda o que se pretende com o teste.

Pedir ao doente para fechar os olhos e se ele sentir o toque do algodão na sua pele, para indicar com um dedo o local tocado.

- A perda de sensibilidade dentro ou perto de manchas ou sinais no corpo, pode ser um sinal de lepra.
- A perda de sensibilidade em ambas as mãos ou pés pode ser sinal de malnutrição, diabetes, ou lepra.



## Exames complementares

### Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais são úteis para confirmar o diagnóstico clínico. Portanto, antes de pedir um exame laboratorial, deve-se pensar em como é que este pode ajudar na conduta a seguir.



### Mesmo na ausência de laboratório...

Pode ser feita uma primeira avaliação, por observação das fezes, vômitos, urina, expectoração, etc. Esta foi, durante milhares de anos, a única maneira de fazer “exames complementares”. Em baixo, mencionam-se algumas alterações que podem ajudar no diagnóstico:

#### Fezes

As fezes do doente podem fornecer muita informação ao clínico:

- **fezes com sangue:** disenteria bacilar ou amebiana; hemorróidas ou cancro do recto se o sangue cobre as fezes sem se misturar.
- **fezes pretas:** podem ser devidas a perdas de sangue no tubo digestivo (hemorragia digestiva); porém, doentes em tratamento com sal ferroso também apresentam fezes pretas.
- **diarreia preta, malcheirosa:** trata-se de sangue que provém do estômago (melena); transferir com urgência para uma unidade sanitária com mais recursos.
- **fezes sem cor ou brancas:** falta de biliar; acontece no caso de doença do fígado, como hepatite, obstrução do canal da vesícula biliar, etc.
- **fezes diarreicas que parecem água de arroz com cheiro esquisito:** suspeitar de cólera.
- **fezes com vermes** ou partes de vermes: em forma de fita, ténia; em forma de esparquete, ascaris.

#### Urina

- **urina avermelhada:** tem sangue, doença das vias urinárias, nos jovens mais frequentemente bilharziose.
- **urina cor de coca-cola ou cor de chá:** doença do fígado (tem o mesmo valor das fezes sem cor).

#### Vômitos

- **vômitos com sangue:** se forem abundantes, transfira com urgência, pode ser devido à ruptura de varizes esofágicas; noutros casos trata-se de sangue ingerido proveniente dos pulmões ou hemorragias da boca e das narinas.
- **vômitos pretos:** significa que o sangue ficou algum tempo no estômago e foi digerido.