1

Introdução à Semiologia

FRANCISCO LEYDSON F. FEITOSA

"As PESSOAS SE ESQUECEM DO QUE OUVEM; LEMBRAM DO QUE LÊEM;
PORÉM, SÓ APRENDEM, DE FATO, AQUILO QUE FAZEM"
(Adão Roberto da Silva)

INTRODUÇÃO

A constante correlação entre as informações obtidas por anamnese e exame físico meticuloso conduz, invariavelmente, à elaboração de hipóteses diagnosticas, tornando o dia a dia da prática médica, um exercício mental dos mais estimulantes. Dessa forma, a rotina clínica diária é essencialmente uma atividade que depende da habilidade e do raciocínio, sendo, cada diagnóstico, um desafio, um problema que precisa ser solucionado. A semiologia é a parte da medicina que estuda os métodos de exame clínico, pesquisa os sintomas e os interpreta, reunindo, dessa forma, os elementos necessários para construir o diagnóstico e presumir a evolução da enfermidade. A palavra semiologia provém do grego *semeion:* que quer dizer sintomas/sinais e *logos:* que significa ciência/estudo.

SUBDIVISÃO DA SEMIOLOGIA

A semiotécnica pode, ainda, ser subdividida da seguinte forma:

Semiotécnica. É a utilização, por parte do examinador, de todos os recursos disponíveis para se examinar o paciente enfermo, desde a

simples observação do animal até a realização de exames modernos e complexos. É a *arte* de examinar o paciente (Fig. 1.1).

Clínica Propedêutica. Reúne e interpreta o grupo de dados obtidos através do exame do paciente. É um elemento de *raciocínio* e *análise* fundamental, na clínica médica, para o estabelecimento do diagnóstico.

Semiogênese. Busca explicar os mecanismos pelos quais os sintomas aparecem e se desenvolvem.

CONCEITOS GERAIS

Sintoma ou Sinal?

Sintoma também é uma palavra de origem grega (*sintein* = acontecimento), sendo a sua conceituação divergente entre as diferentes escolas e, conseqúentemente, entre os diferentes profissionais. Para a medicina humana, sintoma é uma sensação subjetiva anormal, sentida pelo paciente e não visualizada pelo examinador (dor, náusea, dormência). Já, sinal é um dado objetivo, que pode ser notado pelo examinador por inspeção, palpação, percussão, auscultação ou evidenciado por meio de exames complementares (tosse, edema, cianose, sangue oculto). Na medicina veterinária, o sintoma, por definição, é todo o fenómeno anormal, orgânico ou funcional, pelo qual as doenças se revelam no animal (tosse, claudicação, dispneia). , O sinal, por sua vez, não se limita à observação da manifestação anormal apresentada pelo animal, mas principalmente, a avaliação e a conclusão que o clínico retira do(s) sintoma(s) observado(s) e/ ou por métodos físicos de exame. É um elemento de raciocínio! Por exemplo, quando se palpa uma determinada região com aumento de volume e onde se forma uma depressão que se mantém mesmo quando a pressão é retirada, é sugestivo de edema resultando no que se chama de sinal de godet positivo. O sintoma, nesse caso, é o aumento de volume, que, por si só, não o caracteriza, pois pode ser tanto um abscesso quanto um hematoma. O examinador, utilizando um método físico de exame (palpação), obtém uma resposta e utiliza o raciocínio para concluir que se trata de um edema.

Atualmente, na Medicina Veterinária, existem diferentes correntes de pensamentos na dependência da escola que se segue, se americana c/ou europeia:

- O sintoma é um indício de doença sendo, o sinal, o raciocínio feito após a observação de um determinado sintoma.
- Sintoma é um fenómeno anormal revelado pelo animal, ao passo que o sinal é composto por todas as informações obtidas pelo clínico a partir do seu exame.

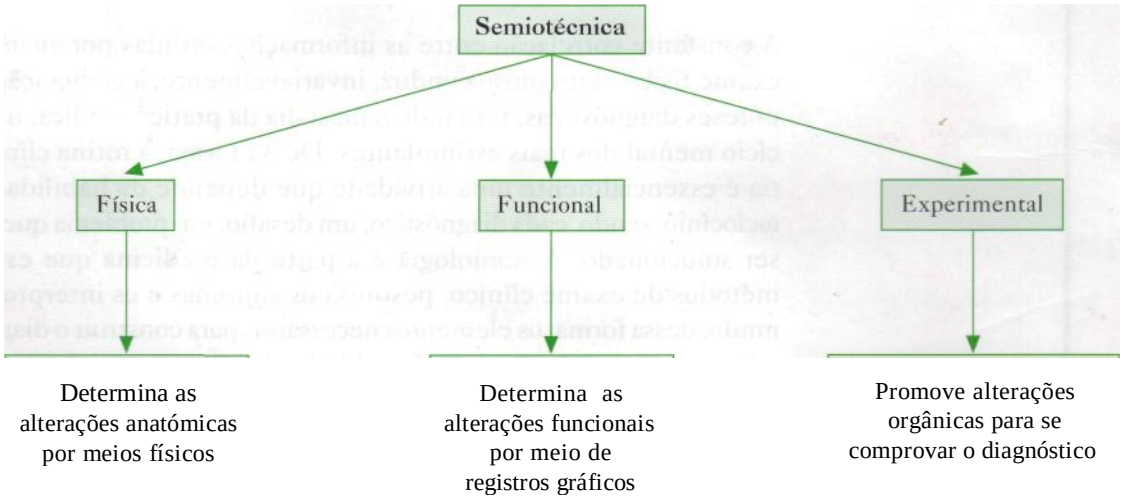


Figura 1.1 - Divisão da semiotécnica.

- Não existem sintomas em medicina veterinária, tendo em vista que os animais não expressam verbalmente o que sentem. Para os seguidores dessa corrente, todas as manifestações objetivadas pelo paciente e obtidas por intermédio dos métodos de avaliação clínica são simplesmente sinais.

Sem dúvida, esse tipo de discussão confunde, sobremaneira, não só os alunos de graduação como os colegas, visto que a maioria dos profissionais utiliza os termos sintoma e sinal como sinónimos na rotina prática, sem atender a qualquer linha de pensamento anteriormente descrita. Uma padronização dos mais variados termos médicos pelas diferentes escolas tornaria as várias denominações mais facilmente entendidas e aceitas.

Glossário Semiologia)
Saúde: "Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal". "Estado que é sadio ou são".

O correto e oportuno reconhecimento das enfermidades com o objetivo de adotar as medidas adequadas de tratamento dependem da percepção dos sintomas. Nesse sentido, deve-se considerar as mais variadas facetas que apresentam, sabendo que um único fator pode culminar no aparecimento de diferentes sintomas e, de forma inversa, um determinado sintoma pode se manifestar em decorrência das mais variadas causas. Diversos tipos de classificação de sintomas são descritos na literatura, dentre os quais destacam-se os sintomas locais, gerais, principais e, por fim, os sintomas patognomônicos.

Glossário Semiológico
Doença: "Evento biológico caracterizado por alterações anatómicas, fisiológicas ou bioquímicas, isoladas ou associadas".

Os sintomas "locais" são assim denominados, quando as manifestações patológicas aparecem claramente circunscritas e em estreita relação com o órgão envolvido (claudicação em casos de artrite séptica interfalângica distai; hiperemia da conjuntiva palpebral por irritação). Os sintomas "gerais" são manifestações patológicas resultantes do comprometimento orgânico como um todo (endotoxemia), ou por envolvimento de um órgão ou de um determinado sistema, levando, conseqiientemente, a prejuízos de outras funções do organismo (neoplasia mamaria com posterior metástase para pulmões). Já, os sintomas *principais*, fornecem subsídios sobre o provável sistema orgânico envolvido (dispneia nas afecções pulmonares; alterações comportamentais por envolvimento do sistema nervoso). Existem, ainda, os chamados *sintomas patognomônicos* ou únicos, os quais só pertencem ou só representam uma determinada enfermidade. Em medicina veterinária, se existem, são extremamente raros. Um exemplo descrito como clássico é a protrusão da terceira pálpebra em equinos, nos casos de tétano. Os sintomas podem ser classificados como:

- Quanto à evolução:
  - *Iniciais:* são os primeiros sintomas obser vados ou os sintomas reveladores da doença.
  - *Tardios:* quando aparecem no período de plena estabilização ou declínio da enfer midade.
  - *Residuais:* quando se verifica uma aparente recuperação do animal, como as mioclonias que ocorrem em alguns casos de cinomose.

- Quanto ao mecanismo de produção:
  - *Anatómicos:* dizem respeito à alteração da forma de um órgão ou tecido (esplenomegalia, hepatomegalia).
  - *Funcionais:* estão relacionados com a alte ração na função dos órgãos (claudicação).
  — *Reflexos:* são chamados, também, de sintomas distantes, por serem originados longe da área em que o principal sintoma aparece (sudorese em casos de cólicas, taquipnéia em caso de uremia, icterícia nas hepatites).

Síndrome

Modernamente, síndrome (do grego *syndromos* = que correm juntos)|p o conjunto de sintomas clínicos, de múltiplas causas e que afetam diversos sistemas; quando adequadamente reconhecidos e considerados em conjunto, caracterizam, por vezes, uma determinada enfermidade ou lesão (síndrome de Shift-Sherington, síndrome cólica). O reconhecimento de uma síndrome constitui o diagnóstico sindrômico. Contudo, em algumas situações, a síndrome não revela a entidade mórbida, mas é de fundamental importância na identificação da doença, pois reduz o número de possibilidades diagnosticas

e orienta as investigações futuras. A febre, considerada a síndrome mais antiga c conhecida no universo médico, ocorre no carbúnculo hemático, na aftosa, na cinomose, sendo que a sua presença, por si só, não caracteriza nenhuma dessas enfermidades, mas é de grande importância para o diagnóstico das mesmas. Na verdade, a febre é um conjunto de sintomas, pois em decorrência da mesma ocorre ressecamento da boca, aumento da frequência respiratória e cardíaca, perda parcial de apetite, oligúria, dentre outros, sendo a elevação de temperatura (hipertermia), o sintoma preponderante.

Diagnóstico

Pela observação cuidadosa dos enfermos, muitas doenças tornaram-se conhecidas por seus sintomas e por sua evolução, antes que se conhecessem as suas causas. Surgiu, dessa maneira, a possibilidade do diagnóstico (do grego *diagnosis* = ato de discernir, de conhecer), ou seja, de reconhecer uma dada enfermidade por suas manifestações clínicas, bem como o de prever a sua evolução, ou melhor, o seu prognóstico. Para o clínico, cada diagnóstico representa um desafio a ser vencido. Para tanto, ele deve identificar, distinguir e particularizar um determinado estado de enfermidade.

O reconhecimento de uma doença com base nos dados obtidos na anamnese, no exame físico e/ou exames complementares, constitui o diagnóstico *nosológico* ou *clinico* sendo, na verdade, a conclusão a que o clínico chega sobre a doença do animal (por exemplo, pneumonia, tétano, raiva). Não são incomuns os casos em que, tendo-se avaliado o animal e suspeitando-se de uma determinada enfermidade, realiza-se um procedimento medicamentoso e, em caso de resposta favorável, fecha-se o diagnóstico. Esse tipo de procedimento é denominado de diagnóstico *terapêutico* (por exemplo, animal magro, pêlos eriçados, deprimido, mucosas pálidas: vermífugo). Determinadas doenças produzem modificações anatómicas que podem ser encontradas no exame macroscópico dos órgãos, permitindo se estabelecer o diagnóstico *anatómico* no qual se especifica o local e o tipo de lesão (por exemplo, artrite interfalângica distai, fratura cominutiva do fémur, lesão da válvula tricúspide). A descoberta dos microorganismos por Pasteur, o melhor conhecimento dos processos bioquímicos e metabólicos, a descoberta dos hormônios e das vitaminas, o progresso da imunologia, entre muitas outras conquistas, culminaram com a identificação das causas de muitas doenças, o que tornou possível o diagnóstico *etiológico,* que nada mais é que a conclusão do clínico sobre o fator determinante da doença (por exemplo, botulismo: *Clostridium botulinum;* tétano: *Clostridium tetani).* Ao mesmo tempo, a utilização cada vez mais frequente dos microscópios no estudo dos tecidos, permitiu o diagnóstico *histopatológico* das lesões. Por sua vez, o exame macro e/ou microscópico de peças cirúrgicas, biópsias ou o *examepostmortem,* englobando os diagnósticos anatómico e histopatológico, constitui o diagnóstico anatomopatológico. A utilização rotineira dos raios X como auxiliar nas rotinas clínica e cirúrgica fez nascer o diagnóstico *radiológico.* Dessa forma, cada método novo de exame que foi ou vai sendo introduzido na prática médica conduz a novas formas de diagnóstico. Fala-se hoje, correntemente, em diagnóstico laboratorial, sorológico, eletrocardiográfico, endoscópico, entre outros. Entretanto, esses diagnósticos da era moderna nada mais são que meios auxiliares de exame clínico, já que devem ser precedidos e solicitados para uma suspeita inicialmente formulada ou quando as hipóteses diagnosticas já foram pré-estabelecidas. Não se deve ter a pretensão de que a suspeita clínica venha a se encaixar em um único tipo de diagnóstico. Ao contrário, é possível, em muitos casos, o estabelecimento de todos ou da maior parte dos diagnósticos acima mencionados.

Em várias ocasiões, nem sempre é possível estabelecer, de imediato, o diagnóstico exato da enfermidade que ora se manifesta. Nesses casos, c conveniente se fazer o que denominamos de *diagnóstico prováve/, provisório ou presuntivo.* Deve-se, com a evolução do caso, tentar estabelecer o diagnóstico por exclusão, eliminando-se, aos poucos, algumas hipóteses diagnosticas inicialmente presumidas, pelas características do quadro sintomático apresentado dia a dia e pela realização de exames complementares.

Sobre o valor do conhecimento, a capacidade de observação e os erros em medicina, o filósofo francês Blase Pascal afirmou, no século XVII, que "a maioria dos erros médicos não se devem a falhas de raciocínio sobre fatos bem avaliados, mas a raciocínio bem conduzido sobre fatos mal observados".

As principais causas de erro no estabelecimento do diagnóstico são:

- Anamnesc incompleta ou preenchida erronea mente.
- Exame físico superficial ou feito às pressas.
- Avaliação precipitada ou falsa dos achados clínicos.
- Conhecimento ou domínio insuficiente dos métodos dos exames físicos disponíveis.
- Impulso precipitado cm tratar o paciente antes mesmo de se estabelecer o diagnóstico.

Os procedimentos para a resolução do problema clínico emergente envolvem duas fases: 1. elaboração de hipóteses; 2. avaliação das hipóteses obtidas. Geralmente, a elaboração de hipóteses domina a parte inicial da investigação clínica, ao passo que a avaliação das hipóteses se sobrepõe nos estágios finais do exame clínico.

A elaboração de hipóteses inicia-se, tipicamente, quando as informações mínimas sobre o caso em questão são conhecidas, tais como idade, sexo, raça c queixa principal. Quando os dados da história do animal são reportados (anamnese) ou observados através dos sintomas e/ou sinais (exame físico) há, involuntariamente, a elaboração de hipóteses. A elaboração precoce de uma hipótese de trabalho, logo no início da tentativa de resolução do problema clínico, é natural c necessária, já que propicia conduta ou direção que deve ser adotada durante o exame clínico.

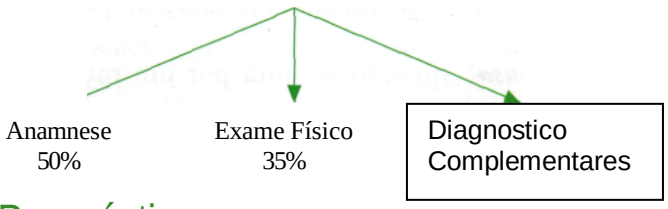
Durante a avaliação de uma hipótese, algumas indagações iniciais e direcionadas, obtidas na fase de elaboração, são rejeitadas e substituídas por outras mais genéricas.

Sem dúvida, o trabalho mais difícil da prática médica é a avaliação dos dados clínicos e dos resultados dos exames complementares, quando solicitados. Fazer diagnóstico c fazer julgamento. Por isso, vale a pena relembrar os famosos princípios de Hutchinson, enunciados no começo do século, mas inteiramente válidos até os dias atuais:

1. Não seja demasiadamente sagaz.
2. Xão tenha pressa.
3. Xão tenha predileções.
4. Xão diagnostique raridades. Pense nas hipó teses mais simples.
5. Xão tome um rótulo por diagnóstico.
6. Não tenha prevenções.
7. Não seja demasiado seguro de si.
8. Não hesite em rever seu diagnóstico, de tempo) cm tempo, nos casos crónicos.

Percebe-se, claramente, que o diagnóstico não é pautado cm adivinhações ou em intuições. Ele é concebido após a obtenção criteriosa dos dados e a avaliação pormenorizada das hipóteses. Uma suposição da importância (em %) das diferentes etapas do exame clínico encontra-se no organograma a seguir. A contínua prática médica e a avaliação repetitiva de um mesmo paciente ou de vários pacientes com uma mesma doença são cruciais para a aquisição de experiência e confiança. As manifestações de uma mesma doença não são exatamente iguais em diferentes animais. Tal pensamento levou o médico brasileiro Torres Homem a descrever que "para um clínico não existe enfermidade, e sim, enfermos". Portanto, deve-se avaliar a forma particular com que cada indivíduo responde a uma mesma doença.

"O aprimoramento da Semiologia e, conseqiientemente, a Clínica Médica, depende da repetição, sendo, às vezes, mais conveniente informar menos e repetir mais, afim de se ter um melhor ensino e aprendizado."
Pró f. D r. Eduardo Harry Birgel



Prognóstico

Ao lado do diagnóstico, é importante estabelecer o prognóstico, que.consiste em se prever a cvoluçãoxla doença e suas prováveis conseqúênciasjA palavra é oriunda do grego *(pró:* antes; *gnosis:* conhecer). O prognóstico é orientado levando-se em consideração três aspectos: /. *perspectiva de salvar a vida; 2. perspectiva de recuperar a saúde ou de curar o paciente; 3. perspectiva de manter a capacidadefuncional'do(s) órgão(s) acometido(s)*$_t$. Muitas doenças evoluem naturalmente para a cura, com ou sem tratamento. Algumas se tornam crónicas, com reflexos negativos na qualidade de vida. Outras, infelizmente, evoluem progressivamente até o óbito. Quando se espera uma evolução satisfatória, diz-se que o prognóstico c favorável; quando, ao contrário, se prevê o término fatal ou a pôs-

sibilidadc de óbito, é desfavorável. Nos casos de curso imprevisível, diz-se que o prognóstico é duvidoso, reservado ou incerto. O prognóstico pode ser favorável quanto à vida e desfavorável ou duvidoso quanto à validez e à recuperação integral do paciente (displasia coxofemoral em cães de grande porte). O prognóstico deve ser racional, feito levando-se em consideração os dados obtidos (história clínica) e a avaliação física do paciente. Para o prognóstico, deve-se levar em consideração, além da doença, algumas características pertinentes ao animal, tais como idade, raça, espécie e valor económico do animal; e, ao proprietário, tais como poder aquisitivo, para custear as despesas do tratamento, e condições de manejo disponíveis na propriedade.

Tratamento ou Resolução

E o meio utilizado para combater a doença. Do conhecimento do estado do animal pelo exame clínico, surge a inspiração das medidas necessárias para a solução do processo patológico. Podemos utilizar meios cirúrgicos, medicamentosos e dietéticos. Às vezes, ocorre uma combinação desses recursos, outras, o tratamento é feito de forma individual, dependendo de cada caso.

Quanto à finalidade, o tratamento pode ser:

- *Causal:* quando se opta por um meio que combata a causa da doença (hipocalcemia: administra-se cálcio).
- *Sintomático:* quando visa combater apenas os sintomas (anorexia: orexigênicos, vitaminas) ou abrandar o sofrimento do animal (analgésicos, antipiréticos).
- *Patogênico:* procura modificar o mecanismo de desenvolvimento da doença no organismo (tétano: usa-se soro antitetânico antes que as toxinas atinjam os neurônios).
- *Vital:* quando procuramos evitar o aparecimento de complicações que possam fazer o animal correr risco de morte (transfusão sanguínea em pacientes com anemia grave).

"No diagnóstico, o clínico alcança a afirmação de seus conhecimentos; no prognóstico, prevendo corretamente a evolução da doença, o clínico terá a contraprova do seu acerto e, no sucesso da terapia recomendada, a confirmação da sua competência."

Prof. Dr. Eduardo Harry Birgel

MÉTODOS GERAIS DE EXPLORAÇÃO CLÍNICA

Semiotécnica e a Ciência do Diagnóstico

Aporte humano básico necessário:

- Conhecimento.
- Raciocínio.
- Visão, audição, tato, olfação.
- Sensatez.
- Organização.
- Paciência.

Material básico necessário:

- Papel e caneta para anotações.
- Aparelho de ausculta.
- Martelo e plexímetro para percussão.
- Termómetro.
- Aparelho de iluminação (lanterna).
- Luvas de procedimento.
- Luvas de palpação retal.
- Otoscópio c oftalmoscópio.
- Especules vaginais.
- Frascos para acondicionamento de amostras.
- Material específico para contenção (cordas, cachimbo, mordaças, etc.).

Coube a Hipócrates, meio milénio antes de Cristo, sistematizar o método clínico, dando à anamnese e ao exame físico — este basicamente apoiado na inspeção e na palpação - uma estruturação bastante semelhante à observada nos dias atuais. Em uma visão retrospectiva da evolução dos métodos clínicos, os seguintes acontecimentos merecem registro, pois mesmo tendo sido desenvolvidos para a medicina humana, são inquestionáveis os avanços que a medicina veterinária sofreu após a sua utilização.

O primeiro deles é a medida da temperatura corporal por intermédio do termómetro clínico, proposto por Santório, entre os anos de 1561 e 1636, que pode ser considerado o ponto de partida da utilização de aparelhos simples que permitem obter dados de grande valor semiológico.

Em 1761, Auenbrugger publica o trabalho *Inventum Novum*, no qual sistematiza a percussão do tórax, correlacionando os dados fornecidos por esse método aos achados anatomopatológicos, propiciando um grande avanço no diagnóstico das doenças pulmonares.

Em 1819, Laennec publica a *obraDe/aAusca/-tation* ***Médiate,*** descrevendo o estetoscópio e as principais manifestações csteto-acústicas das doenças do coração e dos pulmões. Por volta de 1839, Skoda oferece grande contribuição para o progresso do método clínico, correlacionando os dados de exame físico do tórax, principalmente os de percussão e de ausculta, com os achados de necropsia.

Samuel von Basch, em 1880, Riva-Rocci, em 1896 e Korotkoff, em 1905, cada um com diferentes contribuições, possibilitam a construção de esfigmomanômetros sensíveis e precisos c estabelecem as bases para a determinação da pressão arterial.

Os registros médicos de Hipócrates e seus discípulos criaram as bases do exame clínico ao valorizar, principalmente, o relato organizado da história clínica do paciente e dos seus respectivos sintomas. Todas essas descobertas foram, pouco a pouco, aplicadas na medicina veterinária, com algumas modificações, na dependência da área envolvida.

A medicina é, a um só tempo, *arte* e *ciência.* Como arte, seu êxito depende da habilidade e das técnicas empregadas por aqueles que a ela se dedicam. Como ciência, depende da aplicação dos conhecimentos científicos de diferentes ramos do saber do homem. Por mais entusiasmo que se tenha com os modernos aparelhos ou equipamentos, a pedra angular da medicina ainda é o método físico. A experiência tem mostrado que os recursos tecnológicos disponíveis só são aplicados em sua plenitude e com o máximo proveito para o paciente, quando se parte de um exame físico bem feito. A exploração física é baseada, em grande parte, na utilização dos sentidos do explorador, ou seja, a visão, o tato, a audição e o olfato, e tem por finalidade examinar metodicamente todo o animal, a fim de estabelecer o diagnóstico e, conseqúentemente, a cura do animal. Os principais métodos de exploração física são: Inspeção, Palpação, Percussão, Ausculta e Olfação. Cada uma dessas técnicas pode ser aperfeiçoada se os três "Pês" do exame clínico forem obedecidos: **Paciência, Perseverança e Prática.** Para atingir a competência nesses procedimentos, o estudante deve *""ensinar o olho a ver, as mãos a sentir, e o ouvido a ouvir"*. Lembre-se: a capacidade de coordenar todo esse aporte sensorial não é congénita; é adquirida com o tempo e a prática à exaustão! É interessante que se faça um treinamento intenso em animais normais e, posteriormente, em pacientes.

O objetivo do exame físico é obter informações válidas sobre a saúde do paciente. O examinador deve ser capaz de identificar, analisar e sintetizar o conhecimento acumulado em uma avaliação, antes de tudo, abrangente. Infelizmente, o emprego de uma única técnica quase nunca é satisfatório. É necessária, na maioria das vezes, uma somatória das mesmas, para que o clínico obtenha algumas informações que serão fundamentais para que se tenha, com uma certa margem de segurança, o(s) possível(is) diagnóstico(s) da(s) enfermidade(s).

Inspeção

"Comete-se mais erros por não olhar que por não saber."

Utilizando o sentido da visão, esse procedimento de exame se inicia antes mesmo do início da anamnese, sendo o método de exploração clínica mais antigo e um dos mais importantes.(Pela inspeção investiga-se a superfície corporal e as partes mais acessíveis das cavidades em contato com o exterior. Alguns conselhos devem ser lembrados para a realização da inspeção:

Tabela 1.1 - Evolução dos métodos gerais de exploração clínica.

Médico	Método clínico	Ano
Hipócrates	Anamnese, inspeção, palpação	460-355 a. C.
Santório	Termómetro clínico	1551-1636
Auenbrugger	Percussão, *Inventum Novum*	1761
Laennec	Estetoscópio *De la Auscultation Médiate*	1819
Skoda Samuel Von	Correlação exame físico/Achados de necropsia	1839
Basch Riva-Rocci	Esfigmomanômetro Esfigmomanômetro	1880 1896
Korotkoff	Método de ausculta para a determinação da pressão arterial	1905

- O exame deve ser feito em um lugar bem iluminado, de preferência sob a luz solar. Toda via, em caso de iluminação artificial, utilize uma luz de cor branca e de boa intensidade.
- Observe o(s) animal(is), se possível, em seu ambiente de origem, juntamente com os seus pares (família ou rebanho). Faça, inicialmente, uma observação a distância. As anormalidades de postura e comportamento são mais facilmente perceptíveis. Compare o animal doente com os animais sadios e terá um ótimo parâmetro.
- Não se precipite: não faça a contenção nem manuseie o animal antes de uma inspeção cuidadosa, já que a manipulação o deixará estressado. Não tenha pressa!
- Limite-se a descrever o que está vendo. Não se preocupe, nesse momento, com a interpretação e a conclusão do caso.

A técnica adequada para a realização da inspeção exige mais que apenas uma simples olhadela. O examinador deve ser treinado a olhar para o corpo do animal de forma sistemática. Com frequência, o examinador neófito tem pressa em usar o seu oftalmoscópio, estetoscópio ou otoscópio, antes de usar seus olhos para a inspeção. Na realidade, a inspeção talvez seja o método semiológico mais fácil de ser realizado e o mais difícil de ser descrito de maneira precisa.

Um exemplo do que significa "ensinar o olho a ver" pode ser demonstrado na experiência de autoria desconhecida, feita a seguir. Leia a sentença:

"Finished files are the result of years of scientific study combined with the experience of years."

Responda, sem voltar à sentença, quantas letras F você contou. A resposta encontra-se na nota de rodapé*.

A observação do animal pode fornecer inúmeras informações úteis para o diagnóstico, tais como estado mental, postura e marcha, condição física ou corporal, estado dos pêlos e pele, forma abdominal, entre outras, que serão abordadas no capítulo de exame físico geral. A inspeção pode ser:

Existem seis letras F na sentença citada. A maioria dos indivíduos conta apenas três. Não se deve esquecer os "F" dos três "o/'.

Panorâmica. Quando o animal é visualizado como um todo (condição corporal).

Localizada. Atentando-se para alterações em uma determinada região do corpo (glândula mamaria, face, membros).

A inspeção pode, ainda, ser dividida em:

Direta. A visão é o principal meio utilizado pelo clínico. Nessas condições, observam-se principalmente os pêlos, pele, mucosas, movimentos respiratórios, secreções, aumento de volume, cicatrizes, claudicações, entre outros. É denominada, por alguns, de ectoscopia, já que se pratica sobre a superfície do corpo.

Indireta. Feita com o auxílio de aparelhos, tais como:

a) de iluminação: otoscópio, laringoscópio, oftal moscópio (utilizados para examinar cavida des do organismo);
b) de Raios X;
c) microscópios;
d) aparelhos de mensuração; ,
e) de registros gráficos (eletrocardiograma);
f) de ultra-sonografia.

Palpação

"O sentir é indispensável para se chegar ao saber."

António Damás/o

A inspeção e a palpação são dois procedimentos que quase sempre andam juntos, um completando o outro: *o que o olho vê, a mão afaga.* É a utilização do sentido táctil ou da força muscular, usando-se as mãos, as pontas dos dedos, o punho, ou até instrumentos, para melhor determinar as características de um sistema orgânico ou da área explorada. O sentido do tato fornece informações sobre estruturas superficiais ou profundas, como, por exemplo, o grau de oleosidade da pele de pequenos animais e a avaliação de vísceras ou órgãos genitais internos de grandes animais, pela palpação abdominal e transretal, respectivamente. Essa última abordagem é denominada palpação por tato ou palpação cega. Nesse caso, o clínico tem nas mãos e nos dedos, é bem verdade, *os seus olhos.* Para isso, entretanto, é necessário ter em mente as características da(s) estrutura(s) e sua localização dentro da cavidade explorada. É como se, de repente, apagassem as luzes na sua casa e você desejasse encontrar um objeto, que deve estar

localizado em um determinado lugar. Fica fácil encontrá-lo nessa situação, pois é bem provável que você conheça "mentalmente" o objeto que deseja e que saiba a disposição da mobília e o local onde esse objeto se encontra, em virtude do prévio conhecimento da sua residência. No entanto, imagine-se em um lugar que você não conhece, à procura de um objeto que nunca viu. É quase impossível, a princípio, ter êxito nessas circunstâncias. Já a força muscular ou de pressão é utilizada para avaliar estruturas que estejam localizadas mais profundamente ou quando se deseja verificar uma resposta dolorosa. Pela palpação, percebem-se modificações da textura, espessura, consistência, sensibilidade, temperatura, volume, dureza, além da percepção de frémitos, flutuação, elasticidade, edema e outros fenómenos. Quando se utiliza somente as mãos ou os dedos para avaliar uma determinada área, realiza-se a palpação direta. Entretanto, se for feito uso de algum aparelho ou instrumento com esse objetivo, a palpação torna-se indircta. É o que ocorre ao se examinar órgãos, estruturas ou cavidades inacessíveis à simples palpação externa, utilizando-se sondas, cateteres, pinças, agulhas, entre outros. Por exemplo, nos bovinos, como em outras espécies, o esôfago sofre desvio lateral na entrada do tórax e, às vezes, um corpo estranho fixa-se nesse local. Gomo é praticamente impossível fazer a palpação esofágica externamente, por sua localização, passa-se uma sonda esofágica e, se a mesma parar nesse ponto, é um forte indício de obstrução.

A palpação apresenta inúmeras variantes que podem ser sistematizadas da seguinte forma:

1. Palpação com a *mão espalmada,* usando toda a palma de uma ou de ambas as mãos.
2. Palpação com a mão espalmada, usando ape nas as *polpas digitais* e *parte ventra/ dos* dedos.
3. Palpação usando-se o *polegar* e o *indicador,* formando uma pinça.
4. Palpação com o *dorso dos dedos* ou das mãos (específico para a avaliação da temperatura).
5. *Dígito-pressão* realizada com a polpa do pole gar ou indicador. Consiste na compressão de uma área com diferentes objetivos: pesqui sar a existência de dor, detectar a presença de edema (godet positivo) e avaliar a circula ção cutânea.
6. *Punho-pressão é* feita com a mão fechada, particularmente, em grandes ruminantes, com a finalidade de avaliar à consistência de estruturas de maior tamanho (rúmen, abomaso) e para denotar, também, aumento de sensibilidade na cavidade abdominal.
7. *Vltropressão* é realizada com a ajuda de uma lâmina de vidro que é comprimida contra a pele, analisando-se a área por meio da pró pria lâmina. Sua principal aplicação é permi tir a distinção entre eritema e púrpura (o eritema desaparece e a púrpura não se altera com a vitro ou dígito-pressão).
8. Para pesquisa de flutuação, aplica-se *-àpalma da mão* sobre um lado da tumefação, enquanto a mão oposta, exerce sucessivas compressões perpendiculares à superfície cutânea. Havendo líquido, a pressão determina um leve rechaço do dedo da mão esquerda, ao que se deno mina flutuação.

Tipos de Consistência

Mole. Quando uma determinada estrutura reassume sua forma normal após cessar a aplicação de pressão à mesma (tecido adiposo). É uma estrutura macia, porém, flexível.

Firme. Quando uma estrutura oferece resistência à pressão, mas acaba cedendo e voltando ao normal com seu fim (fígado, músculo).

Dura. Quando a estrutura não cede, por mais forte que seja a pressão (ossos e alguns tecidos tumorais).

Pastosa. Quando uma estrutura cede facilmente à pressão e permanece a impressão do objeto que a pressionava, mesmo quando cessada (edema: sinal de godet positivo).

Flutuante. E determinada pelo acúmulo de líquidos, tais como sangue, soro, pus ou urina em uma estrutura ou região; resultará em um movimento ondulante, mediante a aplicação de pressão alternada. Se o líquido estiver muito comprimido, as ondulações poderão estar ausentes.

Crepitante. Observada quando um determinado tecido contém ar ou gás em seu interior. Tem-sc, à palpação, a sensação de movimentação de bolhas gasosas. É facilmente verificado nos casos de enfisema subcutâneo.

A palpação pode revelar, também, um "ruído palpável", denominado de frémito, que é produzido pelo atrito entre duas superfícies anormais (roce pleural), ou em lesões valvulares acentuadas.

É comum a utilização do termo "consistência macia" por parte de alguns colegas; entretanto, deve-se estar atento quando do seu emprego,

já que maciez corresponde à "textura", tal como áspera e rugosa, não sendo, portanto, a forma mais adequada para se designar a consistência de uma determinada estrutura. Ambas as consistências - mole e pastosa — apresentam uma textura macia, mas que, quando presentes, determinam um significado clínico distinto.

Auscultação

> "Porém não me foi possível dizer às pessoas: 'Falem mais alto, gritem, porque sou surdo'. Ai de mim! Como poderia eu declarar a fraqueza de um sentido que em mim deveria ser mais agudo que nos outros — um sentido que anteriormente eu possuía na maior perfeição, uma perfeição como poucos em minha profissão possuem, ou já possuíram."
>
> *Ludwig van Beethoven*

A auscultação consiste na avaliação dos ruídos que os diferentes órgãos produzem espontaneamente. Esta é a principal diferença entre a ausculta e a percussão, já que, na percussão, os sons são produzidos pelo examinador, a fim de se obter uma resposta sonora. A inclusão da auscultação com estetoscópio, no exame clínico, na primeira metade do século XIX, foi um dos maiores avanços da medicina, desde Hipócrates. Laennec, o fundador da medicina científica moderna, desenvolveu seu invento, dando-lhe o nome de estetoscópio, derivado da língua grega *(sthetos* = peito e *skopeo* = examinar), já que foi desenvolvido em virtude do pudor de examinar uma jovem obesa com problemas cardíacos (Fig. 1.2).

O método de auscultação é usado, principalmente, no exame dos pulmões, onde é possível evidenciar os ruídos respiratórios normais e os patológicos; no exame do coração, para ausculta das bulhas cardíacas normais e sua alterações e para reconhecer sopros e outros ruídos; e no exame da cavidade abdominal, para detectar os ruídos característicos inerentes ao sistema digestório de cada espécie animal. A ausculta pode ser:

Direta ou imediata. Quando se aplica o ouvido diretamente na área examinada protegido por um pano, evitando, assim, o contato com a pele do animal. As desvantagens são óbvias, incluin-

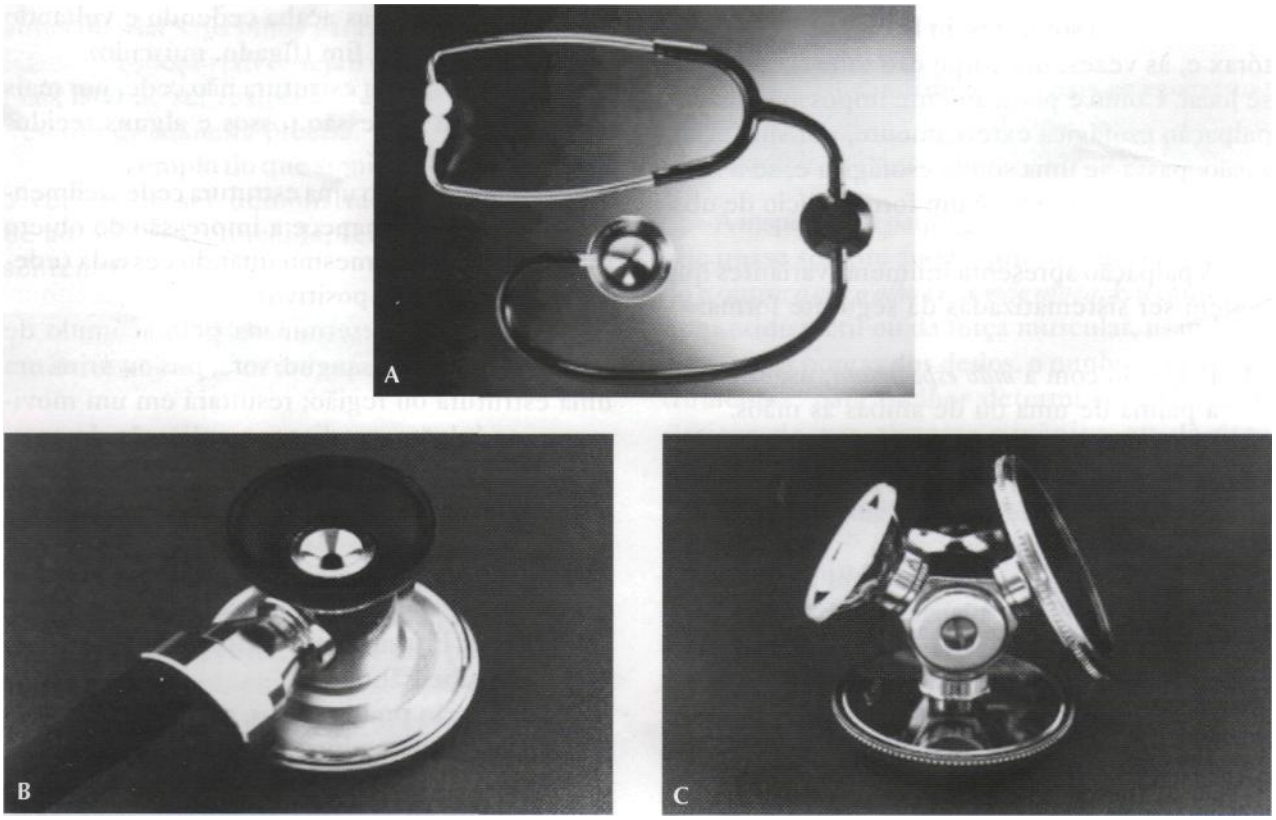


Figura 1.2 - Ilustração de diferentes modelos de estetoscópios; (A) aparelho de ausculta com amplificador e filtrador de ruídos; (B) esteto-fonendoscópio do tipo Sprague, de manguito duplo; (C) peça de ausculta tripla, com um cone e dois diafragmas.

do a dificuldade de manter-se um contato íntimo com animais irrequietos e de excluir os sons provenientes do meio externo, além de a pele do animal estar úmida c conter restos de fezes ou secreções cutâneas, entre outras.

Indireta *ou mediata.* Quando se utilizam aparelhos de ausculta (estetoscópio, fonendoscópio, Doppler).

Apesar da auscultação ser realizada diretamente, normalmente ela é feita de maneira indireta, valendo-se de instrumentos. O fonendoscópio é um dos instrumentos mais conhecidos e consiste de um aparelho dotado de uma membrana em uma das extremidades, que permite uma ausculta difusa e intensa dos ruídos produzidos pelo órgão examinado. Comumente esse instrumento é chamado de maneira errónea de estetoscópio. A grande desvantagem da maior sensibilidade produzida por essa membrana ou diafragma é a interferência dos sons produzidos pela fricção entre ele e a pele do animal e a captação de ruídos de outros órgãos ou do meio externo. O estetoscópio possui cones para se auscultar. Os cones, também denominados de peças de Ford, são adequados para a ausculta de ruídos graves, ou seja, os de baixa frequência, tais como alguns sopros e bulhas cardíacas; ao passo que os fonendoscópios possuem diafragmas - também denominados de peças de Bowles, os quais são ideais para se auscultar ruídos de alta frequência, ou seja, os agudos. Portanto, esses são mais comumente utilizados, haja vista que a maioria dos ruídos passíveis de ausculta e de alta frequência. Vale aqui ressaltar a importância de, ao se utilizar os cones, não pressionar o estetoscópio em demasia contra a pele do animal, pois com isso estaremos distendendo a mesma, tornando-a semelhante a um diafragma, dificultando, portanto, a ausculta de ruídos de baixa frequência. Além disso, devemos sempre realizar a ausculta cardíaca mediante o uso de ambos: o diafragma e o cone; assim, poder-se-á obter um maior número de informações na ausculta.

Anualmente, muitos instrumentos são providos simultaneamente dos dois tipos de extremidades (esteto/fonendo). Existem algumas regras básicas que devem ser obedecidas para melhor avaliação dos ruídos produzidos no interior dos mais variados órgãos, a saber:

1. Utilize um aparelho de ausculta de boa qualidade.
2. Ausculte em um ambiente tranquilo, livre de ruídos acessórios.
3. Detenha a sua atenção no ruído que está ou vindo. Procure individualizá-lo, para melhor concluir quanto a sua origem, tempo que ocor re e características sonoras.
4. Evite acidentes. Só ausculte quando o ani mal estiver adequadamente contido.

Tipos de Ruídos Detectados na Ausculta

Aéreos. Ocorrem pela movimentação de massas gasosas (movimentos inspiratórios: passagem de ar pelas vias aéreas).

Hidroaéreos. Causados pela movimentação de massas gasosas em um meio líquido (borborigmo intestinal).

Líquidos. Produzidos pela movimentação de massas líquidas em uma estrutura (sopro anêmico).

Sólidos. Deve-se ao atrito de duas superfícies sólidas rugosas, como o esfregar de duas folhas de papel (roce pericárdico nas pericardites).

•

Percussão

"Si venerem manu percusseris, abdómen resonat" (se a mão percutir o ventre o abdome ressoa).

Areteo de Capadócia

Ê o ato ou efeito de percutir.\É um método físico de exame em que, através de pequenos golpes ou batidas, aplicados a determinada parte do corpo, torna-se possível obter informações sobre a condição dos tecidos adjacentes e, mais particularmente, das porções mais profundas» O valor do método consiste na percepção das vibrações no ponto de impacto, produzindo sons audíveis, com intensidade ou tons variáveis quando refletidos de volta, devido às diferenças na densidade dos tecidos. A percussão acústica permite a avaliação de tecidos localizados aproximadamente a 7 centímetros de profundidade e pode detectar lesões igual ou maiores que 5 centímetros. O princípio da percussão remonta dos antigos, quando era usado para se verificar o nível do líquido em pipas de vinho e também pelos tocadores de garrafas. A percussão foi incorporada à prática médica no final do século XVIII graças aos trabalhos de Auenbrugger, na Áustria, e de Covisart, na França, revolucionando os meios de diagnósticos até então disponíveis.

Existem dois objetivos básicos para a utilização da percussão:

1. Fazer observações com relação à delimitação topográfica dos órgãos.
2. Fazer comparações entre as mais variadas respostas sonoras obtidas.

A técnica da percussão sofreu uma série de variações, ao longo do tempo, tanto na medicina humana como na veterinária e, hoje, utiliza-se, basicamente, a percussão dígito-digital, martelo-pleximétrica e, em alguns casos, a punho-percussão e a percussão digital ou direta.

Quando se percute diretamente com os dedos de uma das mãos a área a ser examinada, denomina-se percussão *direta* ou *imediata*, sendo mais comumente conhecida a percussão digital. Para tal, o dedo permanece fletido na tentativa de imitar a forma de um martelo. Entretanto, quando se interpõe o dedo de uma mão (médio) ou algum outro instrumento (plexímetro), entre a área a ser percutida e o objeto percutor (martelo e/ou dedo), a percussão é descrita como sendo *indireta* ou *mediata*, onde se destacam a percussão dígito-digital e a martelo-pleximctrica (Figs. 1.3, 1.4 e 1.6).

Para realizarmos a percussão dígito-digital, deve-se golpear a segunda falange do dedo médio de uma mão estendido, com a porção ungueal do dedo médio da outra mão, agora encurvado. Na percussão martelo-pleximétrica, golpeamos com um martelo o plexímetro colocado na área a ser examinada. Com esse método, conseguimos uma percussão mais profunda; indicado para grandes animais. Podemos utilizar o martelo ou o punho para provocar uma resposta dolorosa em bovinos, utilizando, para isso, um martelo apropriado ou a mão fechada. Por meio desse método, examina-se principalmente a região abdominal de bovinos (rcticulites), evitando percutir sobre as costelas ou grandes veias subcutâneas pelo risco de ocorrência de fraturas e/ou hematomas.

A percussão dígito-digital é a mais adequada, pois há menor interferência dos sons na batida de um dedo sobre o outro (Fig. 1.3). Entretanto, é de pouca penetração e seu uso é mais indicado em animais de pequeno porte. O valor diagnóstico da percussão em grandes animais é limitado devido ao grande tamanho dos órgãos internos e à espessura dos tecidos que os revestem (músculos, gordura subcutânea), por exemplo. A camada de gordura subcutânea, no suíno, e o revestimento lanoso, nos ovinos, tornam a aplicação da percussão quase impraticável nessas espécies. As seguintes regras gerais devem ser obedecidas para a realização da percussão:

- Deve-se praticar várias vezes e familiarizar-se com os instrumentos e os sons obtidos.
- É recomendável se percutir em ambiente si lencioso.
- É aconselhável evitar percutir animais que estejam em decúbito lateral. Sempre que pos sível, colocá-los em posição quadrupedal, para melhor posicionamento dos órgãos nas res pectivas cavidades. Isso, porém, nem sem pre é possível.
- Deve-se fazer pressão moderada com o ple xímetro ou com o dedo contra a superfície corporal, caso contrário, haverá um espaço va zio entre o plexímetro ou o dedo do exami nador e a pele do animal, o que resultará, quan do se bater com o martelo ou o dedo, em res postas sonoras inadequadas; o dedo-plexímetro (médio) é o único a tocar a região que está sendo examinada. Os outros dedos e a palma da mão devem ficar suspensos, rentes à su perfície. A mão não deve repousar sobre a superfície, sob o risco de alentecer as vibra ções sonoras, deixando-as abafadas. As mes mas considerações servem para o dedo ou o martelo percutor.
- O cabo do martelo deve ser seguro em sua metade, com certa firmeza, utilizando-se, para isso, os dedos polegar, indicador e médio, mantendo-o, de preferência, em um nível mais elevado que o plexímetro. Os movimentos conferidos ao martelo devem ser originados exclusivamente do punho, o qual proporcio nará batidas rítmicas e precisas.
- O ritmo deve ser constante; no entanto, dois golpes, um mais forte e outro mais fraco, de vem ser originados, para que se tenha respostas sonoras tanto dos tecidos localizados mais pro fundamente como dos situados mais superfi cialmente. A percussão deve ser feita quan do o plexímetro ou o dedo estiver posicionado e parado na região que se deseja avaliar.
- A percussão não deve se limitar a um único ponto ou a pontos distintos, mas deve com preender toda a área em questão. Não existe um número máximo de batidas a ser reali zado em cada um deles. É recomendável que se mude a posição do plexímetro ou do dedo quando não houver mais dúvidas sobre as características sonoras da área

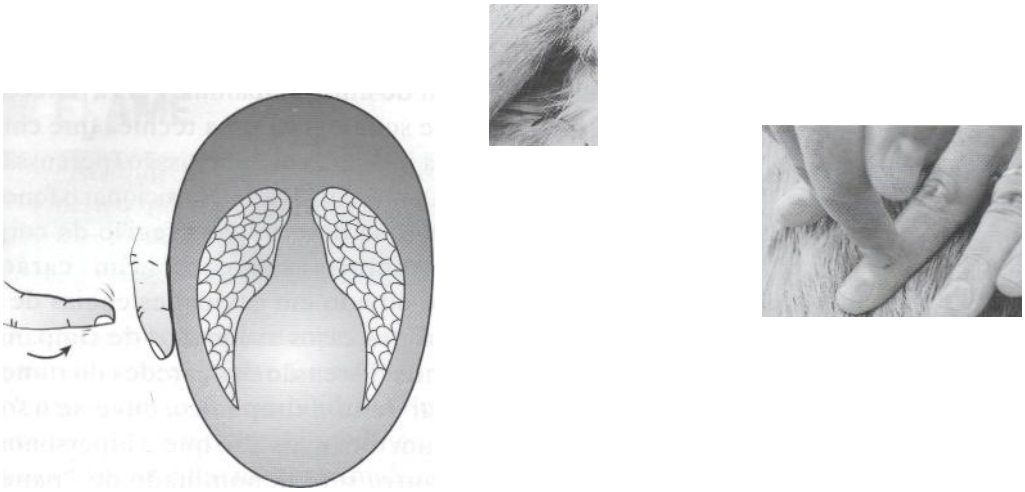


Figura 1.3 - Posicionamento correio dos dedos para a percussão dígito-digilal (simulação da região de campo pulmonar).

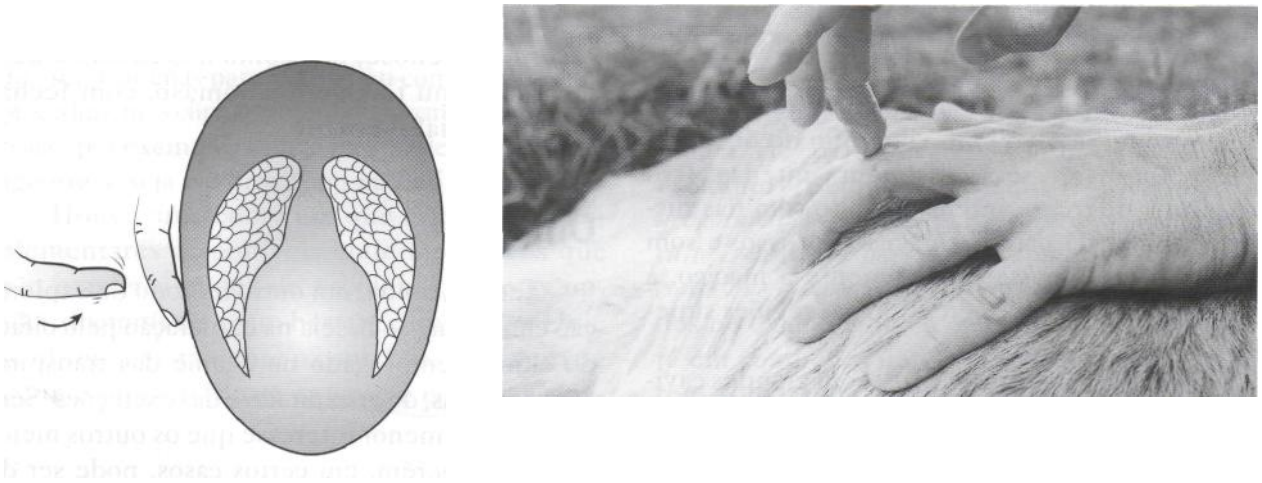


Figura 1.4 - Posicionamento incorreto para a percussão dígito-digilal pelo conlalo incompleto do dedo médio com a superfície corpórea (nolar espaço existente enlre o dedo e a superfície).

Figura 1.5 - Posicionamento inadequado do martelo à percurssão. Martelo deve permanecer perpendicular ao plexímelro.

Percussão martelo-pleximétrica:
Examinador posiciona-se do mesmo lado da região a ser percutida.
Percussão dígito-digital:
Examinador posiciona-se ao lado oposto da estrutura a ser examinada.

percutida. Deve-se direcionar o plexímetro ou o dedo sempre em sentido craniocaudal e dorsoventral, exceto na percussão da região cardíaca.

Através da percussão, pode-se obter três tipos fundamentais de som:

Claro. Se o órgão percutido contiver ar que possa se movimentar, produz um som de média intensidade, duração *e* ressonância, que é o som claro, o mesmo que se ouve ao percutir o pulmão sadio. É produzido também por gases e paredes distendidas. Quanto menos espessos forem os tecidos que cobrem o órgão percutido, maior será a zona vibratória do mesmo e, portanto, mais alto será o som. Se o volume vibratório do órgão for pequeno, o som será igualmente intenso. Isso explica a diferente intensidade do som das distintas zonas da parede torácica. Por isso, o som claro do tórax passa gradualmente a maciço, à proporção que vai se percutindo as regiões superior e anterior do tórax.

Timpânico. Os órgãos ocos, com grandes cavidades repletas de ar ou gás e com as paredes semidistendidas, produzem um som de maior intensidade e ressonância, que varia segundo a pressão do ar ou gás contido, como se fosse um tambor a percutir. É o som que se ouve quando se percute o abdome.

Maciço. As regiões compactas, desprovidas completamente de ar, produzem um som de pouca ressonância, curta duração e fraca intensidade, chamado de mate ou maciço, idêntico ao que se obtém percutindo-se a musculatura da coxa. Pode ser ouvido também na região hepática e cardíaca. Além desses sons fundamentais, não é raro obter, em algumas situações, os sons intermediários. Entre o claro e o timpânico tem-se o hipersonoro e entre o claro e o maciço obtém-se o submaciço, como mostrado no Quadro 1.2.

Sons *Especiais*

Algumas vezes, as respostas sonoras, à percussão, adquirem ressonâncias especiais, como é o caso do som metálico, semelhante ao ruído de uma placa metálica vibrante, de eco, parecido com o tinir de uma campainha. Para a detecção desse tipo de som, existe uma técnica que combina ausculta indireta com percussão (percussão-auscultatória), que consiste em posicionar o fonendoscópio em uma determinada região do corpo e percutir simultaneamente. Em caráter patológico, é ouvido em cavidades cheias de ar ou gás, como nos casos avançados de timpanismo com grande distensão das paredes do rúmen, pois, em lugar do som timpânico, ouve-se o som metálico. E um tom mais alto que o hipersonoro. Existe um outro som denominado de "panela rachada" porque o tipo de resposta sonora lembra o percutir de uma panela de barro rachada. Essa resposta sonora é resultante da saída do ar ou gás contida em uma determinada cavidade, sob pressão, através de pequenos orifícios, como pode ser verificado em alguns casos de estenose, tais como nos casos de deslocamento ou torção do abomaso, com fechamento parcial do piloro.

Olfação

Tem-se, ainda, um outro método de exploração clínica que se baseia na exploração pelo olfato do clínico, empregado no exame das transpirações cutâneas, do ar expirado e das excreções. Sem dúvida é de menor interesse que os outros meios já citados, porém, em certos casos, pode ser de grande ajuda no encaminhamento do diagnóstico. Por exemplo, as vacas com acetonemia eliminam um odor que lembra o de acetona; hálito com odor urêmico aparece em doentes em uremia; a halitose é um odor desagradável que pode ser determinado por diferentes causas (cáries dentárias, tártaro, afecções periodontais, presença de corpos estranhos na cavidade oral e esôfago, infecções de vias aéreas, alterações metabólicas c algumas afecções do sistema digestório). O odor das fezes de cães com gastrenterite hemorrágica e das secreções de cães com hipertrofia da glândula *adanal* são *suigeneris* e inesquecíveis. A técnica de olfação é simples, bastando, para isso, uma aproximação razoável da área do animal a ser examinada. Quando se trata de analisar o odor do ar expirado, aproxima-se a mão, em forma de concha, das fossas nasais do animal e desvia-se o ar expirado para o nariz do examinador, individualizando-o.

MÉTODOS COMPLEMENTARES DE EXAME

"Atribuir a aparelhos o sucesso da clínica é o mesmo que atribuir a arte de Picasso à marca dos seus pincéis."

Luiz Roberto Londres (Cardiologista — RJ)

"

Os exames complementares, quando realizados posteriormente ao exame físico do animal, aumentam acentuadamentc as possibilidades de se identificar com precisão e rapidez as modificações orgânicas provocadas por diferentes enfermidades. Entretanto, à medida que os mesmos evoluem, tanto em qualidade quanto em quantidade, torna-se necessário saber qual(is) exame(s) solicitar para cada caso específico, tendo em vista seu elevado custo e a capacidade individual de se interpretar seus resultados de forma consciente e crítica. É importante ressaltar que o exame subsidiário, como o próprio nome diz, serve apenas para auxiliar ou complementar os procedimentos clínicos anteriores (anamnese e exame físico, por exemplo), com o intuito de chegar ao diagnóstico, seja ele provisório ou definitivo.

Houve uma época em que os exames complementares disponíveis eram tão poucos que não existia o poder de escolha, já que as opções disponíveis eram bastante limitadas. Hoje se observa justamente o contrário: o número de exames subsidiários é enorme e continua a aumentar. Esse fato passou a exigir do médico veterinário maior capacidade de optar, dentro do possível, pelo(s) exame(s) mais conveniente(s). Se, por um lado, tais exames melhoraram, e muito, o poder de chegar, com precisão e rapidez, ao diagnóstico, por outro, favoreceram o crescimento de um número considerável de profissionais que se utilizam exclusivamente de tais exames com essa finalidade. Os aparelhos, que deveriam ser coadjuvantes, roubaram e continuam ocupando, quer queira quer não, a cena principal. É preciso, entretanto, não esquecer que a parte mais importante da atividade médica continua sendo o exame clínico, constituído, basicamente, pela anamnese e pelo exame físico. Talvez se possa dizer que os exames complementares dão apoio substancial, mas quem confere o equilíbrio e a sustentação à estrutura diagnostica é, sem dúvida, o exame físico. Quando uma consulta (anamnese e exame físico) c bem realizada, o diagnóstico correto é atingido em cerca de 90% dos casos. Há uma frase atribuída a Maimônides (Médico espanhol — Século XII) que diz: *"uma consulta deve durar uma hora. Por cinquenta minutos ausculte a alma do paciente. Nos outros dez, faça de conta que o examina"*. Somente com dados obtidos no exame físico o médico veterinário estará em condições de selecionar os exames a serem solicitados, a fim de não submeter o paciente a exames desnecessários, dispendiosos e nem sempre destituídos de risco. De maneira geral, as principais razões para a realização dos exames complementares são:

- Confirmar a presença ou a causa da doença.
- Avaliar a severidade do processo mórbido.
- Determinar a evolução de uma doença es pecífica.
- Verificar a eficácia de um determinado trata mento.

Quadro 1.1 - Principais causas de erros no exame físico.

1. Pobre organização da sequência de exame.
2. Ausência ou utilização de equipamento defeituoso.
3. Técnica manual incorreta.
4. Uso inadequado do equipamento.
5. Abordagem imprópria do paciente (estresse).
6. Considerar um achado fisiológico como anormal ou vice-versa.

Quadro 1.2 - Fusão dos sons.

Timpânico	Hipersonoro	É encontrado quando se percute áreas repletas de ar ou gás e cujas paredes estejam distendidas. É observado, por exemplo, nos casos de pneumotórax, fases iniciais de timpanismo gasoso, etc.
Claro	Submaciço	Quando a onda percutora atinge uma área com ar no seu interior, estando sobreposta ou sobrepondo uma região sólida, compacta. E observado com facilidade na percussão nos limites entre vísceras maciças e ar. Por exemplo, porção do fígado, onde o rebordo pulmonar "repousa".
Maciço		

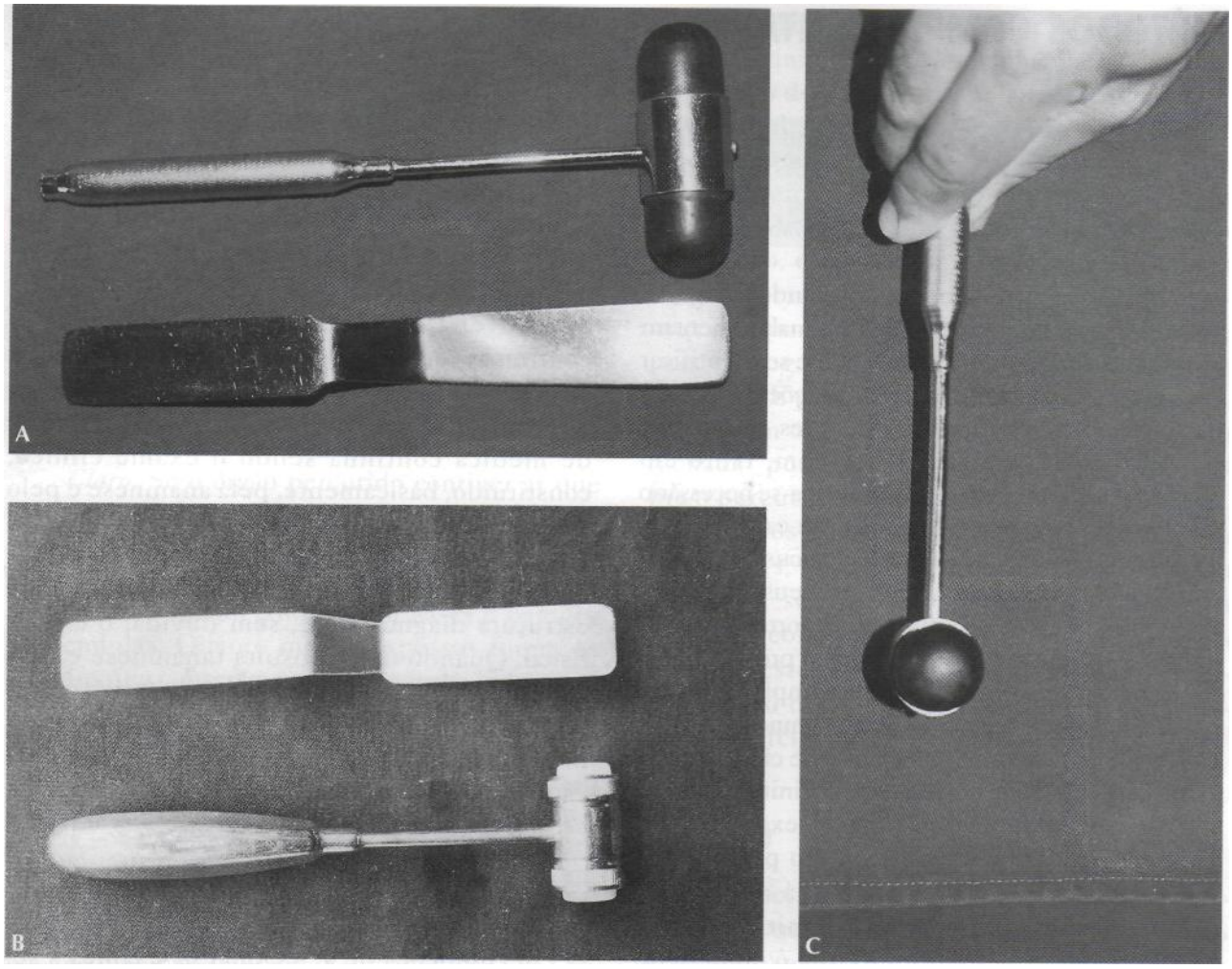


Figura 1.6 - (A) e (B), modelos de martelo e plexímetro utilizados na percussão de grandes animais; (C), posicionamento dos dedos polegar, indicador e médio para fixação do cabo do martelo.

Atualmente, vários exames estão disponíveis para o auxílio-diagnóstico, dentre os quais destacam-se os descritos a seguir.

Punção (Centese) Exploratória

Consiste na exploração de órgãos ou cavidades internas, através da passagem de um trocarte, agulha, cânula e similar, dos quais é retirado material para ser examinado com relação aos seus aspectos físico, químico, citológico e bacteriológico. Com esse procedimento pode-se inferir, dependendo do material obtido, sobre hematoma, abscesso c derrame cavitário. A centese, antigamente, constituía o último recurso utilizado pelo clínico para o diagnóstico, uma vez que oferecia algum perigo para a saúde do animal, principalmente quando não se tomavam os cuidados adequados de assepsia. Atualmente, quando *realizada* de forma cuidadosa, é utilizada como procedimento de rotina, sem *trazer* maiores complicações ao animal.

Biópsia

Consiste na colheita de pequenos fragmentos teciduais de órgãos como os pulmões, fígado, rins, entre outros, para a realização de exame histopatológico. Os principais objetivos da biópsia são:

I. Diferenciar entre as causas de organomegalia envolvendo os nódulos linfáticos, baço, fígado, rins, próstata, glândulas mamarias e outros órgãos.

II. Diferenciar entre inflamação, hiperplasia e neoplasia como causa de tumores de pele, tumores subcutâneos e outros tumores acessíveis.
III. Diferenciar neoplasias malignas de benignas com propósitos de diagnóstico e de planeja mento terapêutico.
IV. Auxiliar na confirmação do diagnóstico de uma dermatopatia.

Exames Laboratoriais

Nos últimos anos, tem-se observado um considerável aumento no número de testes laboratoriais. Os procedimentos laboratoriais incluem os exames físico-químicos, hematológicos, bacteriológicos, parasitológicos e determinações enzimáticas.

Inoculações Diagnosticas

Suspeitando-se de uma determinada enfermidade, inocula-se o material proveniente do animal doente em animais de laboratório, para verificar o aparecimento da doença. Isso requer técnica especial para cada um dos processos suspeitos (para diagnosticar botulismo, inocula-se em camundongos, por via intraperitoneal, extrato hepático, conteúdo do rúmen, conteúdo intestinal ou soro sanguíneo).

Reações Alérgicas

São exames que provocam respostas sensíveis nos animais, mediante a inoculação em seus tecidos, de algum antígeno sob a forma de uma proteína derivada de microorganismos específicos que estejam ou tenham infectado o animal (testes da tuberculina).

Outros exames complementares mais específicos (eletrocardiografia, cletroneuromiografia, etc.) serão abordados nos capítulos pertinentes.

PLANO GERAL DE EXAME CLÍNICO

É importante que todo clínico tenha, bem definida, sua própria sequência de exame e, sistematicamente, bem realizada em todos os animais, independentemente de sua enfermidade, para que dados relevantes ao caso não sejam esquecidos. Naturalmente, essa sequência é bastante particular e o que se apresenta aqui é apenas uma sugestão. Deve-se, em primeiro lugar, diferenciar o exame clínico do exame físico. O exame clínico reúne todas as informações necessárias para o estabelecimento do diagnóstico, enquanto o exame físico é uma parte do exame clínico do animal, resumindo-se à colheita dos sintomas e dos sinais por métodos físicos de exame, tais como inspeção, palpação, percussão, auscultação c olfação. O exame clínico é constituído basicamente dos seguintes procedimentos:

1. Identificação do animal ou dos animais (re senha).
2. Investigação da história do animal (anamnese).
3. Exame Físico:
   - *Geral:* avaliação do estado geral do animal (atitude, comportamento, estado nutricional, estado de hidratação, coloração de mucosas, exame de linfonodos, etc.) pa râmetros vitais (frequência cardíaca, fre quência respiratória, temperatura, movi mentos ruminais e/ou cecais);
   - *Especial:* exame físico direcionado ao(s) sistema(s) envolvido(s).
4. Solicitação e interpretação dos exames sub sidiários (caso necessário).
5. Diagnóstico e prognóstico.
6. Tratamento (resolução do problema).

Os procedimentos gerais incluem a identificação do animal, a realização da entrevista com o proprietário ou pessoas afins e, também, o primeiro estágio do exame físico que se conhece, comumente, como exame preliminar. O exame preliminar ou geral precede o exame detalhado e completo de um determinado sistema do corpo. É de fundamental importância avaliar o animal como um todo, já que, muitas vezes, uma determinada enfermidade pode culminar no comprometimento de outro(s) órgão(s) ou sistema(s), além de ser de grande utilidade para que se vislumbre o fator primário responsável pelo início do aparecimento dos sintomas. A importância do exame geral preliminar pode ser ilustrada no exemplo a seguir: *Uma vaca é encontrada no período da tarde deprimida, com marcado aumento da frequência respiratória, temperatura corporal elevada e ausência de apetite. Se, erroneamente, nesse momento, pararmos de examinar o animal, é de se pensar em um pró-*

cesso respiratório ou digestório. Entretanto, se fosse feito um exame físico geral criterioso observar-se-ia, com certa facilidade, uma alteração no formato do úbere dessa vaca, com os sinais cardinais do processo inflamatório presentes (aumento de volume, dor, calor, rubor e perda da função). As suspeitas iniciais seriam, então, excluídas. Se o exame se baseasse exclusivamente nos dados iniciais não se chegaria, nessa fase do exame, a um provável diagnóstico de mastite.

Glossário Semiológico

Mastite: Processo inflamatório da glândula mamaria.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (RESENHA)

De maneira geral é importante considerarmos espécie, raça, sexo e idade.

Em alguns casos é conveniente sabermos a coloração da pelagem do animal, já que animais de pelagem escura são mais resistentes aos raios solares, ao passo que os de pelagem clara, ou que apresentem áreas despigmcntadas são mais suscetíveis ao aparecimento de lesões de pele causadas pelos raios do sol. A existência de marcas (tatuagens), que possam ser descritas em algum documento, tais como atestados de vacinação, protocolo de importação, apólices de seguro, também devem ser averiguadas. Os pontos mais importantes que podem ser exaltados dentro de cada um desses aspectos são:

Espécie. A suscetibilidade de uma espécie varia consideravelmente em relação às doenças infecciosas e/ou parasitárias e ao comprometimento de determinados sistemas ou órgãos. Por exemplo, os equinos são suscetíveis à anemia infecciosa equina e ao garrotilho, ao passo que os bovinos não o são. Em compensação, os bovinos são acometidos por leucose c carbúnculo sintomático, os equinos não. Nas espécies domésticas de pequeno porte, somente os cães podem adquirir cinomose e hepatite infecciosa canina, ao passo que só os gatos são suscetíveis a peritonite infecciosa felina e à leucemia felina. Por outro lado, todos os animais desenvolvem raiva, mas a incidência varia nas diferentes espécies. O comprometimento do sistema digestório nos equinos, por exemplo, pelo desenvolvimento de peritonite, representa um sério risco às suas vidas, ao passo que em bovinos, não é tão grave. A mamite é mais" comum nos bovinos, ao passo que, nas outras espécies, não ocorre com grande frequência.

Raça. De maneira geral, as raças mais puras são mais suscetíveis a doenças. As raças mistas ou os animais sem raça definida (SRD) são animais de extrema rusticidade e geralmente reagem favoravelmente, quando devidamente diagnosticados e tratados. Em bovinos, a raça é de fundamental importância para se averiguar a finalidade ou o objetivo da criação, já que existem algumas enfermidades que ocorrem dependendo do tipo de exploração realizada. Com isso, vacas produtoras de leite são mais propensas a doenças metabólicas como hipocalcemia e acetonemia, entre outras. Para outras espécies, a raça também pode ser de valor. Os cavalos de corrida são mais suscetíveis a cardiopatias c aos processos respiratórios, os de tração e salto apresentam, com certa frequência, problemas no sistema locomotor. Em cães, algumas raças como o boxcr e o cocker spanicl, apresentam predisposição ao desenvolvimento de miocardiopatias.

Sexo. É evidente que existem certas doenças que acometem somente indivíduos de um mesmo sexo. Alguns processos febris em fêmeas ocorrem devido ao envolvimento do úbere ou do útero; os adenocarcinomas mamários são mais frequentes em fêmeas que em machos; existem distúrbios hormonais diretamente relacionados a hormônios sexuais, tais como o hipoestrogenismo em cadelas. Por outro lado, hérnias escrotais são frequentes em animais machos, sendo a maioria dos problemas de estrangulamento observada em garanhões.

Idade. Várias doenças ocorrem com maior frequência em uma determinada faixa etária. E o caso dos problemas umbilicais em animais recém-nascidos, da verminose-e da parvovirose em cães jovens. Já as endocardioses adquiridas costumam acometer os animais de meia-idade ou velhos. A idade para o prognóstico é de grande valor, pois os animais mais velhos geralmente tem um prognóstico mais reservado quando comparados aos animais jovens.

É importante saber, quando possível, o peso do animal, o que é de grande valia para o cálculo da dose do medicamento a ser utilizado e também pode ser um parâmetro para indicar se está havendo emagrecimento associado à enfermidade. A origem do animal também deve ser determinada, uma vez que algumas enfermidades são mais comuns em determinadas regiões, tais como enfermidades infecciosas (raiva), enfermidades pá-

ou conflitante (quando, por exemplo, duas pessoas participam da entrevista), outras perguntas com palavras diferentes podem ser realizadas, procurando, com isso, elucidá-la da melhor forma possível.

Muitas vezes, a aparência do entrevistador influencia a eficácia da anamnese, já que profissionais que se apresentam mal vestidos, com unhas grandes e sujas, barba por fazer, passarão uma impressão de descuido, incompetência e irresponsabilidade. A utilização de jalecos, roupas e sapatos limpos e/ou brancos, além da inquestionável imagem de asseio, transmite uma sensação de confiança e de respeitabilidade para os proprietários.

O proprietário deve sempre ser tratado com respeito e cordialidade. Em algumas ocasiões, principalmente quando o prognóstico do animal é reservado ou quando ocorre óbito, a abordagem do proprietário deve ser feita de maneira cuidadosa. Lembre-se de que a função primordial do médico veterinário não é se defender. É defender o paciente. Contudo, deve-se relatar todos os procedimentos e etapas a que o animal foi ou estará sendo submetido, deixando claro, em caso de desfecho fatal que, efetivamente, todo o possível foi feito para salvar a vida do animal.

Não existem regras mágicas ou mirabolantes para a realização de uma boa entrevista, mas é possível se basear na regra das vogais, de grande utilidade para ser lembrada na condução de uma entrevista:

Atenção. Ouça atenciosamente a história; não despreze inicialmente os detalhes.

Estimulação. Estimule o proprietário a falar tudo sobre o caso, separando os dados relevantes dos inaproveitáveis. Selecione, agora, as informações.

Inquisição. Inquira, tanto quanto necessário, sobre os fatos que não ficaram claros ou foram esquecidos.

Observação. Observe se as informações obtidas são ou não confiáveis, levando-se em conta a aparência geral do animal e o comportamento do proprietário. Não hesite em repetir a mesma pergunta utilizando-se de outras palavras para confirmar a informação.

União. Agrupe os dados de importância e verifique se a história tem início, meio e fim.

Formato da História

Repetindo: a anamnese deve ser metódica e seguir sempre a mesma sequência, para não omitir informações importantes. O entrevistador deve prosseguir por essas principais seçoes em uma sequência lógica e direcionar as suas perguntas para cada área cm questão. O formato da história ou da anamnese é o seguinte:

ir
i a) Fonte e confiabilidade;
b) Queixa principal;
c) História médica recente (HMR);
d) Comportamento dos órgãos (revisão dos sistemas);
e) História médica pregressa (HMP);
f) História ambiental e de manejo;
g) História familiar ou do rebanho.

FONTE E CONFIABILIDADE

A fonte geralmente é o proprietário. Se outras pessoas afins (filho, vizinho, tratador, sogra, etc.) fornecem a entrevista, os seus nomes e a relação dos mesmos com o animal devem ser anotados na ficha de exame. A confiabilidade da entrevista merece, em tais casos, ser checada, procurando-se confrontar as informações obtidas com as fornecidas pelo verdadeiro responsável.

QUEIXA PRINCIPAL

É definida como a manifestação imediata da doença do animal que fez com que o proprietário procurasse atendimento veterinário. Em poucas palavras, registra-se a queixa principal que levou o proprietário a procurar o veterinário, repetindo, se possível, quando não utilizadas palavras ou termos de baixo calão, as expressões por ele utilizadas (o animal tem coceira, e não prurido). Recomenda-se, nos casos de utilização de termos peculiares de uma determinada região ou inerentes ao indivíduo, a descrição - entre parênteses - do verdadeiro significado do(s) termo(s) em questão, adotando-se, preferencialmente, termos técnicos de fácil entendimento (o cachorro está obrando sangue: notar que é um termo dúbio e que, dependendo da região do país, pode caracterizar hematoquezia - fezes com sangue, ou hematúria - urina com presença de hemácias)*»A queixa principal, porém, nem sempre expressa o principal distúrbio que o paciente apresenta. Não é recomendável aceitar, na medida do possível, "rótulos diagnósticos" referidos à guisa da queixa principal. Assim, se o proprietário disser que o animal está triste, procurar-sc-á esclarecer o sintoma que ficou subentendido sob uma ou outra

Quadro 1.3 - Princípios básicos para a obtenção da anamnese.

- Motivação para ouvir o proprietário (consciência da importância da anamnese).
- Evitar interrupções e/ou distrações.
- Dispor de tempo para ouvir o proprietário.
- Não desvalorizar precocemente as informações.
- Não se deixar levar pela suspeita do proprietário.
- Não demonstrar sentimentos desfavoráveis (tristeza, impaciência, desprezo).
- Saber interrogar o proprietário.
- Possuir conhecimentos teóricos sobre as enfermi dades (fisiopatologia, terapêutica).

Quadro 1.4 - Possibilidades e objetivos dê anamnese.

- Estabelecer condições para a relação veterinário/ proprietário.
- Conhecer a história clínica e conhecer os fatores ambientais relacionados com o paciente.
- Estabelecer os aspectos do exame físico que mere cem maior atenção.
- Definir a estratégia a ser seguida em cada paciente quanto aos exames complementares.
- Escolher procedimento(s) terapêuticos(s) mais adequado(s) em função do(s) diagnóstico(s) e do conhecimento global do estado do animal.

denominação. É um verdadeiro risco tomar ao pé da letra os supostos diagnósticos dos proprietários. Por comodidade, pressa ou ignorância, o veterinário pode ser induzido a aceitar, dando ares científicos às conclusões diagnosticas feitas pelos mesmos. É comum o proprietário fornecer dados irrelevantes ao caso, cabendo ao examinador selecionar as informações obtidas. No momento em que o veterinário começar a conduzir as perguntas, é conveniente anotar na ficha do animal termos técnicos e, não mais, o vocabulário do proprietário, como foi feito na queixa principal.

HISTÓRICO MÉDICO RECENTE

O histórico médico atual refere-se a alterações recentes na saúde do animal que levaram o proprietário a procurar auxílio médico. Descreve, com maiores detalhes, a informação relevante para a queixa principal. Deve responder a três perguntas básicas: *o que, quando e como!*

Quanto mais informações se souber sobre as alterações e o animal, maiores as possibilidades de diagnóstico. A cronologia é a estrutura mais prática para se organizar o histórico, já que propicia a compreensão dos eventos que ocorreram desde o início até o momento atual da doença. Algumas histórias são simples e curtas, facilmente dispostas em ordem cronológica, cuja relação aparece sem dificuldade. Outras, porém, são longas, complexas e compostas de inúmeros sintomas, cujas inter-relações não são fáceis de serem determinadas. Na maioria das vezes, torna-se difícil evidenciar o momento exato em que apareceu o primeiro sintoma ou o sintoma precursor do quadro clínico, principalmente quando envolve animais de rebanho, já que a observação diária por parte do proprietário ou do tratador é, até certo ponto, superficial, sendo essa uma das muitas dificuldades existentes na realização da anamnese. Como orientação geral, o estudante deve escolher o sintoma-guia, a queixa de mais longa duração ou o sintoma mais observado pelo proprietário. Para a grande parte desses casos, algumas regras podem ser úteis:

1. Determine, se possível, o sintoma-guia.
2. Determine a época do seu início.
3. Use o sintoma-guia como fio condutor da história e tente estabelecer as relações com outros sintomas.
4. Determine a situação do sintoma-guia no momento atual: evoluiu/estagnou?
5. Verifique se a história obtida segue urna se quência lógica.

Designa-se como sintoma-guia o sintoma ou sinal que permite recompor a história da doença atual com mais facilidade e precisão, o que não significa que haja sempre um único e constante sintoma-guia para cada enfermidade. O sintoma-guia não é, necessariamente, o mais antigo nem, obrigatoriamente, a primeira queixa do proprietário ou o sintoma mais realçado pelo mesmo. Contudo, esses fatores não devem, em hipótese nenhuma, ser desprezados.

O início do sintoma deve ser caracterizado primeiro com relação à época, se possível, registrando-se o dia, a semana ou o mês. A pergunta padrão pode ser: *"Quando o(a) senhoria) começou a observar isso?"*. O modo de início - gradativo ou súbito — também é importante. A duração ficará estabelecida conforme a época do início do sintoma. O mesmo é sazonal? (aparece em determina-

das épocas do ano; cães que apresentam dermatopatias alérgicas sempre nos meses de verão). A relação com outros sintomas é procurada partindo-se de probabilidades mais frcqiientes, quase sempre se levando em conta as relações anatómicas ou funcionais. Por exemplo, se a queixa for secreção nasal, devc-se procurar relacioná-la com tosse, taquipncia, respiração ortopnéica, tipo respiratório e assim por diante. O passo seguinte consiste em investigar a maneira como evoluiu o sintoma, baseando-se no seu comportamento ao longo dos dias ou semanas e, também, no decorrer do dia, registrando-se as modificações ocorridas nas suas características (intensidade, frequência). A situação do sintoma no momento atual encerra a análise da queixa, possibilitando uma visão de conjunto desde o seu início.

Nessa fase da arguição, portanto, alguns pontos devem ser abordados, tais como a localização, o início e a duração, a frequência e a gravidade, os problemas associados e a progressão da doença, como mostra o exemplo a seguir:

Um rottweiler, com três meses de idade, foi levado pelo proprietário (fonte e confiabilidade) por desenvolver diarreia (queixa principal: sintoma-guia e provável localização: sistema digestório). O problema teve início há três dias (início) e persiste até o momento (duração). A diarreia ocorre várias vezes ao dia (frequência) e apresenta sangue nas fezes em grande quantidade (gravidade). Começou a demonstrar anorexia, vomito, desidratação e febre há um dia (problemas associados) e o animal tem ficado cada vez mais apático desde então (evolução).

A medicação também deve ser questionada: *o animal já foi medicado? Por quem? O que foi dado? Qual a dosagem e intervalo? Por quanto tempo a medicação foi administrada?* (Muitas vezes o medicamento utilizado é adequado à enfermidade, mas a medicação foi dada em subdosagem, cm intervalos longos, ou por um período muito curto de tempo.) É bastante comum o proprietário suspender uma determinada medicação assim que os sintomas declinam, sem respeitar o tempo recomendado pelo veterinário. Mais comum ainda é o proprietário medicar o animal antes de procurar assistência veterinária.

COMPORTAMENTO DOS ÓRGÃOS

A revisão de sistemas, chamada também de interrogatório sintomatológico ou anamnese especial, resume, em termos de sistemas orgânicos, os muitos sintomas que podem ter sido negligenciados na história da doença atual, já que é bastante comum o proprietário não relatar um ou outro sintoma durante a aquisição da história da doença atual, por simples e puro esquecimento^A principal utilidade prática do interrogatório dos órgãos reside no fato de permitir o conhecimento de enfermidades que não apresentam relação com o quadro sintomatológico registrado na história médica recente.

É necessário, para se realizar uma boa anamnese especial, seguir um esquema rígido, constituído de um conjunto de perguntas que correspondam a todos os sintomas indicativos de alterações dos vários sistemas do organismo. Deve-se registrar todos os sintomas presentes, como também, aqueles negados pelo proprietário. A pesquisa sobre o estado funcional dos órgãos é feita adotando-se uma mesma sequência de arguição, independentemente da queixa principal do proprietário, ou então, questionando-se, inicialmente, o sistema supostamente envolvido e, posteriormente, os demais sistemas da sequência, para que nenhuma informação importante seja esquecida. A sequência recomendada é a seguinte: 1. Sistema Digestório; 2. Sistema Cardiorrespiratório; 3. Sistema Genitourinário; 4. Sistema Nervoso; 5. Sistema Locomotor; e 6. Pele e Anexos. As informações mais relevantes serão abordadas dentro dos sistemas correspondentes, servindo as questões seguintes apenas como exemplo de algumas perguntas que possam ser feitas.

Sistema digestório. O animal alimenta-se bem? Bebe água normalmente? Está defecando? Qual o tipo de fezes (duras, moles, pastosas, líquidas)? O animal apresenta vómito? Qual o aspecto do vómito? Horário em que aparece? Tem relação com a ingestão de alimentos? Tem alimentos não digeridos? Sangue?

Sistemacardiorrespiratório. O animal cansa fácil? Estava acostumado a correr e já não o faz mais? O animal tosse? Qual a frequência? E tosse seca ou com expectoração (produtiva)? É frequente? Piora à noite ou após exercício (alguns animais com problema cardíaco apresentam tosse seca que piora à noite em virtude do decúbito)? Qual o aspecto da expectoração (cor, odor, volume)? Elimina sangue pelas narinas? Observou edema ou inchaço em alguma parte do corpo (época que apareceu; evolução; região que predomina)? O animal lhe parece fraco?

Sistema genitourinário. O animal está urinando? Qual a frequência? Qual a coloração da urina? Qual o odor? Onde o animal urina aparecem formigas? Aparentemente o animal sente dor quando urina (posição à micção, gemidos, emissão lenta e vagarosa)? O animal já pariu alguma vez? O parto foi normal? Quando foi o último cio? Percebeu alguma secreção vaginal ou peniana? Qual o comportamento sexual dos reprodutores? Apresentam exposição peniana prolongada?

Sistema nervoso. Apresentou mudanças de comportamento (agressividade)? Apresentou convulsões? Apresenta dificuldade para andar? Tem dificuldade para subir escadas? Anda em círculos? Apresenta tropeços ou quedas quando caminha?

Sistema locomotor. O animal está mancando? De que membro? Observou pancadas ou coices?

Pele e anexos. O animal coça? Muito ou pouco? O prurido é intenso? Chega a se automutilar? Apresenta meneios de cabeça (otite)? Está apresentando queda de pêlos?

HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA

A história pregressa constitui a avaliação geral da saúde do animal, antes da ocorrência ou da manifestação da doença atual. De forma geral, inclui os seguintes aspectos:

- Estado geral de saúde.
- Doenças prévias.
- Cirurgias anteriores.
- Imunizações, vermifugações, etc.

Como uma introdução à história pregressa, o entrevistador pode perguntar: *Como era a saúde do animal antes de adoecer?* A informação resultante do questionamento de doença prévia pode ser valiosa. Em caso de ocorrência de doenças anteriores, perguntas referentes à faixa etária em que ocorreram, à percentagem de animais acometidos dentro do rebanho (morbidade), ao número de mortes (mortalidade), às manifestações clínicas observadas, aos achados de necropsia, aos tratamentos realizados e às medidas preventivas, são importantes. A realização de cirurgias pode, muitas vezes, indicar a ocorrência de recidivas ou de complicações posteriores, fornecendo, assim, um prognóstico reservado ao caso em questão (laparotomias, herniorrafias, etc.). O tipo de procedimento cirúrgico e a data devem ser lembrados. As vacinações realizadas são, também, de grande interesse para o diagnóstico. A data de vacinação, a dose e o produto utilizado, como também a conservação das vacinas, devem ser questionados. Da mesma forma, a vermifugação precisa ser checada, atentando-se, principalmente, ao princípio ativo do vermífugo, à dose e ao intervalo entre cada vermifugação.

HISTÓRIA AMBIENTAL E DE MANEJO

O exame do ambiente é parte indispensável a qualquer exame clínico, já que se comporta como abrigo ideal para inúmeros reservatórios e transmissores de doenças infecciosas e parasitárias, além de determinar, principalmente nos animais pecuários, alterações metabólicas e nutricionais, comprometendo sua produtividade. Em virtude da grande variabilidade ambiental e de manejo nos quais os animais de diferentes espécies são criados, tendo em vista a enorme diversidade das funções que os mesmos executam, descreveremos somente os pontos principais a serem investigados na história.

Em caso de criação extensiva, é interessante verificar a topografia local e o tipo de solo e de vegetação em que os animais são criados, visando detectar a ocorrência de determinadas enfermidades, tais como: deficiências nutricionais (cobre e cobalto em áreas arenosas), leptospirose, anemia infecciosa equina (regiões pantanosas, alagadas, úmidas), ectopias e traumas (áreas exageradamente inclinadas), entre outros. Para aqueles animais criados relativamente confinados, é conveniente perguntar onde o animal permanece a maior parte do dia, se o chão é áspero (calo de apoio em cães de grande porte), se o local é úmido (processos respiratórios), se apresenta boa ventilação ou boa proteção contra extremos de temperatura (calor/frio); se o animal tem acesso a oficinas mecânicas (intoxicação por chumbo), à rua (atropelamentos), a depósitos de lixo (ingestão de corpos estranhos ou materiais em decomposição), se estão reformando a casa (cães jovens podem lamber tinta ou outros materiais), as cercas (ingestão de pregos e arames pelos bovinos); quais são as condições de higiene do local (remoção de fezes e urina, troca de cama, lavagem do quintal); quais produtos são utilizados na limpeza das áreas em que os animais permanecem (quintal, estábulos, sala de ordenha, troncos, bretes, entre outros).

No exame físico, será avaliado o estado nutricional do animal ou do rebanho. Contudo, um conheeimento antecipado do manejo nutricional é um ponto crucial no estabelecimento da história do animal, determinando-se, principalmente, seus hábitos alimentares, especificando, tanto quanto possível, a quantidade c a qualidade da alimentação que o animal vem recebendo, tomando-sc como referência o que seria a alimentação adequada para aquele animal em função de sua idade, do sexo e do trabalho que executa. Tendo-se conhecimento de tais aspectos alimentares, outras perguntas podem ser realizadas como: *onde o animal come? (Vasilhas de plástico podem causar dermatite de contato na região mentualde cães.) Qual a localização e a disponibilidade de cochos? Qual a origem (qualidade) e disponibilidade (quantidade) de água?*

FAMILIAR OU DO REBANHO

A anamnese familiar ou do rebanho fornece informações sobre a saúde de todos os animais pertencentes àquela família ou rebanho, vivos ou mortos. Quando vivos, deve-se indagar sobre a saúde desses animais no momento atual. Se houver algum outro animal doente na família ou no rebanho, o esclarecimento da natureza da enfermidade não pode ser esquecido. Se algum animal morreu há pouco tempo, deve-se determinar, se possível, a causa da morte e os achados de necropsia. E importante dar atenção especial a possíveis aspectos genéticos e/ou hereditários que poderiam ter implicações para o animal em questão (displasia coxofemoral, miocardiopatia congénita). É interessante verificar a ocorrência de cruzamentos entre animais da mesma família ou com antecedentes familiares próximos. A densidade populacional também deve ser averiguada, já que a superpopulação cria condições desconfortáveis, desfavoráveis e prejudiciais para os animais quando confinados ou mantidos em um determinado espaço: *Quantos animais existem na propriedade ou residência? Quantos estão doentes? Quantos morreram?* (A morte de um único animal no rebanho ou na família geralmente não sugere doença contagiosa; entretanto, a morte de muitos animais ao mesmo tempo ou em pouco tempo, indica, na maioria das vezes, tratar-se de doença infecto-contagiosa.) *Tem conhecimento da ocorrência de canibalismo? Os animais são agressivos uns com os outros? Perguntar sobre fatos que ocorreram há pouco tempo (dias, semanas), tais como: Mudou a alimentação há pouco tempo? Entrou algum animal novo na casa ou no rebanho?* Nos pacientes com enfermidades crónicas, a separação entre os sintomas que pertencem à doença atual e os que são devidos a doenças antigas constitui, às vezes, problema complexo. A sua solução depende, em grande parte, da capacidade técnica do examinador que obtém a anamnese e a correta interpretação dos dados obtidos.

CARACTERÍSTICAS DO PROPRIETÁRIO

Grande parte do prazer e da eficácia da prática médica vem do conversar com os proprietários. Cada um deles traz um desafio em especial ao entrevistador. Assim, como não existem dois entrevistadores iguais, não existem duas pessoas que entrevistariam o mesmo proprietário de forma similar. Estão demonstrados, a seguir, alguns tipos de comportamento mais comuns adotados pelos proprietários, no intuito de se alertar e orientar os veterinários menos experientes em como se deve comportar frente a eles.

O Proprietário Loquaz

O cliente loquaz representa um desafio real para o entrevistador principiante. Esses proprietários dominam ou tentam dominar a entrevista, conduzindo-a da forma que mais lhes convém. O entrevistador dificilmente consegue pronunciar-se. Toda pergunta é seguida, invariavelmente, de uma longa resposta. Mesmo respostas objetivas como "SIM" e "NÃO" parecem intermináveis. Cada resposta é superdetalhada. Fala e movimenta-se demasiadamente. Uma interrupção cortês seguida por outra pergunta direta enfatizará o tema da entrevista. O uso de perguntas abertas, facilitações ou silêncio demorado deve ser evitado, já que essas técnicas apenas encorajarão o proprietário a continuar falando. Se todos esses cuidados forem em vão, relaxe e aceite o seu destino.

O Proprietário Tímido

Esses proprietários são, na maioria das vezes, pessoas simples, de baixo poder aquisitivo e/ou

educacional e muitos deles não possuem autoconfiança. Esses proprietários se embaraçam com muita facilidade e mudam suas respostas com uma certa frequência, principalmente quando intimidadas pela postura autoritária do cntrevistador e/ou pelas circunstâncias (negligência com o animal, ambiente estranho em que se encontra - ar-condicionado, secretária, mobiliário moderno, aparelhos sofisticados, ctc.), entre outros. O uso de perguntas abertas ou abrangentes com tais proprietários surte pouquíssimos efeitos, já que as respostas se limitam a "Sim senhor(a)" e "Sei não doutor(a)". O questionamento cuidadoso, bem direcionado c com um linguajar mais simples pode ser de grande utilidade para tais casos. Algumas palavras amistosas também podem ajudar.

O Proprietário Hostil

Muito comumente, entrevista-se o proprietário irado, hostil ou detestável. Alguns são muito alvitantes ou irónicos, enquanto outros são exigentes, agressivos e ruidosamente hostis. A hostilidade pode ser percebida à primeira vista, logo após as primeiras palavras^Alguns permanecem em silêncio a maior parte da entrevista, enquanto outros fazem comentários inadequados ou desagradáveis para o principiante ou até mesmo para o veterinário experiente durante o transcorrer da anamnese. Muitas situações podem determinar esse comportamento. Doenças incuráveis dos seus animais, principalmente aquelas que requerem um certo trabalho, operações mal-sucedidas ou decisões erróneas de outro veterinário acompanhadas de gastos exorbitantes, podem desencadear uma reação de descrença ou de desconfiança. O clima criado nesse momento não é o que pode ser chamado de agradável, fraternal ou romântico. O entrevistador pode sentir raiva, ameaça à sua autoridade, impaciência e frustração. Pode haver desenvolvimento de hostilidade recíproca e uma luta por poder entre ambos. Como devemos lidar com esse proprietário? O entrevistador deve agir de maneira racional, profissional e, se possível, o mais distante possível das indelicadezas do proprietário. Afinal, nem todo animal tem o dono que merece, principalmente por não ter tido o poder de escolha. Não temos a obrigação de gostar dos proprietários, mas, por outro lado, não se pode transferir as nossas animosidades para os nossos "pacientes". Eles são vítimas dos seus donos. Muitas vezes o confronto pacífico pode ser de grande utilidade para entrevistar tais proprietários. Considerações como: "Você parece zangado com alguma coisa. Diga-me o que pensa que está errado?" permite, em algumas situações, que o proprietário fique mais calmo ou racional. Lembre-se: nunca se coloque na defensiva. Tente desarmá-lo de maneira sutil e inteligente. Prossiga com as suas perguntas vagarosamente, evite expressões negativas e faça perguntas restritas à história da doença do animal. A pior conduta consiste em adotar uma posição agressiva, revidando com palavras ou atitudes a hostilidade do proprietário. Não faça o jogo dele. O animal não tem culpa!

O Proprietário Insaciável

Os proprietários insaciáveis nunca estão satisfeitos. Fazem muitas perguntas e, apesar de explicações adequadas, acham que o entrevistador não respondeu a todas as suas indagações. As perguntas são as mais variadas e grande parte delas não diz respeito à doença atual do animal. Esses proprietários são mais bem conduzidos com uma conduta firme e não condescendente.

O Proprietário Agradável

Esse, geralmente, tenta agradar sobremaneira o entrevistador>iile acredita que todas as suas respostas precisam satisfazer o entrevistador. Tenta passar a imagem de proprietário zeloso e preocupado. Acredita que, se o veterinário gostar dele, seu animal será mais bem atendido. Cuidado! Esses merecem uma atenção redobrada, pois desviam a atenção para si e não para o problema do animal. Seja objetivo e prático. Lembre-se, o seu paciente é o animal, até que se prove o contrário.

O Proprietário Embratel

Tenta obter a qualquer custo, pelo telefone, o diagnóstico da doença do seu animal e a receita para o tratamento da mesma. Ê insistente, incansável e inconveniente. Por mais que se esclareça que o diagnóstico só pode ser feito após o exame do animal, não desiste de conseguir, pelo menos, uma pequena receita. Geralmente alega falta de tempo para levar o animal à clínica. É do tipo: o que pode ser doutor? Tenha calma! Dê, no mínimo, umas dez possibilidades da causa da doença e, em um fôlego só, umas vinte possibilidades de tratamento. Isso o frustrará em demasia!

O Proprietário Anjo-da-Guarda

É o protetor do seu animal e/ou daqueles outros tantos desamparados. Se for um São Francisco à brasileira, desdobre-se, ele geralmente não sabe nada sobre o problema. Vai ser um monólogo do tipo: "Não sei" ou "Não vi", já que o mesmo não teve contato prévio com o animal, pois, invariavelmente, o recolheu na rua. Sua preocupação c o sofrimento do animal. Um ponto em comum desses proprietários é a exagerada proteção que eles dispensam a seus animais, no intuito de evitar que sintam dor ou desconforto. Muitos insistem, por exemplo, para que não se coloque mordaça no animal porque dói. Geralmente dizem: "Não precisa, o animal não morde". Injcção *c* uma tortura para esses proprietários. Perguntam insistentemente: "Não vai doer doutor(a)? Tem-se a impressão, observando-se as suas faces, que se administrou iodo a 10% por via intramuscular, não nos animais, mas neles próprios. E um sofrimento! E preciso, após o término da anamnese, convidá-los a sair da sala senão inibirão, com os seus anseios, os procedimentos semiológicos.

O Proprietário Não-Sei

Esse, invariavelmente, nunca sabe de nada. O que o animal tem? "Não sei"; Quando começou? "Não sei"; Qual a alimentação do animal? "p] minha esposa que faz a comida dele"; Foi vermifugado? "Sabe que não sei?". É, antes de tudo, um proprietário omisso e/ou irresponsável. Quando seu animal se encontra cm estado debilitado ou pobre, a primeira ideia que passa em sua cabeça é levá-lo para sacrifício e, em caso de recusa por parte do clínico, não é difícil abandoná-lo em terreno baldio, ou ainda pior, na porta da sua clínica.

VOCABULÁRIO ÚTIL

O vocabulário utilizado pelos profissionais da área médica é difícil, complexo e amplo. A memorização de um termo é menos útil que tentar determinar seu significado pela compreensão de sua etimologia, origem ou raízes. Fazendo isso, o significado dos termos usuais torna-se mais fácil. Na Tabela 1.2 são relacionadas algumas raízes gerais de importância para a rotina prática.

Tabela 1.2 - Raízes de palavras úteis para o médico veterinário.

Prefixo/Raiz	Relativo a	Exemplo	Definição
ab-	afastando de	abdução	Afastando do corpo
ad-	em direção a	adução	Em direção ao corpo
aden-	glândula	adenopatia	Doença glandular
an-	sem	anosmia	Sem o sentido do olfato
aniso-	desigual	anisocoria	Pupilas desiguais
contra-	oposto	contralateral	Relativo ao lado oposto
diplo-	duplo	diplopia	Visão dupla
dis-	mal-estar	disúria	Dor à micção
duc-	levar	abducção	Levar para fora
esten-	estreitado	estenose	Dueto de canal estreitado
eu-	bom; vantajoso	eupnéia	Respiração fácil
exo-	externo	exotropia	Desvio ocular para fora
hemi-	metade	hemiplegia	Paralisia de um lado do corpo
hidro-	água	hidrofílico	Absorção imediata de água
hipno-	sono	hipnótico	Indutor do sono
hiper-	além	hiperemia	Excesso de sangue
idio-	separado; distinto	idiopático	De etiologia desconhecida
infra-	abaixo	infra-orbitário	Abaixo da órbita
intra-	no interior	intracraniano	No interior do crânio
ipso-	próprio	ipsolateral	Situado do mesmo lado
neo-	novo	neoplasia	Crescimento novo anormal
poli-	vários	policístico	Muitos cistos
retro-	atrás	retromamário	Atrás da mama
soma-	corpo	somático	Relativo ao corpo
trans-	através	transuretral	Através da uretra
-ectomia	remoção de	apendicectomia	Remoção do apêndice
-fobia	temor; receio	fotofobia	Intolerância anormal à luz
-gnose	reconhecimento	estereognose	Reconhecimento de um objeto pelo tato

Tabela 1.2 - *(Cont.)* Raízes de palavras úteis para o médico veterinário.

Prefixo/Raiz	Relativo a	Exemplo	Definição
-grafia	algo escrito	mielografia	Radiografia da medula
-ismo	estado; condição	gigantismo	Estado de crescimento exagerado
-ite	inflamação	colite	Inflamação do cólon
-lise	dissolução	hemólise	Liberação de hemoglobina em solução
-malacia	amolecimento	osteomalacia	Amolecimento dos ossos
-megalia	aumento	cardiomegalia	Aumento cardíaco
-micose	fungo	dermatomicose	Processo patológico da pele causado por fungo
-ologista	especialista	cardiologista	Especialista em cardiopatias
-orna	tumor: crescimento	fibroma	Tumor de tecido fibroso
-orrafia	sutura	herniorrafia	Sutura de uma hérnia
-ose	estado patológico	endometriose	Estado patológico do tecido uterino de localização anormal
-patia	doença	uropatia	Doença das vias urinárias
-plastia	reparo	valvuloplastia	Reparo cirúrgico de uma válvula cardíaca
-plegia	paralisia	hemiplegia	Paralisia da metade do corpo
-ptose	queda	blefaroptose	Queda das pálpebras
-scopio	instrumento para exame	oftalmoscópio	Instrumento para exame do olho
-spamo	espamo	blefaroespasmo	Contração das pálpebras
-stomia	abertura	ileostomia	Criação cirúrgica de uma abertura no íleo
-tomo	corte	micrótomo	Instrumento para cortar fatias finas

BIBLIOGRAFIA

BRAZ, M.B. *Semiologia Médica Animal.* 2.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1982. v.2, 725p.

CALDAS, E.M. *Propedêutica Clínica em Medicina Veterinária.* Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1975.

CROW, S.E., WALSHAW, S.O. *Manual de Procedimentos Clínicos em Cães, Gatos e Coelhos.* ARTMED Editora, 2000. 277p.

GARCIA, M., DELLA LIBERA, A.M.M.P., FILHO, I.R.B. *Manual de Semiologia e Clinica de Ruminantes.* Editora Varela, 1996. 247p.

GUNTHER, M. *Diagnóstico Clínico Veterinário* (com atencion especial a Ia ancstesiología). Editorial Acríbia. 1979. 256p.

HAMPTON, J.R., HARRISON, M.J.G., MITCHELL, J.R.A., PRICHARD, J.S., SEYMOUR, C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medicai outpatientcs. *British Medicai Journal,* 2, p.486-89, 1975.

HARDY, R.M. General physical examination of the canine patient. *Veterinary Clinics of North America: SmallAnimal Practice,* v.ll, n.3, p.453-67, 1981.

LEES, G.E. Symposium on physical diagnosis: history-talking and developmcnt of the examination record. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice,* v.ll, n.3, p.441-51, 1981.

LOPE7, M., MEDEIROS, J.L. *Semiologia Médica: as Bases do Diagnóstico Clínico.* 3.ed. Livraria Atheneu Editora e Intérminas, 1990. 1056p.

KELLY, W.R. *Diagnóstico Clínico Veterinário.* 3.ed. Rio de Janeiro: Intcramericana, 1986. 364p.

MAREK, J., MOESY J. *Tratado de Diagnóstico Clínico delas Enfermidades Internas de Los Animales Domésticos.* Rio de Janeiro: Labor, 1965, 675p. McCURNIN, D., POFFENBARGER, E.M. *Small Animal Physical Diagnosis and Clinicai Procedures.* Saunders Company, 1991. 221p. PORTO, C.C. *Semiologia Médica.* 2.ed. Editora Guanabara Koogan, 1994. 793p. RADOSTITS, O.M., GAY, C.C., BOOD, D.C, HINCHCLIFF, K.W. *Veterinary Medicine.* A textbook of the diseases of cattle, sheep, pigs, goats and horse. 9.ed. Philadelphia: Baillière Tindall, 2000. 1877p. RADOSTITS, O.M., JOE MAYHEW. l.G, HOUSTON, D.M. *Veterinary Clinicai Examination and Diagnosis.* WB Saunders, 2000. 771p. SMITH, B.P. *Large Animal Internai Medicine.* St. Louis: C.V. Mosby Company, 1990. 1787p.

SWARTS, M.H. *Semiologia: Anamnese e Exame Físico.* Editora Guanabara-Koogan S.A., 1992. 51 Ip. VIANNA, E.S, FERREIRA NETO, J.M., MAGALHÃES, L.M. *Semiologia,* l.ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1971. WHEELER, J.T. *Manual de Fundamentos de Semiologia Veterinária.* Editorial de Ia Fundacion de Ia Universidad Nacional de Rio Quatro. Tomo 1. 1999, 171p.

WILSON, J. H. The art of physical diagnosis. *Veterinary Clinics of North America: Food Animal Practice.* v.8, n.2, p.169-76,1992.

WINNER, S., NATHANSON, M. Physical Examination. *J AMA.* n.7, v.236, p.852-5, 1976.