

## **APOSTILA 1º MÓDULO - PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA**

### **Módulo 1- Fundamentos da Clínica Médica, Semiologia e Raciocínio Clínico**

#### **Introdução**

O objetivo deste módulo é fornecer uma base sólida sobre os fundamentos da prática clínica médica: desde o posicionamento da Clínica Médica como especialidade integradora, até a condução técnica e ética da anamnese, exame físico, raciocínio clínico, registro adequado no prontuário médico, conduta ética e humanizada, e participação em atividades supervisionadas.

#### **1. Introdução à Clínica Médica**

A Clínica Médica, também conhecida como Medicina Interna, é a especialidade que se ocupa do diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças em adultos, com abordagem integral, racional e humanizada. É uma das especialidades fundadoras da medicina e, ainda hoje, serve como base para outras especialidades clínicas, como cardiologia, pneumologia, reumatologia, endocrinologia, entre outras.

##### **1.1. A Clínica Médica como especialidade integradora**

A Clínica Médica diferencia-se por seu papel integrador. O médico clínico tem formação para cuidar do paciente em sua totalidade, avaliando múltiplos sistemas orgânicos de forma simultânea e buscando correlações fisiopatológicas entre sintomas, sinais e doenças. Sua atuação não se restringe a um único órgão ou patologia, mas abrange desde quadros agudos até doenças crônicas complexas, envolvendo frequentemente múltiplas comorbidades.

Esse perfil integrador faz com que a Clínica Médica atue como eixo central em diversos contextos da assistência médica: seja como profissional de referência na Atenção Secundária à Saúde, seja como coordenador do cuidado em equipes multiprofissionais, seja como agente de articulação entre a atenção primária e os serviços de maior complexidade. O clínico também está presente em plantões de emergência, unidades hospitalares, ambulatórios e enfermarias.

##### **1.2. Interface com outras especialidades: urgência, atenção primária, hospital geral, ambulatório**

O clínico se relaciona com diversas especialidades em seu dia a dia. Na urgência, é ele quem muitas vezes realiza o primeiro atendimento de pacientes com condições críticas, como insuficiência respiratória, dor torácica, síndromes infecciosas ou distúrbios metabólicos agudos. Nesse cenário, é fundamental sua capacidade de estabilizar o paciente, formular hipóteses diagnósticas iniciais e decidir por condutas imediatas ou encaminhamentos.

Na atenção primária, embora o especialista em Medicina de Família e Comunidade seja o ator principal, o clínico pode atuar como referência de apoio técnico e como retaguarda para casos mais complexos. Ele contribui com o raciocínio sindrômico e com o manejo especializado de doenças crônicas de difícil controle.

No ambiente hospitalar, o clínico participa da assistência em enfermarias de Clínica Médica, coordena o cuidado de pacientes internados, supervisiona equipes de residentes e alunos, e atua de forma integrada com outros especialistas e comissões clínicas (como controle de infecção, segurança do paciente etc.).

No ambulatórios especializados, o clínico acompanha pacientes com múltiplas comorbidades, muitas vezes com necessidades de cuidado crônico e acompanhamento longitudinal, sendo peça-chave na rede de cuidados continuados do SUS e da medicina suplementar.

### **1.3. O papel do clínico geral na linha de cuidado e no SUS**

No Sistema Único de Saúde (SUS), o clínico é peça fundamental na organização da linha do cuidado. Ele integra o nível secundário de atenção, atuando principalmente em policlínicas, hospitais regionais e ambulatórios de especialidades. Sua função é receber casos referenciados pela atenção primária, aprofundar a investigação diagnóstica, ajustar condutas e estabilizar situações clínicas, devolvendo o paciente ao nível primário quando possível, com orientações claras e plano terapêutico definido.

O SUS preconiza a organização dos cuidados em redes assistenciais, com portas de entrada definidas, fluxos estabelecidos e responsabilidade sanitária. Nesse contexto, o clínico colabora na resolutividade dos casos, evita encaminhamentos desnecessários a níveis mais complexos e contribui para a redução da fragmentação do cuidado.

Além disso, por sua formação abrangente, o clínico pode atuar como educador permanente, participando de programas de capacitação de equipes multiprofissionais, elaboração de protocolos clínicos, desenvolvimento de linhas de cuidado específicas (como para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes, entre outras), e como multiplicador de boas práticas assistenciais.

### **1.4. Doenças prevalentes no Brasil com impacto clínico**

O médico clínico, sobretudo no Brasil, deve estar apto a diagnosticar e manejar as doenças mais prevalentes e com maior impacto em termos de morbidade, mortalidade e custos sociais.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por mais de 70% dos óbitos no país. Dentre elas destacam-se:

- Hipertensão arterial sistêmica (HAS): presente em aproximadamente 30% da população adulta; é fator de risco para AVC, infarto e insuficiência renal.

- Diabetes mellitus tipo 2: afeta cerca de 8% a 10% da população adulta; está associada a complicações micro e macrovasculares.
- Dislipidemias: contribuem para a formação de placas de ateroma e doenças cardiovasculares.
- Doenças cardiovasculares: incluem infarto agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca e AVC, sendo as principais causas de morte no país.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): prevalente em tabagistas e ex-tabagistas; uma das principais causas de internação por insuficiência respiratória.
- Osteoartrose e outras doenças osteomusculares: principais causas de limitação funcional em idosos e absenteísmo.
- Depressão e transtornos ansiosos: alta prevalência; causam sofrimento significativo e impacto funcional.
- Hepatites virais crônicas: especialmente hepatite B e C, com impacto crescente em morbimortalidade hepática.

Além das DCNTs, persistem doenças infecciosas relevantes, como:

- Tuberculose: alta incidência em populações vulneráveis; coinfeção com HIV agrava o cenário.
- Doenças respiratórias agudas: como pneumonia comunitária e influenza, com impacto sazonal.
- Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs): como sífilis, HIV, hepatites B e C.
- Doenças endêmicas e emergentes: dengue, chikungunya, zika, febre amarela, leptospirose, malária (em áreas específicas).

O clínico deve estar preparado para identificar e manejar essas condições de forma fundamentada, atualizada e integrada, articulando-se com os demais níveis de atenção.

## 2. Anamnese Clínica Estruturada

A anamnese é a primeira e mais importante ferramenta diagnóstica do médico. Trata-se de uma entrevista clínica estruturada, cujo objetivo é recolher informações relevantes sobre o paciente, sua queixa, sua história de saúde e seu contexto psicossocial. É por meio da anamnese que o profissional estabelece o vínculo terapêutico, demonstra empatia, identifica fatores de risco, compreende os determinantes sociais da saúde e, principalmente, levanta hipóteses diagnósticas iniciais que nortearão todo o raciocínio clínico.

### 2.1. Estrutura da anamnese

A anamnese é composta por seções bem definidas, que devem ser conduzidas com lógica, fluidez e adaptabilidade, conforme o paciente e a situação clínica. A estrutura básica inclui:

1. Identificação do paciente
2. Queixa principal (QP)

3. História da moléstia atual (HMA)
4. Antecedentes pessoais e patológicos
5. História familiar
6. História psicossocial e ocupacional
7. Hábitos de vida
8. História ginecológica e obstétrica (quando aplicável)
9. Revisão de sistemas ou sintomas gerais

A seguir, cada uma dessas partes será analisada em detalhe.

## 2.2. Identificação

É a primeira parte da anamnese e contém dados objetivos do paciente. Inclui:

- Nome completo
- Idade e data de nascimento
- Sexo (ou identidade de gênero, se o paciente assim preferir expressar)
- Naturalidade e procedência (onde nasceu e onde reside)
- Estado civil
- Profissão ou ocupação
- Nome da mãe (em alguns serviços)
- Data e hora da consulta
- Número do prontuário (em contexto hospitalar)

Essas informações são relevantes para contextualizar epidemiologicamente o paciente, respeitar suas particularidades e organizar corretamente a ficha clínica.

## 2.3. Queixa principal (QP)

Consiste na descrição sucinta e espontânea do motivo que levou o paciente a procurar atendimento médico. Deve ser registrada entre aspas, de forma fiel às palavras do paciente, e incluir a duração do sintoma. Exemplos:

- "Estou com falta de ar há três dias."
- "Dor de cabeça constante há uma semana."
- "Quero ver como está minha pressão."

Evita-se, nessa etapa, usar termos técnicos ou diagnósticos prontos. Por exemplo, não se anota "hipertensão arterial", e sim "pressão alta há dois anos". A QP é o ponto de partida da história clínica.

## 2.4. História da Moléstia Atual (HMA)

É a descrição detalhada e cronológica da evolução dos sintomas relacionados à queixa principal. Deve conter:

- Início dos sintomas: súbito ou gradual, data de início.

- Características do sintoma: localização, irradiação, intensidade, tipo (em dor, por exemplo: queimação, aperto, pontada).
- Fatores de melhora ou piora: esforço, repouso, posição, medicação.
- Sintomas associados: febre, náuseas, tosse, alterações urinárias etc.
- Medidas já tomadas: automedicação, consultas anteriores, exames prévios.
- Evolução no tempo: o sintoma está estável, piorando, intermitente?

A HMA deve ser objetiva, com linguagem médica, mas baseada na narrativa do paciente. Deve seguir a linha do tempo da doença e incluir a percepção do paciente sobre a causa ou gravidade do quadro.

## 2.5. Antecedentes pessoais e patológicos

Nessa seção, investigam-se doenças anteriores e condições relevantes da história médica do paciente, mesmo que não relacionadas diretamente à queixa atual:

- Doenças crônicas: hipertensão, diabetes, asma, epilepsia, cardiopatias, hepatopatias, nefropatias, HIV, tuberculose, câncer etc.
- Cirurgias anteriores: tipo, data e motivo.
- Internações prévias: com datas aproximadas e causas.
- Alergias: medicamentos, alimentos, contrastes.
- Medicamentos em uso: nome, dose e frequência.
- Vacinas: atualização vacinal, vacinas importantes (tétano, hepatites, COVID-19, influenza).

É importante registrar também hábitos de vida como:

- Tabagismo: se fuma, quantos cigarros/dia, há quanto tempo (carga tabágica = maços/ano).
- Etilismo: se consome álcool, tipo, quantidade, frequência.
- Uso de drogas: lícitas ou ilícitas.
- Atividade física: tipo, regularidade.
- Alimentação e sono.

## 2.6. História familiar

Investiga-se a existência de doenças hereditárias ou prevalentes entre os familiares de primeiro grau (pais, irmãos, filhos) e avós quando relevante.

Doenças importantes de serem rastreadas:

- Cardiopatias
- Hipertensão
- Diabetes
- Câncer (tipo e idade de diagnóstico)
- Doenças psiquiátricas
- Tuberculose
- Alzheimer
- Epilepsia

- Morte súbita

É importante anotar a idade dos pais vivos ou a causa de morte, se falecidos, pois isso auxilia na estimativa de risco hereditário.

## **2.7. História psicossocial e ocupacional**

Essa parte da anamnese revela o contexto de vida do paciente e permite compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Deve-se questionar sobre:

- Ocupação atual e pregressa: exposição a riscos ocupacionais.
- Condições de moradia: número de cômodos, saneamento, tipo de residência.
- Rede de apoio: familiares, cuidadores, amigos.
- Aspectos emocionais: estresse, ansiedade, depressão.
- Espiritualidade e religiosidade: se interferem no cuidado.
- Situação financeira e acesso ao sistema de saúde.

O objetivo é contextualizar o paciente e suas queixas, respeitando seus valores e determinantes sociais.

## **2.8. História ginecológica e obstétrica (quando aplicável)**

Para pacientes do sexo feminino, deve-se registrar:

- Idade da menarca
- Ciclos menstruais (duração, regularidade, fluxo)
- Uso de anticoncepcionais
- Gravidezes anteriores (número, tipo de parto, intercorrências)
- Data da última menstruação
- Menopausa e sintomas associados
- Rastreamento ginecológico (Papanicolau, mamografia)

## **2.9. Revisão de sistemas (inquérito complementar)**

Consiste na investigação sistemática de sintomas gerais por sistemas orgânicos, mesmo que não estejam diretamente relacionados à queixa atual. Exemplos:

- Febre, sudorese, emagrecimento
- Tosse, dispneia, dor torácica
- Palpitações, edemas
- Dor abdominal, náuseas, vômitos, alterações intestinais
- Disúria, poliúria, hematúria
- Tonturas, parestesias, cefaleias
- Dores articulares, fraqueza
- Alterações de pele e mucosas
- Transtornos de humor ou sono

### 3. Exame Físico Completo

O exame físico é um dos pilares da avaliação clínica. Trata-se da observação sistematizada do corpo do paciente por meio de técnicas manuais e instrumentais, com o objetivo de identificar sinais clínicos objetivos, ou seja, alterações perceptíveis pelo examinador, que contribuem para a formulação do diagnóstico e monitoramento da evolução clínica.

Mais do que um conjunto de procedimentos técnicos, o exame físico é uma interação cuidadosa, respeitosa e ética, na qual o médico utiliza seus sentidos – visão, tato, audição e olfato – para interpretar o corpo do paciente em contexto clínico. Ele deve ser realizado com empatia, explicando cada etapa ao paciente, garantindo privacidade e conforto, e respeitando os limites individuais.

#### 3.1. Sequência tradicional do exame físico

A sequência clássica do exame físico segue quatro técnicas fundamentais:

1. Inspeção: observação visual sistemática.
2. Palpação: uso do tato para avaliar textura, temperatura, dor, forma, pulsos.
3. Percussão: avaliação auditiva de sons produzidos pela percussão digital.
4. Ausculta: escuta de sons internos com auxílio do estetoscópio.

Essa sequência é válida para a maioria dos sistemas, com exceção do abdome, onde a ausculta precede a palpação e a percussão para evitar interferência nos ruídos intestinais.

#### 3.2. Avaliação geral e sinais vitais

Antes de iniciar o exame segmentar, realiza-se a avaliação geral do estado do paciente, incluindo:

- Estado geral: bom, regular ou ruim.
- Nível de consciência: alerta, sonolento, confuso, comatoso.
- Postura: ativa, prostrado, ortopneico.
- Facies: expressão fisionômica (hipocrática, febril, dolorosa, parkinsoniana etc.).
- Pele e mucosas: coradas, pálidas, ictéricas, cianóticas, desidratadas, lesões visíveis.
- Nutrição: eutrófico, magro, obeso, caquético.
- Higiene, vestuário e interação com o examinador.

A seguir, medem-se os sinais vitais:

- Pressão arterial (PA): aferida com esfigmomanômetro e estetoscópio. Ideal: <120/80 mmHg em adultos.
- Frequência cardíaca (FC): medida pelo pulso radial. Normal: 60–100 bpm.
- Frequência respiratória (FR): contada por observação dos movimentos torácicos. Normal: 12–20 irpm.
- Temperatura corporal: medida axilar ou oral. Normal: 36,0–37,4°C.
- Saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>): avaliada por oxímetro. Normal: ≥95% em ar ambiente.

- Dor: intensidade referida pelo paciente (escala de 0 a 10).

### 3.3. Técnicas básicas

#### 1. Inspeção:

Consiste na observação atenta do corpo do paciente, desde a chegada ao ambiente até a exposição por segmentos. Deve ser realizada com boa iluminação, observando simetria, coloração, movimentos, deformidades, edemas, lesões cutâneas, respiração, entre outros.

#### 2. Palpação:

Usa-se o tato para avaliar características como temperatura, textura, tônus, dor, massas, frêmitos, pulsos, edemas e expansibilidade torácica. Pode ser superficial (com a palma da mão) ou profunda (com a ponta dos dedos).

#### 3. Percussão:

Consiste em produzir sons ao percutir a superfície corporal com o dedo médio da mão dominante sobre o dedo médio da mão oposta, apoiado firmemente na pele. O som pode ser:

- Timpânico: sobre vísceras ocas (ex.: estômago, alças intestinais).
- Ressonante: sobre pulmão normal.
- Submaciço: sobre áreas com densidade aumentada.
- Maciço: sobre órgãos sólidos (ex.: fígado) ou líquido (ex.: derrame pleural).

#### 4. Ausculta:

Realizada com o estetoscópio, permite ouvir sons do coração, pulmões, vasos e intestinos. É fundamental para identificar sopros cardíacos, ruídos respiratórios anormais (estertores, sibilos, roncos), ruídos hidroaéreos, sopros vasculares, entre outros.

### 3.4. Exame por segmentos

#### Cabeça e pescoço:

Inspeção do couro cabeludo, crânio, face, olhos, orelhas, nariz, boca e pescoço. Avaliação de linfonodos cervicais, tireoide, jugulares e carótidas.

#### Tórax respiratório:

- Inspeção: simetria, tipo de respiração, uso de musculatura acessória, deformidades.
- Palpação: frêmito toracovocal, expansibilidade torácica.
- Percussão: som claro pulmonar; detectar macicez ou hipertimpanismo.
- Ausculta: murmúrio vesicular, estertores, sibilos, roncos, sopro tubário.

#### Tórax cardíaco:

- Inspeção: ictus cordis visível, abaulamentos.
- Palpação: choque da ponta, frêmito.
- Ausculta cardíaca: bulhas (B1, B2), ritmo, sopros, estalidos, galope (B3, B4).
- Focos: mitral, tricúspide, aórtico, pulmonar, Erb.

Abdome:

- Inspeção: contorno, movimentos respiratórios, cicatrizes, hérnias.
- Ausculta: ruídos hidroaéreos, sopros vasculares.
- Percussão: fígado, baço, macicez, timpanismo, ascite.
- Palpação: superficial e profunda, fígado, baço, rins, massas, sinal de Blumberg, Murphy, Giordano.

Membros:

- Inspeção: deformidades, trofismo, cianose, lesões.
- Palpação: temperatura, edema, pulsos periféricos.
- Avaliação articular: amplitude de movimento, dor, crepitação.

Sistema nervoso:

- Nível de consciência e orientação.
- Força muscular, reflexos, sensibilidade, coordenação.
- Pares cranianos, marcha, sinal de Babinski.

### 3.5. Sinais semiológicos importantes

- Sinal de Levine: gesto característico do paciente com dor torácica isquêmica (mão em garra sobre o peito).
- Estertores crepitantes: som alveolar anormal, típico de pneumonia ou edema agudo de pulmão.
- Edema em cacifo (godet): depressão persistente após compressão digital, comum em insuficiência cardíaca.
- Sinal de Blumberg: dor à descompressão brusca do abdome, indica irritação peritoneal.
- Refluxo hepatojugular: distensão da veia jugular ao comprimir o hipocôndrio direito, indicativo de congestão venosa.

### 3.6. Registro do exame físico no prontuário

O exame físico deve ser redigido de forma padronizada, clara e completa, respeitando os seguintes princípios:

- Linguagem técnica e objetiva.
- Descrição dos achados normais e anormais.
- Organização por sistemas ou por segmentos.
- Não incluir interpretações diagnósticas (essas vão para a avaliação).
- Exemplo de redação:

"BEG, afebril, anictérico, acianótico. PA 120x80 mmHg, FC 78 bpm, FR 18 irpm, SpO<sub>2</sub> 98% em ar ambiente.

Pulmões: MV +, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: BNF, ritmo regular, sem sopros.

Abdome: plano, flácido, indolor, sem visceromegalias, RHA normais.

MMII: sem edemas, pulsos periféricos presentes. Neurológico: alerta, orientado, reflexos fisiológicos.”

#### **4. Raciocínio Clínico e Diagnóstico Diferencial**

O raciocínio clínico é o processo intelectual por meio do qual o médico interpreta as informações coletadas na anamnese, exame físico e exames complementares, com o objetivo de formular hipóteses diagnósticas, selecionar condutas apropriadas e definir um plano terapêutico seguro, eficaz e humanizado.

Mais do que conhecimento técnico, o raciocínio clínico exige reflexão contínua, análise lógica, uso da intuição treinada, capacidade de reconhecer padrões, e sobretudo, disposição para revisar hipóteses diante de novos dados. A habilidade de raciocinar clinicamente é o que diferencia um técnico que coleta dados de um médico que pensa sobre o paciente e com o paciente.

##### **4.1. Modelos de pensamento clínico**

Diversos modelos mentais podem ser utilizados, isoladamente ou em combinação, na construção do raciocínio clínico. Os principais são:

###### **a) Modelo indutivo (reconhecimento de padrões)**

Ocorre quando o médico, com base em experiências anteriores, reconhece imediatamente um quadro clínico típico e associa ao diagnóstico. Esse tipo de raciocínio é rápido, intuitivo, e baseado na memória de casos semelhantes.

Exemplo: um paciente com febre, cefaleia retro orbitária, mialgia intensa e exantema em área endêmica — o clínico experiente pode prontamente reconhecer um padrão sugestivo de dengue.

Vantagem: rapidez em casos típicos.

Limitação: menos eficaz em apresentações atípicas, sendo dependente da experiência do profissional.

###### **b) Modelo hipotético-dedutivo**

É o modelo mais clássico e ensinado em escolas médicas. O médico constrói hipóteses diagnósticas iniciais baseadas nos dados apresentados e, a partir daí, testa essas hipóteses com novos dados da anamnese, exame físico e exames complementares.

Exemplo: paciente chega com dor torácica → hipóteses iniciais: angina, pericardite, TEP, DRGE

→ realiza ECG, exames laboratoriais e exame físico → confirma ou exclui hipóteses.

Vantagem: sistemático, aplicável a casos complexos ou atípicos.

Limitação: exige mais tempo e maior familiaridade com fisiopatologia e epidemiologia.

#### c) Modelo algorítmico

Usa fluxogramas ou protocolos clínicos, como aqueles encontrados em diretrizes e manuais. O profissional segue uma sequência lógica de decisões padronizadas até chegar à conduta.

Exemplo: algoritmo de abordagem da dor torácica em pronto-socorro: ECG → troponina → risco estratificado → conduta.

Vantagem: reduz variabilidade, útil em urgências.

Limitação: pode ser rígido e não contemplar variações individuais.

## 4.2. Abordagem baseada em síndromes clínicas

Um método prático e eficaz de iniciar o raciocínio clínico é reconhecer a síndrome clínica predominante, ou seja, agrupar os sinais e sintomas do paciente dentro de um quadro sindrômico (conjunto clínico) que oriente o diagnóstico diferencial.

Alguns exemplos de síndromes clínicas comuns:

- Síndrome febril aguda: febre com menos de 7 dias, associada ou não a sinais localizatórios.
- Síndrome torácica dolorosa: dor em região precordial, pode ter causas cardíacas, pulmonares, musculoesqueléticas ou digestivas.
- Síndrome dispneica: sensação de falta de ar com causas cardíacas, respiratórias, metabólicas ou psicogênicas.
- Síndrome edematosa: inchaço de membros ou anasarca, pode ter causas renais, hepáticas, cardíacas ou nutricionais.
- Síndrome icterica: coloração amarelada da pele e mucosas, com causas pré-hepáticas (hemólise), hepáticas (hepatites) ou pós-hepáticas (obstrução).

Ao reconhecer a síndrome, o médico restringe o universo de possibilidades diagnósticas e organiza a investigação de forma mais lógica e eficiente.

## 4.3. Formulação de hipóteses diagnósticas

Após a coleta de dados e reconhecimento da síndrome clínica, o profissional formula hipóteses diagnósticas, ou seja, possíveis doenças que poderiam explicar o quadro apresentado.

As hipóteses devem ser organizadas em três grupos:

1. Hipótese principal (mais provável) – com base na epidemiologia, fisiopatologia e compatibilidade com o quadro.
2. Hipóteses alternativas (diferenciais) – doenças que simulam o quadro, mas são menos prováveis.
3. Hipóteses de exclusão obrigatória – doenças graves ou emergentes que, mesmo improváveis, devem ser consideradas (ex.: TEP em dor torácica, meningite em febre com cefaleia etc.).

Exemplo prático:

Paciente de 65 anos com tosse seca, febre baixa e dor torácica pleurítica. Hipótese principal: pneumonia. Diferenciais: TEP, insuficiência cardíaca, neoplasia. Hipótese de exclusão obrigatória: tuberculose.

#### **4.4. Solicitação de exames complementares com critério**

Exames devem ser solicitados com base em probabilidade pré-teste (chance clínica de o paciente ter determinada doença antes do exame) e capacidade do exame de alterar condutas.

Critérios para solicitar exames:

- Confirmar ou excluir hipóteses diagnósticas.
- Avaliar gravidade ou extensão da doença.
- Monitorar efeitos terapêuticos.
- Identificar comorbidades.

Evita-se: pedir exames de forma indiscriminada, o que pode gerar achados incidentais, elevar custos e causar iatrogenias.

#### **4.5. Valor preditivo e interpretação clínica dos exames**

Os exames devem ser interpretados à luz da clínica, considerando:

- Sensibilidade: capacidade do exame de detectar doentes (evita falsos negativos).
- Especificidade: capacidade do exame de identificar saudáveis (evita falsos positivos).
- Valor preditivo positivo: chance de o paciente ter a doença se o exame for positivo.
- Valor preditivo negativo: chance de o paciente não ter a doença se o exame for negativo.

Esses valores variam conforme a prevalência da doença e devem ser integrados ao julgamento clínico.

#### **4.6. Acompanhamento longitudinal e reavaliação**

O raciocínio clínico não termina com o diagnóstico inicial. O paciente deve ser monitorado

ao longo do tempo, com revisão das hipóteses, observação da resposta terapêutica e adaptação da conduta.

Casos clínicos são dinâmicos: novas informações podem emergir, sintomas podem evoluir e doenças diferentes podem se manifestar simultaneamente. O bom clínico está sempre atento ao que o tempo revela.

Exemplo: paciente tratado para pneumonia evolui com tosse persistente → reavalia-se diagnóstico → hipótese de tuberculose passa a ser considerada.

## 5. Prontuário Médico

O prontuário médico é o instrumento formal e legal de registro de todas as informações relativas ao cuidado de um paciente em um serviço de saúde. Trata-se de um documento confidencial, técnico, ético e jurídico, que deve ser preenchido com exatidão, clareza, responsabilidade e respeito à privacidade do paciente.

Ele reúne todos os dados clínicos, laboratoriais e administrativos desde a admissão até a alta, permitindo a continuidade do cuidado, a comunicação entre os profissionais da equipe e a preservação da memória assistencial.

### 5.1. Finalidades do prontuário médico

1. Assistencial: orientar a conduta médica e multiprofissional.
2. Legal: serve como documento em processos jurídicos e sindicâncias.
3. Administrativa: permite auditorias, faturamentos e indicadores de gestão.
4. Científica e pedagógica: subsidia pesquisas clínicas e ensino.
5. Histórica: constitui o registro da trajetória clínica do paciente.

### 5.2. Estrutura do prontuário

Embora possa variar conforme o tipo de serviço (ambulatorial, hospitalar, UPA etc.), um prontuário médico bem estruturado contém:

- Dados de identificação do paciente
- Anamnese e exame físico
- Hipóteses diagnósticas e evolução clínica
- Exames complementares realizados
- Prescrições médicas (medicações, dietas, curativos, exames)
- Procedimentos e intervenções
- Sumário de alta ou óbito
- Termos assinados (consentimento informado, recusa terapêutica)
- Registros da equipe multiprofissional (enfermagem, fisioterapia etc.)

### 5.3. Modelo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano)

O modelo SOAP é uma técnica consagrada para organização das evoluções diárias no prontuário:

- S – Subjetivo: o que o paciente relata (sintomas, queixas, evolução percebida).
- O – Objetivo: dados observáveis (exame físico, sinais vitais, exames laboratoriais).
- A – Avaliação: interpretação médica (diagnóstico, análise de evolução, conduta crítica).
- P – Plano: condutas propostas (medicações, exames, intervenções, orientações).

Exemplo de evolução SOAP:

- S: Refere melhora da dor torácica, nega dispneia ou febre.
- O: PA 130x80 mmHg, FC 78 bpm, Temp. 36,5°C. MV presente, sem ruídos adventícios.
- A: SCA sem supra – em boa evolução clínica após introdução de AAS e clopidogrel.
- P: Manter dupla antiagregação, iniciar estatina, repetir ECG em 24h, reavaliação cardiológica.

### 5.4. Redação e linguagem técnica

A escrita médica deve ser:

- Clara e objetiva: evitar gírias ou ambiguidades.
- Legível: quando manuscrita, para não comprometer a assistência.
- Precisa: utilizar termos técnicos corretos.
- Imparcial e profissional: descrever os fatos, não juízos de valor.
- Padronizada: seguir protocolos institucionais quando disponíveis.

Exemplos do que evitar:

- "Paciente nervoso, difícil."
- "Quadro esquisito, parece invenção."
- "Não sei o que fazer."

Exemplos corretos:

- "Paciente ansioso, demonstra insegurança quanto ao diagnóstico."
- "Quadro clínico atípico, em investigação."
- "Conduta: discutir caso com equipe de referência."

### 5.5. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O Prontuário Eletrônico é a forma digital de registro assistencial. Suas vantagens incluem:

- Melhor legibilidade
- Integração com sistemas laboratoriais e de imagem
- Rastreabilidade (identificação de quem fez cada registro)
- Segurança dos dados (desde que com protocolos adequados)

Cuidados com o PEP:

- Nunca deixar o sistema aberto sem supervisão
- Utilizar senhas pessoais e intransferíveis

- Não compartilhar informações via aplicativos não autorizados

### **5.6. Aspectos éticos e legais**

O prontuário é protegido pelo sigilo médico, conforme o Código de Ética Médica e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/2018). Isso significa:

- Somente profissionais autorizados podem acessá-lo.
- Pacientes têm direito a cópia do seu prontuário.
- O prontuário deve ser armazenado por no mínimo 20 anos após o último atendimento (Lei 13.787/2018).

Em situações especiais, como ordem judicial, sindicância ética ou auditoria de planos de saúde, o prontuário pode ser compartilhado, com os devidos registros legais.

### **5.7. Termos de consentimento e recusa**

Devem ser registrados no prontuário:

- Consentimento informado: o paciente declara ter sido esclarecido sobre um procedimento e concordar com ele.
- Recusa terapêutica: quando o paciente nega um tratamento proposto, após entender os riscos.

Ambos devem ser assinados pelo paciente (ou representante legal) e pelo médico, anexados ao prontuário.

### **5.8. Boas práticas na escrita do prontuário**

- Registrar o atendimento logo após sua realização.
- Incluir data e hora no início de cada evolução.
- Identificar-se sempre com nome e número de CRM.
- Não usar termos ofensivos, irônicos ou desnecessários.
- Corrigir erros com uma linha sobre o texto incorreto e nova entrada, nunca com rasura.
- Evitar abreviações não padronizadas.

## **6. Ética Médica e Relação Médico-Paciente**

A medicina não é apenas uma ciência técnica; é, antes de tudo, uma profissão moral. O exercício da clínica médica pressupõe a aliança entre conhecimento científico e valores éticos, sendo o médico responsável por preservar a dignidade humana, respeitar a autonomia dos pacientes e atuar com beneficência, justiça e prudência. O relacionamento médico-paciente, quando pautado na confiança e na ética, torna-se instrumento terapêutico em si.

## 6.1. Princípios fundamentais da Bioética

A bioética é o campo que analisa os dilemas éticos da prática médica. Seus quatro pilares são:

### a) Autonomia

O paciente tem o direito de decidir sobre sua saúde, após ser devidamente informado sobre diagnóstico, riscos, benefícios e alternativas. O médico deve respeitar decisões autônomas, mesmo quando discordar delas, desde que o paciente esteja em plena capacidade mental.

Exemplo: recusa de transfusão por motivos religiosos.

### b) Beneficência

Refere-se ao dever do médico de agir para o bem do paciente, promovendo sua saúde e alívio do sofrimento. Envolve atuar com zelo, compaixão e competência técnica, sempre considerando o melhor interesse do paciente.

### c) Não maleficência

Derivado do princípio hipocrático "Primum non nocere" (primeiro, não causar dano). O médico deve evitar condutas que gerem prejuízo ao paciente, inclusive excessos terapêuticos, intervenções sem indicação e omissões perigosas.

### d) Justiça

Implica equidade no acesso aos recursos em saúde, tratamento igualitário e respeito aos direitos individuais. Inclui o dever de denunciar iniquidades e atuar pela melhoria do sistema de saúde.

## 6.2. Relação médico-paciente

A relação médico-paciente é o vínculo profissional mais sensível da prática médica. Para que seja terapêutica, deve basear-se em:

- Empatia: compreender os sentimentos e valores do paciente.
- Respeito mútuo: reconhecer o outro como sujeito ativo no processo de cuidado.
- Confiança: construída por meio da escuta, competência e sigilo.
- Comunicação clara e honesta: evitar jargões técnicos, adaptar a linguagem, confirmar compreensão.
- Tempo e atenção: garantir escuta ativa e sem interrupções desnecessárias.

Essa relação influencia diretamente a adesão ao tratamento, a satisfação do paciente e a qualidade do desfecho clínico.

## 6.3. Sigilo profissional

O sigilo médico é um dever ético e legal. Todas as informações obtidas durante a consulta ou atendimento são confidenciais e só podem ser reveladas em três situações:

1. Com autorização expressa do paciente.
2. Por exigência legal (ex: notificação compulsória).
3. Quando necessário para proteger terceiros ou o próprio paciente, em situações de risco grave.

Importante:

- O sigilo persiste mesmo após a morte do paciente.
- Não se deve discutir casos clínicos em locais públicos, redes sociais ou com pessoas não autorizadas.
- O prontuário eletrônico deve ter acesso restrito e monitorado.

#### 6.4. Consentimento informado

O consentimento informado é um direito do paciente e uma obrigação do médico. Consiste em explicar claramente:

- A doença e seu prognóstico.
- Os tratamentos propostos e suas alternativas.
- Os riscos, benefícios e limitações de cada conduta.
- A liberdade do paciente em aceitar ou recusar.

Nos casos mais complexos ou invasivos, deve-se formalizar em termo por escrito, assinado pelo paciente e pelo médico. Isso protege ambas as partes e reforça a ética da decisão compartilhada.

#### 6.5. Comunicação de más notícias (Protocolo SPIKES)

A comunicação de diagnósticos graves ou de más notícias exige preparo, sensibilidade e empatia. O protocolo SPIKES é uma ferramenta para estruturar esse momento:

1. S – Setting: ambiente reservado, sem interrupções.
2. P – Perception: avaliar o quanto o paciente já sabe.
3. I – Invitation: perguntar quanto ele deseja saber.
4. K – Knowledge: dar a informação com clareza, sem omitir, mas com sensibilidade.
5. E – Emotions: acolher a reação emocional com empatia.
6. S – Strategy and Summary: apresentar próximos passos e reforçar apoio.

Exemplo de introdução empática:

“Eu tenho algo importante para lhe contar. Sei que é difícil, mas quero que você saiba que não está sozinho e vamos enfrentar isso juntos.”

#### 6.6. Relação com a família e a equipe

O respeito e a comunicação devem estender-se à família e à equipe multiprofissional:

- Compartilhar informações com familiares, desde que com consentimento do paciente.
- Tratar acompanhantes com cordialidade e escuta ativa.

- Resolver conflitos com colegas em ambiente reservado, nunca diante do paciente.
- Promover o trabalho interdisciplinar, valorizando as contribuições de todos os profissionais.

### **6.7. Conflitos éticos e limites da atuação médica**

O médico pode enfrentar dilemas como:

- Paciente que recusa tratamento essencial.
- Família que exige condutas fúteis.
- Sistema de saúde que nega acesso a recursos.
- Demandas judiciais ou administrativas conflitantes com princípios clínicos.

Nesses casos, o médico deve recorrer a:

- Deliberação ética com pares e comissões hospitalares.
- Avaliação de capacidade e autonomia do paciente.
- Registro cuidadoso no prontuário.
- Apoio de conselhos de ética profissional quando necessário.

## **7. Prática Supervisionada**

A prática supervisionada é o núcleo da formação médica prática e um dos alicerces da pós-graduação clínica. Representa o espaço onde o conhecimento teórico se transforma em habilidade clínica, e onde a tomada de decisão se desenvolve sob orientação, crítica construtiva e responsabilidade compartilhada.

Neste módulo, a prática supervisionada visa desenvolver competências nos seguintes eixos:

1. Condução da anamnese centrada no paciente.
2. Realização do exame físico completo.
3. Construção do raciocínio clínico e hipóteses diagnósticas.
4. Redação de registros clínicos no prontuário.
5. Comunicação clínica e habilidades interpessoais.
6. Atitudes éticas, respeitadas e profissionais.

### **7.1. Simulações clínicas com pacientes padronizados**

Os pacientes padronizados são atores treinados para representar casos clínicos reais com consistência. As simulações clínicas permitem que o médico em formação:

- Pratique a escuta ativa e a entrevista clínica.
- Exercite o raciocínio clínico e a formulação de hipóteses.
- Treine a comunicação de más notícias e empatia.
- Seja filmado ou observado para posterior feedback técnico e emocional.

Vantagens da simulação:

- Ambiente controlado e seguro para o erro.

- Possibilidade de repetição.
- Uniformidade dos casos para fins pedagógicos.

## **7.2. Estações de exame físico e anamnese gravadas para feedback**

Uma das metodologias mais eficazes para o desenvolvimento profissional é o feedback estruturado e imediato. O registro em vídeo das estações permite:

- Autoavaliação (o aluno vê sua postura, linguagem e técnica).
- Avaliação pelos pares (outros alunos assistem e comentam).
- Feedback orientado pelo preceptor, com foco em pontos fortes e oportunidades de melhoria.

Critérios observados:

- Clareza na comunicação.
- Técnica correta de exame físico.
- Lógica na condução da anamnese.
- Respeito ao paciente.

## **7.3. Redação de hipótese diagnóstica e plano inicial**

Durante a prática supervisionada, o aluno é estimulado a formular hipóteses e propor planos terapêuticos baseados em evidências, com fundamentação fisiopatológica e epidemiológica.

Esses registros devem seguir os padrões técnicos da medicina baseada em evidências, e incluir:

- Hipótese principal.
- Diagnósticos diferenciais.
- Hipóteses a excluir obrigatoriamente.
- Solicitação de exames coerentes.
- Conduta terapêutica inicial.

## **7.4. Discussão de casos reais com preceptores clínicos**

Casos reais atendidos pelos alunos são discutidos com preceptores clínicos com experiência em ensino. Essa atividade desenvolve:

- Capacidade de apresentar casos de forma clara e objetiva.
- Organização do raciocínio clínico em tempo real.
- Postura científica diante do caso.
- Habilidade de ouvir sugestões, críticas e ajustar condutas.

Método sugerido: apresentação por tópicos (identificação, QP, HMA, antecedentes, exame físico, avaliação e plano).

### **7.5. Avaliação formativa e feedback contínuo**

A prática supervisionada não visa apenas certificar, mas formar. Por isso, a avaliação é formativa, ou seja, contínua e orientada para o aprendizado.

Os preceptores devem fornecer:

- Feedback individualizado: imediato e focado em condutas observáveis.
- Revisões periódicas de desempenho global (com base em critérios).
- Orientações éticas diante de dilemas vivenciados.
- Estímulo à autonomia progressiva, sempre respeitando a segurança do paciente.

### **7.6. Desenvolvimento de identidade profissional**

Além de aprender a fazer, o médico em formação aprende a ser: ser ético, ser comprometido, ser empático, ser responsável.

A prática supervisionada é o ambiente onde se constrói a identidade profissional do clínico, com valores como:

- Excelência.
- Respeito.
- Responsabilidade.
- Humanização.