

## PSIQUIATRIA, 24/04/24

Psicopatologia e exame psíquico

→ Ciência que estuda os comportamentos e as emoções; ciência da clínica psiquiátrica e da psicologia que estuda a doença mental em seus vários aspectos

- Fenomenologia: vai dar os sinais e sintomas, como você descreve
- Etiologia: causa bem definida
- Transtorno: sofrimento ou incapacidade de socialização do indivíduo

**CID-11:** tudo que está relacionado a doença e ao atendimento à saúde

Anormal: tudo que causa prejuízo ao indivíduo

Concentração= tenacidade

→ Exame clínico: anamnese; exame físico e exames complementares

→ Exame psíquico faz parte do exame clínico: sistematização

### PSICOPATOLOGIA:

- Explicativa : neurociência ou psicologia
- Descritiva :Método da fenomenologia

### MÉTODO FENOMENOLÓGICO DESCRIPTIVO

- Puro, descritivo e apriorístico; toda vivência subjetiva
- Instrumento; mente do entrevistador
- Três etapas: relato da vivência subjetiva do paciente, empatia e analogia com a vivência subjetiva do entrevistador, assim o entrevistador comprehende a experiência subjetiva do paciente

### CONCEITOS GERAIS

SÍNDROME (Do grego, syndromé = concurso)

- Sinais e sintomas que evoluem em conjunto, por mecanismos variados, dependente de causas diversas

DOENÇA (Do latim, dolentia = Dor ou sofrimento)

- Conceito abstrato criados pelos homens relacionado ao desconforto, dor, incapacidade ou morte, em função de diversos fatores (sociais, econômicas e biológicas), que podem ser modificadas ou descartadas a qualquer momento.

DIAGNÓSTICO (Do grego, gnosis = reconhecer ou distinguir)

- Diagnóstico sindrômico X nosológico (Do grego, Nosos = Doença)

TRANSTORNO = PSIQUIATRIA

- Conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferências de funções pessoais

### EXAME PSÍQUICO

A avaliação do estado mental e das condições psicológicas deve ser feita pela investigação dos seguintes itens:

Impressão geral  
Consciência  
Atenção  
Orientação  
Sensopercepção  
Memória  
Inteligência  
Pensamento  
Afetividade, humor e condições emocionais  
Vontade  
Psicomotricidade.

### SÚMULA PSICOPATOLÓGICA:

#### APRESENTAÇÃO

- Aparência e atitude

#### EXAME DO ESTADO MENTAL

- Consciência
- Atenção
- Orientação alopsíquica
- Orientação autopsíquica
- Memória
- Inteligência
- Linguagem

#### EXAME DO ESTADO PSIQUICO

- Afetividade e Humor
- Pensamento
- Imaginação
- Consciência do “eu”
- Sensopercepção
- Volição (conação)
- Psicomotricidade
- Prospecção
- Consciência de morbidade

Diferença entre alucinação ( problema no senso de percepção), delírio (alteração no conteúdo de pensamento, no qual apresenta juízo de realidade ilógico, irreal e irremovível)

### APARÊNCIA

Cuidados higiênicos e estéticos – roupas e maquiagem e adereços (brincos, colares, pulseiras...)

#### • TIPOS:

- Cuidada ou descuidada (“desleixada”)
- Higiene corporal comprometida
- Adequada
- bizarra (extravagante = qualidade diferente/exagerada para padrão da maioria)
- Exibicionista = excessiva exposição do corpo
- FÁCIES
- Triste, alegre, indiferente, de medo, ansiosa, desconfiada...
- Fácies típica (sindrômica)

### ATITUDES

- **Não cooperativo ou opositor:** recusa a participar da entrevista
- **Hostil:** ofende, ameaça, agride
- **Suspicaz:** desconfiança
- **Querelante:** discute e briga com examinador, sente-se prejudicado
- **Reivindicante:** exige e insiste em algo que julga ser seu direito
- **Arrogante:** Sabe mais que o profissional que o atende
- **Evasiva:** evita responder diretamente
- **Invasiva:** Pergunta da vida pessoal do examinador
- **Glicrólida:** Grudento, difícil de encerrar a conversa
- **Esquiva:** não deseja contato social
- **Inibida:** não encara o examinador
- **Desinibida:** não sente constrangimento, viola normas sociais
- **Sedutora:** tenta despertar o interesse sexual do examinador
- **Jacosa:** brincando, fazendo piadas inconvenientes
- **Irônica:** brincadeira expressando arrogância
- **Simuladora:** Parece ter sintoma que não tem
- **Dissimuladora:** ocultar um sintoma existente
- **Outras:** Indiferente, Manipuladora, Submissa, expansiva, ...

## CONSCIÊNCIA (VIGILÂNCIA)

É o conhecimento que temos de nós mesmos e do mundo externo. Estado de “lucidez”

Somente através dele, demais processos psíquicos podem ocorrer.

O nível de consciência refere-se ao estado de alerta e de consciência do indivíduo em relação ao meio ambiente.

Observa-se: fisionomia sonolenta; desinteresse com mundo externo; dificuldade de manter atenção e concentração; desorientação; incoerências; incapacidade de memorizar e raciocinar; pensamento lento

Junta-se esses dados objetivos aos subjetivos

**Verificar obnubilação (apatia, pensamento lento e obscuro) e torpor (sonolência patológica, prejuízo de consciência mas o paciente consegue ser acordado)**

→ **Alterações Quantitativas:** somente se altera para baixo (não existe hiperconsciência)

- Classificação subjetiva = Rebaixamento do nível de consciência: Obnubilação=Sonolento, responde a voz; Torpor=Sonolento, responde a dor; Comatoso=abolição total da consciência

- Diferencial: Estupor= Redução da psicomotricidade;

Estado Confusional= Delirium; Estado onírico = Sintomas psicóticos (Delírio e alucinação)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

→ **Alterações Qualitativas:** Estados crepusculares “Estreitamento de consciência”.

- Atividade mental focada em um “objeto”, respostas automáticas e semi-coerentes

- Início e fim súbitos, dura de segundos a semanas, esquecimento pós-crise

Podem Ocorrer: Antes ou depois de dormir (Fisiológico)

SONO – Estado “normal”, fisiológico de abolição do nível de consciência

## ATENÇÃO

É a capacidade de concentrar a atividade psíquica, durante determinado período, em uma tarefa ou atividade.

A avaliação da atenção é feita basicamente pelo comportamento do paciente durante a entrevista, observando se ele consegue concentrar-se nas perguntas que lhe são feitas ou se ele se distrai com facilidade diante dos estímulos ambientais.

Nos estados maníacos, tudo desperta a atenção do paciente, mas sua capacidade de concentração encontra-se bastante diminuída.

No caso do paciente deprimido, ocorre o contrário: apresenta-se distante, está voltado para suas ideias depressivas.

### Pode ser:

- o Voluntária = intencional (ex.: estudar)
- o Espontânea = não consciente ou intencional (ex.: susto)

### Divide-se em:

- o Tenacidade = capacidade de concentração;
- o Mobilidade da atenção (vigilância) = capacidade de mudar sua atenção de um objeto;
  - Termo “vigilância” gera confusão com “consciência”.

## Alterações Quantitativas

- Na prática, não existe HIPERPROSEXIA.
  - Não há aumento global da atenção (tenacidade e mobilidade), apenas redução.
- Hipoprosexia = redução da tenacidade e mobilidade. Ex.: fadiga, tédio, sonolência.
- Aprosexia = abolição global da atenção. Ex.: coma.

## Alterações Qualitativas (Paraprosexias e disproxesias)

- Rigidez de atenção (distraído ou paraprosexia) = Hipertenacidade ( $\uparrow$  concentração) e hipomobilidade (fixa atenção). Ex.: lendo um livro.
- Labilidade de atenção (disproxesias) = Hipotenacidade ( $\downarrow$  concentração) e hipermobilidade ( $\uparrow$  distração). Ex.: Mania, intoxicação por drogas, delirium.

## ORIENTAÇÃO

É a capacidade de uma pessoa saber quem ela é (orientação autopsíquica) e de localizar-se no tempo e no espaço (orientação temporoespacial).

- Orientação Allopsíquica – refere-se ao mundo externo (temporal, espacial, quanto a outras pessoas e situacional)

Na exploração da orientação, o comportamento e as informações que o paciente fornece ao longo da entrevista costumam ser suficientes, sem necessidade de um questionamento direto. **Havendo dúvidas, solicita-se ao paciente que informe, por exemplo, de onde veio e como chegou ao local do exame.**

Geralmente, a capacidade de **orientação temporal é a primeira ser comprometida**. No entanto, sua avaliação deve ser feita com cuidado, pois, mesmo em situações normais, pode-se esquecer o dia do mês e da semana em que se encontra, simplesmente por não estar atento a isso.

Quando há desorientação espacial, geralmente, além de não saber em qual local se encontra, o paciente desconhece por que está ali e, paralelamente à desorientação espacial, pode tomar pessoas desconhecidas por conhecida ou vice-versa.

**A orientação psíquica, em geral, é a última a ser comprometida**. O paciente não consegue informar seus dados pessoais, e, nem mesmo, seu nome. Isso pode ocorrer de maneira transitória (traumatismo crânioencefálico, estado crepuscular epilético e em quadros funcionais – transtorno de conversão, estado agudo de ansiedade e choques emocionais graves).

**Fenômeno da dupla orientação** (pacientes esquizofrênicos) – ao mesmo tempo que o paciente fornece corretamente seus dados de identidade, afirma, por exemplo, que é presidente da República.

**Despersonalização** – quando o paciente, ainda que sabendo quem ele é, sente-se estranho, mudado, diferente. Não consegue explicar por que isso está acontecendo. Passa a olhar-se no espelho de modo diferente, tocando o seu rosto, como se estivesse procurando reconhecer sua própria imagem.

**Desrealização** – quando o paciente vê lugares conhecidos como estranhos. As coisas e as pessoas parecem mudadas, diferentes. Há a impressão de distanciamento.

**Perda de identidade** – o paciente já não é mais ele, é outra pessoa.

- **Desdobramento da personalidade** – quando essa perda é parcial, fazendo com que o paciente reconheça como própria apenas parte da sua

personalidade. O paciente vivencia, concomitantemente, duas pessoas, duas personalidades, a sua e uma estranha.

- **Personalidade alternante** – fenômeno diverso em que o paciente pode apresentar outra personalidade, durante estados crepusculares epiléticos ou histéricos. **Não há superposição de personalidades, mas duas personalidades que se alternam.**

## Orientação Allopsíquica

Pode ser:

- Quantitativa = Desorientação (“esquecer”)
- Qualitativa = Falsa orientação (“errar”)

Na prática, sua alteração nunca será isolada. É o resultado do acometimento de outras funções psíquicas.

PREJUIZO PRIMÁRIO	DESORIENTAÇÕES (Alteração quantitativa)	FALSA ORIENTAÇÃO (Alteração qualitativa)
Consciência (Delírium)	Confusional	Confuso-oniroide
Campo de consciência (Estado crepuscular)	Por estreitamento da consciência	Por estreitamento da consciência
Pensamento (Delírio)	Delirante	Delirante
Afeto e conação (Apatia)	Apática	-
Inteligência	Por déficit intelectivo	-

## MEMÓRIA

É a capacidade recordar, de reviver estados de consciência anteriores, de reconhecê-los como tais e de localizá-los no tempo e no espaço.

A memória é dividida em:

- Memória de fixação – capacidade de registrar e fixar fatos e informações;
- Memória de evocação – capacidade de retornar à consciência o que foi aprendido e conservado.

Utiliza-se também a divisão segundo o tempo de duração da lembrança:

- Sensorial ou de muito curto prazo: dura < 1s, apenas para percepção (muito frágil e limitada).
- Curto prazo: Dura poucos segundos/minutos. Memória de trabalho (operacional). Verbal, visuoespacial e executivo (atenção).
- Longo prazo: Dura por anos ou até a vida inteira. Consolidação das memórias de curto prazo (5-10 min. até 60 min.). Repetida.

A memória é fundamental para a sensopercepção (gnosias) e para a orientação.

Processo mnêmico: refere-se a todos os mecanismos e atividades envolvidos na memória e retenção de informações.

Fixação: transformar informações percebidas em uma forma que pode ser armazenada na memória. Aquisição de novas informações.

- Depende de: vigilância, tenacidade, sensopercepção, interesse, emoção.

Conservação: processo de manter as informações codificadas por um período de tempo.

- Lei da regressão de Ribot (perde-se primeiro as memórias mais recentes, complexas e menos organizadas)

Evocação: processo de acessar e utilizar as informações armazenadas quando necessário.

**Os transtornos quantitativos da memória compreendem hipermnésia e amnésia.**

**Hipermnésia** – aumento da memória, que tem pouco valor semiológico, podendo, eventualmente, ocorrer em estados crepusculares epiléticos, na mania e em outros estados de exaltação emocional. Geralmente, as representações afluem em grandes quantidades, perdendo, porém, em clareza e precisão.

**Amnésia (hipomnésia)**– perda no processo de mnêmica.

**Amnésia de fixação (anterógrada)** – incapacidade de recordar fatos recentes.

**Amnésia de evocação (retrógrada)** – incapacidade de recordar fatos vivenciados há meses ou anos.

**Amnésia mista (retroanterógrada)** – incapacidade de recordar fatos recentes ou vivenciados há meses ou anos.

**Amnésia lacunar** – esquecimento do ocorrido em determinado período do tempo, com boa capacidade de evocação para eventos anteriores ou posteriores a esse período de tempo. Pode ser de origem orgânica (TCE) ou psicogénica (transtorno de conversão).

Generalizada – tudo.

Seletiva – de um fato.

### Alterações Qualitativas

- Alomnésia – lembrança de evento real, de forma deturpada ou distorcida e involuntária.
- Paramnésia (“falsa memória”) – recordar de um fato passado que não ocorreu.
  - o Fabulação – paramnésia orgânica (demência e delirium)
- Criptomnésia – amnésia onde uma pessoa acredita que uma ideia ou informação é nova e original, quando na verdade ela é uma memória de algo que foi esquecido anteriormente.
- Ecmnésia – É uma espécie de "retorno" a um momento anterior, como se a pessoa estivesse revivendo o passado. Ex.: idosa brincando como criança.
- Dejá vu – É a sensação de que uma situação atual foi vivida anteriormente, mesmo sabendo que se está passando por essa primeira situação.
- Jamais vu - É o oposto de déjà vu. Consulte a sensação de que algo que deveria ser familiar é completamente desconhecido ou estranho. Por exemplo,

uma pessoa pode olhar para um objeto ou lugar que conhece bem e sentir como se nunca tivesse visto antes.

### IMAGINAÇÃO

Criação de novas imagens ou conceitos de novas conexões entre as representações e conceitos preexistentes.

Não há alterações qualitativas, somente quantitativas:

- Aumentada = mania, psicoses.
- Inibida = demência, retardo mental, delirium.
- Pseudologia fantástica (mitomania) – relato de histórias fantásticas e heroicas da qual o paciente é protagonista, com objetivo de impressionar os outros.

### INTELIGÊNCIA

Capacidade de adaptar o pensamento às necessidades do momento presente ou adquirir novos conhecimentos. Essa capacidade pressupõem 3 tipos:

- **Inteligência abstrata** – capacidade de compreender e lidar com ideias abstratas e símbolos;
  - **Inteligência mecânica** – capacidade de compreender, inverter e manipular aparelhos;
  - **Inteligência social** – capacidade de atuar adequadamente nas relações e situações sociais.
- É uma medida de rendimento do pensamento e do raciocínio.
- Genialidade = extremo superior da inteligência;
  - Déficit intelectual = oposto da genialidade.
  - Testagem (Quociente Intelectual = QI)
    - Escala WAIS (adulto) e WISC (criança) de Wechsler, com 11 subtestes (6 verbais e 5 executivos); 68% tem um QI entre 85 – 110 (“normal”); < 70 = deficiência intelectual.

**LINGUAGEM:** Sistema arbitrário de signos(fonemas e palavras) que funcionam como um processo intermediário entre pensamento e mundo

- Além do componente cognitivo, a linguagem possui ainda um componente afetivo: a prosódia. Esta é constituída pela musicalidade, entonação e inflexões da fala, além da gesticulação.

### Alterações quantitativas

**Afasia e disfasia** = perda da capacidade da fala (causa orgânica).

**Afasia motora(broca)** e **sensorial(Wernicke)**; são associadas com agraphia(dificuldade de escrever) e alexia(dificuldade de ler)

Mutismo = ausência da fala. Pode expressar negativismo (silêncio deliberado) ou inibição psíquica (no estupor esquizofrênico, depressivo, histérico ou do delirium).

Diferencial: Afasia

- Hiperfonia e Hipofonia = ↑ ou ↓ do volume da voz.
- Taquilalia ou Bradilalia = ↑ ou ↓ da velocidade de expressão.
- Hipoprosódia = fala monótona, redução da modulação afetiva.
- Hiperprosódia = acentuação inflexão verbal, fala enfática, loquaz (“radialista”). Ocorre na mania.

Maneirismo verbal = fala rebuscada, exagero formal jargões e gírias.

### Alterações qualitativas

- Oligolalia: expressão verbal diminuída, mas não abolida;
- Mussitação: fala pra si mesmo de modo sussurado;
- Sonilóquios: fala sozinho sem sussurro;
- Verbigerção: repetição monótona, sem sentido, estereotipia
- Logorréia: fala o tempo inteiro
- Neologismos: palavras novas ou já existentes com significados novos;
- Parafasias:
  - Literal Substitui palavra, semelhança fonética (“faca por vaca”);
  - Semântica Substitui palavra, semelhança semântica (“faca por garfo”)

### EXAME DO ESTADO DE HUMOR

Afetividade e humor: O afeto é um estado psíquico subjetivo com propriedade de ser agradável ou desagradável;

Sentimento: estado afetivo menos intenso e mais prolongado que a emoção, sem alterações fisiológicas;

Emoção: estado afetivo de curta duração e alta intensidade, com alterações fisiológicas, hiperatividade autonômica;

Paixão: intensidade alta com duração prolongada;

Ambitimia é a sensação de amar e odiar ao mesmo tempo;

O humor é a síntese dos afetos na consciência, sendo a disforia o estado desagradável;

Exaltação afetiva é o aumento da intensidade do humor, ou a uma reação afetiva desproporcional sendo hipertimia (alegria ou euforia) ou hipotimia (depressão);

Embotamento afetivo é a queda da intensidade, sendo a anedonia a perda da capacidade de sentir prazer e a mória a alegria vazia, estupor emocional é embotamento afetivo de curta duração

### Alterações qualitativas

Labilidade afetiva- mudanças de humor frequente e bruscas

Incontinência afetiva- distúrbio da regulação afetiva mais grave

Rigidez afetiva- perda da capacidade de modular a resposta afetiva com a situação de cada momento

Paratimia-Inadequação do afeto, incongruência entre o afeto expresso e a situação vivenciada. Por exemplo: o paciente, rindo, conta que foi torturado na noite anterior.

Neotimia- Consiste em uma vivência inteiramente nova, extravagante e inusitada.

**PENSAMENTO:** O pensar é antecipar conhecimentos e construir modelos de realidade;

- Curso: velocidade e ritmo; alterações-taquipsiquismo, bradipsiquismo e o bloqueio de pensamento
- Forma: estrutura, alterações- fuga de ideias, desagregação (perda do sentido lógico), prolixidade;
- Conteúdo: temática

Alterações qualitativas: ideia delirante, ideia deliróide (culpa ou grandeza) e ideia supervalorizada

**DELÍRIO:** é uma falsa crença, uma alteração no conteúdo do pensamento que pode ser sistematizado ou não

→ Temas de delírio: **perseguição, prejuízo**(o indivíduo pensa que as outras pessoas são hostis em relação a ele, zombam dele ou o menosprezam), **reivindicação**(se julga vítima), **autoreferência**(o doente atribui a fatos fortuitos ou acidentais do cotidiano uma relação direta com a sua pessoa), **influencia**( acredita que alguém ou alguma força externa controla), **grandeza, ruína, ciúme, erotomaníaco**(indivíduo crê ser amado, à distância, por outra pessoa). Essa outra pessoa é tipicamente mais velha e possui uma situação socioeconômica mais elevada que a do paciente), **místico, fantástico, identificação**(síndrome de Capgras, o paciente julga que uma pessoa familiar foi substituída por um sósia; Já na síndrome de Fregoli, o paciente identifica uma pessoa familiar em um estranho), **culpa, ruína**(acha que só ocorre fracasso na sua vida), **somático** (ou hipocondríaco – o paciente acredita estar sofrendo de uma doença muito grave ), **místico**

#### Classificação:

Delírios sistematizados – há maior coerência interna. O delirante com ideias de perseguição é capaz de dizer quem o persegue, como e por quê.

Delírios não-sistematizados – são fragmentários, caóticos, desarticulados e sem concatenação.

#### Mecanismos formadores (ou substância primordial)

- Delírio intuitivo – corresponde à cognição delirante, é um fenômeno primário, sendo característico da esquizofrenia.
- Delírio imaginativo – é secundário a um distúrbio básico do humor, ocorre nas síndromes maníaca e depressiva.
- Delírio interpretativo – é secundário a alterações patológicas da personalidade, que levam o indivíduo a atribuir a posteriori significados patológicos, em geral autoreferentes, a situações corriqueiras. A lógica é preservada, e o conteúdo é verossímil. É típico do transtorno delirante.
- Delírio sensorial – é secundário a ilusões e alucinações; ocorre na esquizofrenia, na alucinose alcoólica etc.
- Delírio mnêmico – é secundário à atividade fabulatória de pacientes amnésicos ou demenciados.

## CONSCIÊNCIA DO EU

Propriedade através da qual o “eu se faz consciente de si mesmo”;

Atividade: pensamentos, sentimentos e ações;

Existência: estou vivo, existo

Unidade: sou único e inteiro;

Identidade: saber sobre si na sucessão do tempo; É o sentimento de, durante toda a vida e nas mais diversas situações, ter sido sempre idêntico a si próprio

Limites: separa o eu do ambiente(eu do não eu) e das vivências de outra pessoa; Essas características podem ser aumentadas, diminuídas ou abolidas(afirma que não existe)

## Unidade do eu

O indivíduo vivencia uma divisão do seu eu em duas ou mais partes, as quais existem de forma simultânea, porém conflituosa, não harmônica; ou então ele sente ser duas ou mais pessoas ao mesmo tempo.

- Dupla orientação autopsíquica (p. ex., o paciente diz ser João da Silva e também Jesus Cristo);
- Dupla orientação allopsíquica (estar em dois lugares ao mesmo tempo);
- Paratimia (uma discordância entre pensamento e afeto);
- Ambivalência afetiva (sentimentos opostos simultâneos relacionados a um mesmo objeto);
- Ambitendência (intenções contraditórias que são concomitantes).

## SENSOPERCEPÇÃO

Primeira etapa de cognição, é o conhecimento do mundo externo; A sensação é um fenômeno passivo, resultado por estímulos externos; **A percepção é um fenômeno ativo**, que é uma integração das funções sensoriais;

Alterações quantitativas:

- Hiperestesia: aumento da intensidade perceptiva;
- Hipoestesia: diminuição da intensidade perceptiva;
- Anestesia: abolição da sensibilidade;
- Agnosia: não reconhecer estímulos visuais, auditivos ou táteis na ausência do sensorial;
- Alucinação negativa: ausência de registro sensorial na visão sem lesão do órgão;
- Macrosopia: objeto maior que é;
- Micropsia: objeto menor do que é;
- Dismegalopsia: objeto deformado;

Alterações qualitativas:

- Pareidolia: imagem criada intencionalmente de percepções reais;
- Ilusão: percepção não intencional e falsa de um objeto real;

- Alucinação: percepção sem estímulo no espaço externo, ausência de crítica; Alucinose: se diferencia pela presença da crítica do paciente;
- Pseudoalucinação: dentro da mente;

As vivências alucinatórias podem ocorrer no campo visual (delirium), auditivas, olfativas, gustativas, cutâneas, cestesia (visceral), cinestésica (movimento);

### **CONAÇÃO E VONTADE : conjunto de atividades direcionadas para uma ação, composta por impulsos e vontade;**

Processo: intenção → análise → decisão → execução (psicomotricidade);

Pode haver um aumento, uma queda ou uma abolição desses instintos, podendo ser geral ou específico → hiperbulia, hipobulia, enfraquecimento ou intensificação do impulso específico (fome, sede, sono...)

Psicomotricidade: seria o executar ou a parte motora da conação;

- Pode também ser diminuída, aumentada e abolida → apraxia, hipercesia, hipocinesia, acinesia;

Ecopraxia: repetição das ações causadas por outro;

Esterotipias: ação repetitiva, sem finalidade, de grande frequência;

Maneirismo: movimentos expressivos exagerados;

Perseveração motora: repetição sem sentido de uma ação que foi executada adequadamente;

Intercepção cinética: interrupção brusca e incompreensível de movimento já iniciado;

Flexibilidade cerácea: rigidez muscular facilmente vencida;

Catalepsia: rigidez muscular difícil de ser vencida

#### **PROSPEÇÃO: plano de vida**

→ importante perguntar para pacientes depressivos

• É o planejamento que o indivíduo faz quanto à própria vida. Expectativa que se tem em relação ao futuro.

– Alterações quantitativas: Presente X Ausente (Ex: Retardo mental)

– Alterações qualitativas: Inequívoco X Inequívoco (impossível )

• Ex: "Vou eliminar agora todas as doenças do mundo" (Delirante)

#### **CONSCIÊNCIA DE MORBIDADE**

• Entendimento que o indivíduo tem sobre o seu estado de saúde

– Reconhecer que determinada vivência ou comportamento é anormal ou que uma doença o está acometendo (mental ou física)

– Sua Ausência é comum na psiquiatria, mas não é exclusiva.

• Ex: Paciente com doença grave ou incurável, nega que esteja doente

#### **PRAGMATISMO**

• Capacidade de colocar em prática, o que se deseja ou planeja. É uma medida da eficácia da função psíquica. Ele só se altera para menos:

– Hipoprágmatismo (Redução)

– Apragmatismo (Abolição)

Transtornos mentais levam a certo grau de hipoprágmatismo. • Ex: Estados maníacos pode haver hiperbulia (intensificação da vontade) com hipoprágmatismo (não termina o que começa)

## **SÍNDROMES**

SÍNDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Ansiosa	Exaltação afetiva (nervosismo), Labilidade de atenção, hipomnésia anterógrada, logorréia, aceleração do pensamento, diminuição da latência de resposta, impulsividade (conação), insônia e hipercesia (psicomotricidade). Não ligada a um objeto específico.
Fóbica	Tipo de ansiedade, reação desproporcional a situação ou atividade específica, reação irracional e comportamento de esquiva
Depressiva	Tristeza (exacerbação afetiva), hipobulia ou abulia (conação), e inibição do curso do pensamento (identificação do pensamento)
Maníaca	Euforia ou irritabilidade (exacerbação afetiva), fuga de ideias (forma do pensamento), agitação psicomotora
Estado de humor misto	Superposição de sintomas maníacos (euforia) e depressivos (tristeza), alentificação do pensamento, abulia (conação), fuga de ideias (pensamento) e agitação psicomotora,
Obsessiva-compulsiva	Obsessões (pensamento) e comportamento compulsivo (conação)

SÍNDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Conversiva	Queixa somáticas (Psicomotricidade), autossugestão patológica sem disfunções (Conação). <u>Sem</u> evento estressor. Vivências parecem reais!
Dissociativa	Alterações da consciência ou da memória, agitação ou estupor (psicomotricidade), sugestionabilidade patológica (conação), <u>Com</u> evento estressor. Vivências parecem reais!
Hipocondríaca	Crença de ter uma doença física (idéia sobrevalorizada), hiperestesias (sensopercepção), rigidez de atenção, sem consciência de morbidade!
Anoréxica	Diminuição do apetite (conação), idéias sobrevalorizadas (pensamento), macropsia: "Vê gordo, mesmo magro" (sensopercepção), ausência de consciência de morbidade
Bulímica	Aumento do apetite, perda do controle, impulsividade (conação), mecanismo compensatório (indução de vômitos)

SÍNDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Despersonalização-desrealização	Distanciamento e estranheza de si mesmo e do próprio corpo (despersonalização) ou em relação ao ambiente (desrealização)
Delirante-alucinatório	Delírios (conteúdo do pensamento), alucinações (sensopercepção)
Paranoide	Delírios paranoico (conteúdo do pensamento), sem alucinações
Alucinatório	Alucinação (sensopercepção), sem delírios
Hebefrênica	Desagregação do pensamento, embatimento afetivo, paratimias (afetividade), hipobulia (conação), aparência descuidada, maneirismo (psicomotricidade), comportamento pueril
Apática-abulímica	Embatimento afetivo, hipobulia (conação), desorientação alopsiúca, indiferença, aparência descuidada.
Catatônica	Negativismo (psicomotricidade), sugestionabilidade patológica, obediência automática (conação)

SÍNDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Amnésica	Amnésia de fixação, não há prejuízo global da cognição, desorientação, falsa-orientação alopsiúca
Demência	Consciência, amnésia de fixação, prejuízo global da cognição.
Delirium	Rebaixamento do nível de consciência, prejuízo global da cognição, de curso agudo, flutuante, pensamento empobrecido e desorientação.
Retardo mental	Intelectivo abaixo da média, atitude pueril, pensamento empobrecido, labilidade afetiva (episódios coléricos), perseverança motora (psicomotricidade), desorientação alopsiúca, hipomnésia de fixação
Autismo	Comprometimento global no desenvolvimento infantil, prejuízo na interação social e comunicação, comportamento restrito e repetitivo, embatimento afetivo, impulsividade (conação), inteligência abaixo da média ou ilhas de genialidade (Asperger)

## **SEMILOGIA NEUROLÓGICA**

O mini mental é um ótimo instrumento para a avaliação de déficit cognitivo, além de fácil aplicação; O mesmo observa por meio da orientação, retenção de dados, atenção, cálculo, memória, linguagem, nomeação, repetição, compreensão, leitura e escrita do paciente;

→ Comumente usa com idosos

**O corte varia de acordo com a idade e nível de conhecimento acadêmico;**

Analfabetos- mínimo 14 pontos

4 anos- mínimo 18 pontos

4-7 anos- mínimo 20 pontos

Ensino fundamental completo- mínimo 21 pontos

Ens. Médio completo- 23 pontos

Ens. superior completo- 26 pontos



### Anamnese neurológica

HDA: Data de início da doença, modo de instalação e evolução crônica dos sintomas;

Antecedentes pessoais: condições de parto e possíveis complicações, DNPM- Firmou a cabeça (4meses), sentou (7 meses) e andou e falou (16 meses)- e doenças anteriores;

### Investigação sintomatológica:

Cefaléia: Pode ter diferentes causas, como vasculares e tensionais; Pode ser dividida de acordo com a localização:

hemicraniana?Esquerda ou direita  
holocraniana?

Pode estar associada com outros sintomas- vômito, diplopia(visão dupla) convulsões( normalmente enxaqueca);

### Estado de consciência:

Vigília: sem nenhum problema

Obnubilação: estado de alerta com pequeno comprometimento;

Sonolência: desperta facilmente, responde mais ou menos e volta a dormir;

Confusão mental: perda de atenção e linearidade do pensamento;

Torpor: alteração de consciência mas responde a fortes estímulos;

Coma: não responde, nem com estímulos;

- Para a análise da consciência, podemos utilizar na Escala de coma de Glasgow também

### Tontura e vertigem:

Tontura é a instabilidade do equilíbrio e da marcha, enquanto a vertigem é a sensação de rotação;

Tontura de caráter rotatório- Começa de forma aguda, geralmente acompanhada de náuseas, vômitos, desequilíbrio, palidez e sudorese (causa vestibular)

A tontura também pode acompanhar uma sensação de desmaio( acompanhada de palidez e escurecimento da visão), causada por alteração do fluxo sanguíneo;

### Tremores:

Pode ser de repouso, vibratório, atitude ou ação;

- Repouso: fino, desaparece com o movimento;
- ocorre no parkinsonismo
- Vibratório: fino e rápido, de caráter emocional normalmente;
- Atitude: ao colocar o membro em uma posição ele treme→Flapping ou Asterix;
- Ação: aparece ou piora com o movimento→ doenças cerebelares

### Movimentos involuntários:

Coreia: rápido, amplo, desordenado e involuntário;

Atetose: movimentos lentos, indica lesão de núcleo da base;

Tiques: movimentos involuntários, como se fosse um espasmo muscular localizado;

Discinesias orofaciais: movimentos rítmicos e bizarros, similar ao de psicoses

### Convulsões:

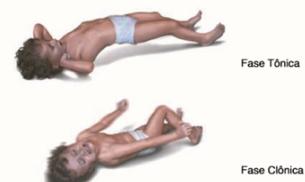
Descargas bioelétricas em pontos específicos do cérebro, caracterizada por movimentos súbitos, involuntários e paroxísticos;

Podem ser generalizados ou focais; Podem ser tônica (extensão, sustentadas e imobilizam as articulações ), clônica (flexão, rítmicas, contração alternada com relaxamento muscular) ou tônica-clônica

Focal(Parciais)

Parciais simples: não há perda da consciência, abalos nos membros ou face-

Parciais complexa : Perda da consciência com “Aura Epiléptica’



Podemos também ter as crises de ausência nas generalizadas, que ocorrem durante um breve período de perda de consciência com leve tremor palpebral

### Amnésia:

Se caracteriza como a perda de memória; Pode ser parcial, quando se mantém por um curto tempo, ou total;

Pode ser anterógrada, quando perde a memória APÓS a doença, ou retrógrada, quando não se lembra de eventos anteriores a doença;

**Distúrbios:** Os distúrbios podem ser divididos em visuais, auditivos, comunicação, gnosia e praxias;

Visuais:

- Ambliopia: redução;
- Amaurose: perda total;
- Diplopia: visão dupla;
- Hemianopsia: perde metade do campo visual;

Auditivos:

- Hipoacusia: deficiência auditiva que pode ser na condução ou neurosensorial;

Comunicação:

- Disartria: dificuldade de fala;
- Disfonia: alteração do timbre da voz(XI par)
- Dislalia: troca de letras, sem causa neurológica;
- Disritmologia: taquilalia e gagueira;
- Disgrafia: grafia incorreta;
- **Afasias- Motora:** dificuldade de escrever e falar  
Lesão de Broca; Sensorial: dificuldade em compreender Lesão de Wernick;
- Afasia global: afeta os dois
- **Gnosia:** é o distúrbio do reconhecimento → auditiva, visual, esteroagnosia (perde reconhecimento de tato), prsopagnosia (perde reconhecimento de fisionomia);
- Praxia: atividade gestual consciente e intencional;
- Apraxia: não consegue executar porém comprehende;

### Exame físico: PESCOÇO e coluna

Exame de carótidas → palpação e ausculta;

Mobilidade cervical → extensão, flexão, rotação e lateralização;

Rigidez de nuca → flexão suave da cabeça;

**Prova de Brudzinski:** flexão forçada da cabeça com flexão involuntária dos membros inferiores;

Coluna lombosacra → extensão, flexão, rotação e lateralização;

Prova de Lasegue: elevação do MI a 30° com dor na posterior;

**Prova de Kernig:** flexão do membro inferior em 90° em extensão da perna, refere dor; **Indicam: meningite ou hemorragia subaracnóidea;**

### Palpação de nervos:

Nervo ulnar(cubital); Nervo radial; Nervo mediano; Nervo fibular; Nervo tibial posterior;

**Marcha e equilíbrio:** Colocar o paciente para andar e observar se se enquadra em uma dessas

Cefante(hemiplégica): flexão do cotovelo, pronação da mão e elevação do MI;

Anserina: inclina para os dois lados;

Parkinsoniana: cabeça pra frente, parece que vai cair;

Cerebelar: ‘bêbado’, incoordenação;

Pequenos passos: atrofia cortical senil

Escarvante: levanta o MI como um ganso;

Em tesoura: pés se arrastam e se cruzam;

**Para a análise do equilíbrio estático, podemos fazer a prova de Romberg; Ficar de pé com olhos fechados, caso desequilibrio → lesão de aparelho vestibular**

**Motilidade:** Avaliar a movimentação, força e coordenação; Avaliar tonicidade (capacidade de contração, Normotônico; Hipotônico ou flácido; Hipertônico ou espástico ) e trofia (massa muscular)

- normo, hipo ou hiper

### Provas para força muscular:

Barré: em decúbito ventral, flexão do joelho;

Mingazzini: flexão da articulação do quadril e joelho; Braços estendidos;

**Coordenação:** a perda desta é a **ataxia**;

- Prova dedo-nariz (olhos abertos e fechados)



- Prova calcanhar-joelho



- Prova dos movimentos alternados (abrir e fechar a mão, pronação e supinação)

### Reflexos:

**Cutâneos:** Cutâneo plantar L5S2, estímulo na borda lateral da planta do pé com flexão dos dedos;

- **Se houver extensão Sinal de Babinski, lesão piramidal;** se dedos se expandem e se afastam, isso indica a presença do sinal de Babinski, que é considerado um sinal de possível lesão no sistema nervoso central.

Cutâneo abdominal → se superior T69, se médio T911, se inferior T11 12;

Reflexo cremásterico:L-1-2

**Profundos:** Observar se estão presentes e simétricos, graduando em cruzes:

Grau 0 ausente ou abolido

Grau (-) = hiporeflexia ou diminuído

Grau (+) = presente e normal

Grau (++) Reflexo vivo

Grau (+++) hiperreflexivo ou exaltado

**MMSS:**Reflexo bicipital - n. músculocutâneo C5 a C6 ;

Reflexo tricipital - n. radial C6 a C8 Reflexo

estilorradial - n. radial C5 a C6

**MMII:** Reflexo aquileu - n. tibial L5 a S1; Reflexo patelar - n. femoral L2 a L4

**Sensibilidade:** Observar a sensibilidade tática, térmica e dolorosa Classificar como hipoestesia, anestesia e hiperestesia;

Tátil - algodão;

Térmica - tubo com água;

Dolorosa - estilete rombo;

Auditiva - diapasão;

Estereognosia → dar um objeto e ver se o paciente reconhece ele com a mão

**NERVOS CRANIANOS**

Par craniano	Nome	Função
I	Olfatório	Olfato
II	Óptico	Visão
III	Oculomotor	Motricidade globo ocular
IV	Troclear	Motricidade globo ocular
V	Trigêmeo	Sensibilidade face, cav oral, nasal, dentes, língua, conjuntiva dura-máter; Motricidade mm. mastigadores
VI	Abducente	Motricidade globo ocular
VII	Facial	Mm da mímica e outros
VIII	Vestíbulo-Coclear	Equilíbrio e audição
IX	Glossofaringeo	Sensibilidade face, cav oral, língua, ouvido, gustação; Motricidade mm faringe
X	Vago	Inervação laringe, faringe, órgãos torácicos e abdominais
XI	Acessório	Inervação laringe e órgãos torácicos
XII	Hipoglosso	Motricidade língua

**1. Nervo olfatório:** Observar a capacidade do paciente de sentir cheiro de coisas muito fortes, como café, chocolate...

Em caso de lesão, pode ser uma anosmia- É a perda total do sentido do olfato- ou cacosmia a percepção de odores desagradáveis que não estão presentes no ambiente;

**2. Nervo óptico:** Analisar acuidade visual, campo visual e reflexo pupilar;

Acuidade visual é analisada pela Tabela de Snellen;

O campo visual é analisada pela campimetria;

Lembrar que o impulso direito interfere no lado externo do olho direito e lado interno do esquerdo, e vice versa

**3. Nervo oculomotor:** Observar o movimento da párpada, ocular extrínseca e intrínseca;

Se não consegue deixar a párpada aberta- ptose palpebral

Movimento pupilar: Via aferente- Fibras que saem da retina pelo nervo óptico (I par craniano) , Via Eferente-

III par craniano do mesencéfalo (núcleo

Edinger-Westphal)

Discoria: irregular;

Midríase: aumentada;

Miose: diminuída; Isocoria: iguais;

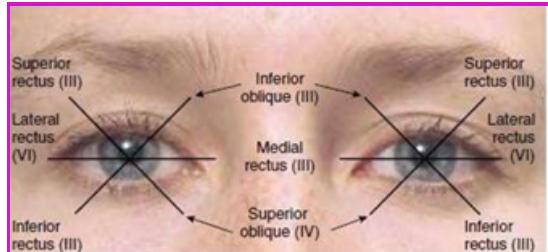
Anisocoria: diferentes;



enoftalmia: um ou ambos os olhos se deslocam para dentro da órbita ocular, parecendo "afundar" no crânio

**3, 4 e 6. Nervo oculomotor, troclear e abducente:**

Comandam os músculos oculares extrínsecos



**5. Nervo trigêmeo:**

Possui 3 ramos: o oftálmico, maxilar e mandibular; O exame da parte sensitiva deve ser feita na face e nos olhos → Reflexo córneo-palpebral;

O exame da parte motora é avaliado com os movimentos mandibulares;

**7. Nervo facial:** Motricidade da face, pode ser lesionado por diversas patologias DM, Infecções, otite, AVC, tumores...

Exame de mímica facial: errugar testa, franzir supercílios, fechar párpada, mostrar os dentes, abrir a boca, inflar a boca, fazer bico...

Em caso de paralisia facial, ela pode ser periférica ou central; todo desvio de rima é contralateral

- Periférica: toda a face ipsilateral é afetada;
- Central: apenas a parte inferior contralateral é afetada; rima contralateral



**8. Nervo vestíbulo coclear:** Associada com o equilíbrio (vestículo) e audição (cóclea);

Lesão de raiz do VIII par → vertigem, náusea, vômito, desvio lateral da marcha, sinal de romberg e consciência normal

Para observar a transmissão auditiva pode-se realizar o teste de rinne ou de weber;

- Rinne: diapasão se afastando;
- Weber: diapasão posicionado na testa;

**9 e 10. Nervo glossofaringeo e vago**

O nervo glossofaringeo normalmente está relacionado ao distúrbio do 1/3 posterior da língua; O nervo vago está relacionado a disartria, disfonia e regurgitação;

Lesão → Perda da gustação de 1/3 posterior da língua, desvio do véu palatino quando fala A ou E, reflexo faríngeo-nauseoso;

**11. Nervo acessório**

Responsável pelo músculo esternocleidomastóideo e trapézio; Movimentos do pescoço e ombros;

Atrofia e dificuldade em movimentar ombro e pescoço;

## 12. Nervo hipoglosso:

Relacionado aos músculos da língua e seus movimentos;

Dentro da boca a língua desvia para o lado bom e fora da boca pro lado comprometido;

### SEMOI RN

Recém-nascido é definido como um bebê que tem entre 0 e 28 dias de vida.

Pré-termo (ou prematuro): Bebês nascidos antes de 37 semanas completas de gestação. Podem apresentar órgãos e sistemas imaturos.

- RN pré-termo tardio (RNPTT): todos os RN nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias de gestação

A termo: Bebês nascidos entre 37 e 41 semanas completas de gestação.

- RN à termo precoce (RNT Precoce): todos os RN nascidos entre 37 e 38 semanas de gestação;

Pós-termo (ou pós-maturo): Bebês nascidos após 42 semanas completas de gestação. Podem enfrentar riscos adicionais, como a redução do líquido amniótico e o aumento do risco de complicações no parto.

### → EXAME FÍSICO

Detectar anormalidades anatômicas; determinar estado de saúde e avaliar riscos

O primeiro exame é realizado nas primeiras 4-6 horas

Se inicia com a história materna, dados do parto, dados do RN (exame sumário e detalhado)

- Exame físico sumário ou imediato:** Pessoa qualificada, temperatura do ambiente 26°, recém nascido despidos, cuidados para evitar infecção, classificar com IG, sinais e dados antropométricos → altura (48 a 53 cm), temperatura corporal (36,5-37,2), PC (33 a 35 cm), FR (30 a 60 RPM), FC (120 a 160 batimentos por min) e peso (2.500 a 4.000 gramas)

### Avaliação da IG

**Método de capurro:**  $\geq 1,5 \text{ kg}$  e  $\geq 34 \text{ semanas}$ , avaliação da IG depois do nascimento, avaliar se ela teve um crescimento intrauterino adequado

Forma de la OREJA (Pabellón)		0		8		16		24	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable	0	Palpable menor de 5 mm	5	Palpable entre 5 y 10 mm	10	Palpable mayor de 10 mm	15	
Formación del PEZON	Aparas rectas sin areola	0	Círculo menor de 7,5 mm Areola lisa y plana	5	Círculo mayor de 7,5 mm Areola punteada	10	Círculo mayor de 7,5 mm Areola plana	15	
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa	0	Fina lisa	5	Más gruesa discreta descamación superficial	10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies	15	
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues	0	Marcas mal definidas en la mitad anterior	5	Marcas bien definidas en la 1/3 anterior. Surcos en 1/3 anterior	10	Surcos en la mitad anterior	15	
								Surcos en mas de 1/3 mitad anterior	20

$$IG = K(204) + \text{SOMA DOS PONTOS} / 7$$

**Método de Ballard:**  $\leq 1,5 \text{ KG}$  e  $\leq 34 \text{ semanas}$ , avalia a Ig por aspectos neurológicos e físicos

New Ballard: estimativa da idade gestacional do recém-nascido						
	-1	0	+1	+2	+3	+4
Postura	...					
Ângulo de flexão do punho	>90°	90°	60°	45°	30°	0°
Retração do braço	...					
Ângulo popliteo	180°	160°	140°	120°	100°	90°
Sinal "do xale"	→	→	→	→	→	→
Calcanhar/orelha						
Pele	Pegajosa, frívola e transparente	Gelatinosa, vermelha e translúcida	Hipopigmentação roxa e veias visíveis	Zona ou descamação superficial e poucas veias	Despigmentação grossa, áreas de palidez e raras veias	Avergaminado, com fissuras profundas e sem vasos
Lanugo	Nenhum	Esparsos	Abundante	Fino	Áreas sem pelos	Praticamente Ausente
Superfície plantar	40 a 50mm: -1 <40mm: -2	>50mm sem marcas	Marcas tênues	Pregas plantares somente no terço anterior	Marcas nos 2 terços anteriores	Marcas cobrindo toda a superfície
Glândula mamária	Imperceptível	Pouco perceptível	Aréola plana sem glândula	Aréola parcialmente elevada, a 2 mm da glândula	Aréola de borda elevada, 3 a 4 mm da glândula	Borda elevada, 5 a 10mm da glândula
Olhos/orelhas	Palpebras fundidas frouxamente -1 fortemente -2	Palpebras abertas e pavilhão plano ainda dobrado	Pavilhão parcialmente reconvidado, mole, com recolhimento lento	Pavilhão completamente encurvado, mole, com recolhimento rápido	Pavilhão completamente encurvado, firme, com recolhimento instantâneo	Cartilagem grossa e orelha firme
Genital masculino	Escroto plano e liso	Testículo fora da bolsa escrotal e sem rugas	Testículo no canal escrotal e com rugas	Testículo descendendo e poucas rugas	Testículo na bota e rugas bem visíveis	Bolsa escrotal "em pendulo" e rugas profundas
Genital feminino	Citílos prominentes e lábios plánnos	Citílos prominentes e lábios menores pequenos	Lábios maiores e menores igualmente prominentes	Lábios maiores e menores pequenos	Lábios maiores e menores recobrindo o citílio e lábios menores	...

Pontuação	Idade em semanas	Pontuação		Idade em semanas
		20	22	
-10	20	21	22	32 + 4 d
-9	20 + 1 d	22 + 1 d	22	32 + 6 d
-8	20 + 6 d	23	23	33 + 1 d
-7	21 + 1 d	24	23	33 + 4 d
-6	21 + 4 d	25	24	34 semanas
<b>22 semanas</b>		25	25	34 semanas
-4	22 + 3 d	27	27	34 + 6 d
-3	22 + 6 d	28	28	35 + 1 d
-2	23 + 1 d	29	29	35 + 4 d
-1	23 + 4 d	30	30	36 semanas
0	24 semanas	31	31	36 + 3 d
1	24 + 1 d	32	32	36 + 6 d
2	24 + 6 d	33	33	37 + 1 d
3	25 + 1 d	34	34	37 + 4 d
4	25 + 4 d	35	35	38 semanas
5	26 semanas	36	36	38 + 3 d
6	26 + 3 d	37	37	38 + 6 d
7	26 + 6 d	38	38	39 + 1 d
8	27 + 1 d	39	39	39 + 4 d
9	27 + 4 d	40	40	40 semanas
10	28 semanas	41	41	40 + 3 d
11	28 + 3 d	42	42	41 + 1 d
12	28 + 6 d	43	43	41 + 4 d
13	29 + 1 d	44	44	41 + 6 d
14	29 + 4 d	45	45	42 semanas
15	30 semanas	46	46	42 + 3 d
16	30 + 3 d	47	47	42 + 6 d
17	30 + 6 d	48	48	43 + 1 d
18	31 + 1 d	49	49	43 + 4 d
19	31 + 4 d	50	50	44 semanas

→ Baixo peso: menor de 2,5kg

→ Muito baixo peso: menos de 1,5kg

→ Extremo baixo peso: menos de 1kg

SEGUNDO A OMS: Peso adequado para idade (AIG) entre os percentis 10 e 90; Peso pequeno para a idade gestacional (PIG) abaixo do percentil 10; Peso grande para a idade (GIG) acima do percentil 90

OBS do exame sumário: pele, exame do aparelho respiratório, exame cardiovascular, abdome, exame neurológico, eliminação de meconíio e urina

### • Exame físico detalhado

#### Postura

O tônus é classificado como normal se apresentar semiflexão dos quatros membros e resistência a abdução da coxa.

#### Estado de alerta

Importante perguntar a mãe se a criança é ativa para a amamentação.

#### Frequência cardíaca e respiratória

A FR máxima do recém-nascido é de 60 irpm e a FC tem média de 145 bpm, mas pode variar em uma faixa de 90 bpm a 180 bpm. Vale ressaltar também que arritmia sinusal ou respiratória é comum que aconteça nessa faixa etária e, geralmente, a FC aumenta na inspiração e diminui na expiração.

#### Temperatura

As variações normais de temperatura de acordo com o local. Considera-se hipertermia, se durante aferição, os valores obtidos estejam acima de 37°C.

#### Fácies simétricas

#### Pele

- Lesões benignas

Eritema tóxico: pequenas manchas ou bolhas vermelhas na pele, geralmente com um pequeno inchaço ou bolha no centro. Aparecem tipicamente dentro dos dois primeiros dias de vida, principalmente no rosto e tronco. Não é tóxico nem contagioso e desaparece após algumas semanas sem que seja necessário tratamento



Mancha mongólica: marcas de nascença mais comuns em recém-nascidos. Máculas esverdeadas-azuladas a acinzentadas, particularmente na área lombossacral e, podem ser confundidas com hematomas, tendem a desaparecer.



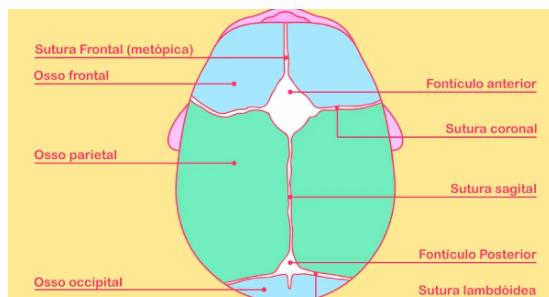
- Cianose
- Palidez

- Eritema
- Icterícia: zonas de Krammer, que consiste em estimar a quantidade de bilirrubina de acordo com o grau de acometimento icterico craniocaudal.



A icterícia presente nas primeiras 24h de vida é patológica e deve ser rapidamente investigada. Em comparação, a icterícia fisiológica aparece após o segundo ou terceiro dia de vida e pode estar relacionada ao próprio aleitamento materno. Zona 4 de Krammer acometida, mesmo no período fisiológico, deve ser investigada.

#### Crânio



**Bossa serossanguinolenta:** trata-se de um edema do couro cabeludo que não respeita o limite das suturas e é causado por trabalho de parto prolongado, no qual o RN fica muito tempo na descida do canal e extravasa líquido para o subcutâneo. Na palpação, a consistência é amolecida e é comum a presença de cacifo positivo.

**Cefalo-hematoma:** é um extravasamento sanguíneo que respeita as suturas crânicas devido a localização entre o osso e o periôsteo. Na palpação, a consistência é firme e o cacifo é negativo.

**Encefalocele:** classifica-se por ser tumoração grave devido a herniação do parênquima cerebral, geralmente no lobo occipital e frontal.

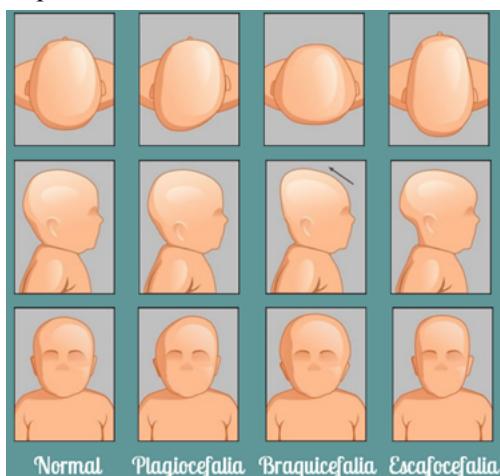
**Caput Succedaneum:** inchaço generalizado do couro cabeludo do recém-nascido que ocorre devido à pressão exercida durante o parto. Isso é causado pelo acúmulo de fluidos nos tecidos subcutâneos

Perímetro céfálico entre o percentil 10 a 90

Fontanela anterior: mede 1-4 cm, fecha até 18 meses de vida

Fontanela posterior: presente 3% RN, mede até 0,5 cm, fechamento até 2 meses

Fontanelas com diâmetro aumentado podem estar relacionadas com hipotireoidismo ou osteogênese imperfeita; Em caso das tensões tiverem aumentadas (abauladas) ou diminuídas (retraídas) pode ser sinal de Hipertensão intracraniana e desidratação respectivamente.



**Craniosinostose:** Precoce fechamento das suturas

**Craniotabes:** diminuição consistência dos ossos crânio, se palpa como bola de ping -pong

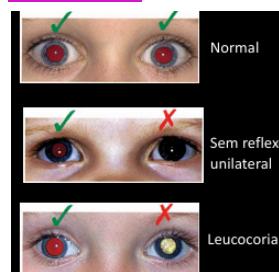


**Cabelo:** Cor está de acordo com o extrato racial ; Implantação não ultrapassar a margem frontal e termina acima das pregas do pescoço

**Olhos:** teste do olhinho (Reflexo Vermelho); Esclerótica é branca, pré termo é ligeiramente azul; Observar o alinhamento, formato e distância dos olhos, bem como a presença de pregas epicânticas – essas observações podem fornecer dados para alguma síndrome genética; Investigar a integridade da abertura ocular reflexos pupilares presentes/reagentes; Observar se há presença de edema conjuntival e secreção purulenta: sinais sugestivos de infecção bacteriana (conjuntivite bacteriana), relacionados a infecção por gonorreia na mãe

**Conjuntivite química:** ocorre quando há exposição dos olhos do bebê a substâncias químicas, geralmente durante ou logo após o parto.

**Teste do olhinho:** serve para detectar doenças desde o nascimento



**Leucocoria:** se refere à presença de um reflexo branco ou esbranquiçado na pupila do olho. Em vez do reflexo vermelho normal observado em um exame ocular, pode indicar várias condições oculares e sistêmicas

Muito comum a conjuntivite bacteriana depois dos sete dias, antes disso a secreção é apenas do parto e pode lavar com soro fisiológico

→ Cavidade bucal pequenos cistos esbranquiçados no palato duro e mole, chamados **pérolas de Epstein**



PÉROLAS DE EPSTEIN

→ Dentes devem ser removidos

- Observar o pavilhão auricular

Pescoço:

- Torcicolo congênito: contratura do músculo esternocleidomastóideo, bebê sempre está de um lado determinado, tratamento é fisioterapia

- Teratoma cervical: grande tumoração cervical na parte mediana, retirada

- Higroma cístico: tumoração cística variável, exame de imagem, cirúrgico

- Bócio congênito: se a mãe tiver tido algum tipo de hipotireoidismo



**Tórax:**

Evitar movimentos abruptos com RN

Observar a movimentação simétrica

Expansibilidade, a frequência respiratória de 40-60

Pausas respiratórias de 20 segundos sem respirar, em algumas patologias isso se modifica na anemia essa pausa é maior, pode haver cianose e bradicardia se esse tempo for aumentado

Clavículas íntegras, elas podem estar fraturadas

Tumefação mamária, pode ser um abcesso

Ausculta simetria de ruídos, roncus

Ausculta cardíaca: **FC 120-160**, ritmo, sopro + (nas primeiras 24 horas)

Frequência cardíaca (mpm)	
Idade	Variação
Recém-nascido	120-160
Lactente	90-140
Pré-escolar	80-110
Escolar	75-100
Adolescente	60-90

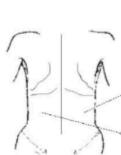
Frequência respiratória (irpm)	
Idade	Variação
Recém-nascido	30-60
Lactente	24-40
Pré-escolar	22-34
Escolar	18-30
Adolescente	12-16

Semiologia abdominal:



Divisão do Abdome

- 1. Hipocondriônio Direito
- 2. Epigástrico
- 3. Hipocondriônio Esquerdo
- 4. Flanco Direito
- 5. Mesogástrico ou umbilical
- 6. Flanco Esquerdo
- 7. Fossa ilíaca Direita
- 8. Hipogástrico
- 9. Fossa ilíaca Esquerda



Divisão do Abdome

- Parede Anterior
- Parede Posterior
- Região Lumbar Direita
- Região Lumbar Esquerda

Abdome (inspeção)

Distendido, flácido(normal)

Coto umbilical 2 artérias e 1 veia; de 5 a 15 dias ele cai

Hérnia umbilical (maioria deles tem, normal até dois anos, se depois permanecer tem que fazer cirurgia)

Hérnia inguinal: descida do conteúdo intestinal através do canal inguinal até o escroto, levando ao aumento desse órgão, patológica, só indica a cirurgia acima de dois quilos

Defeitos da parede abdominal:

- **Gastrosquise:** É uma condição em que há uma abertura na parede abdominal do bebê, geralmente à direita do cordão umbilical. Isso permite que os órgãos intestinais se projetem para fora do corpo. A abertura não é coberta por uma membrana, o que significa que os órgãos expostos estão diretamente em contato com o ambiente externo. A gastosquise geralmente é detectada por ultrassonografia durante a gravidez e requer cirurgia para reparar a abertura e reposicionar os órgãos no abdômen.



- **Onfalocele:** Nesta condição, os órgãos abdominais do bebê, como intestinos, fígado e, às vezes, outros órgãos, estão localizados fora do corpo, mas são cobertos por uma membrana fina. A onfalocele ocorre quando o cordão umbilical não se fecha completamente durante o desenvolvimento fetal, e a membrana que cobre os órgãos protetores é formada. A onfalocele também requer cirurgia para reparar a abertura e reposicionar os órgãos dentro do abdômen. Não

é tão urgente, dá para esperar, bebê vai até para casa



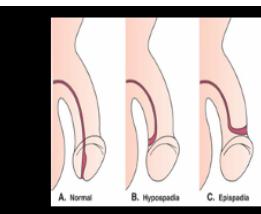
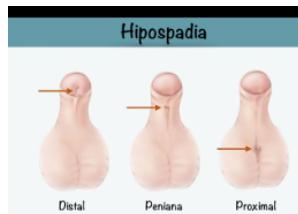
Abdome (palpação)

Palpação superficial

Palpação profunda

- Fígado : 1-2cm rebordo costal direito
- Baço: não palpável ou na altura do último arco costal
- Lojas renais

Área genital → Menino: formação do pênis, meato central, testículos em bolsa escrotal, hidrocele( presença de líquido no interior da túnica vaginal), fimose, epispadia (uretra abre face dorsal pênis), hipospadia (uretra abre na face Ventral pênis) ; Menina: examinar lábios(os maiores tem que estar cobrindo os menores), comissura himenal posterior hipertrofiada(variante normal do hímen), perda sanguínea vagina normal



Ânus e reto

A eliminação do meconio (primeiro cocô do bebê, só há problema se ele eliminar meconio ainda intrauterino) deve ser nas primeiras 48 horas; Diurese nas primeiras 24 horas, associado ao aleitamento materno; Posição anal deve ser central

Sistema osteoarticular

Movimentos simétricos dos membros, principalmente do RN que nasceu de parto normal

Não deve haver resistência à flexão ou extensão

Pregas palmares quando se suspeita de síndrome de down

Pé torto posicional e pé torto congênito(requer tratamento)

Coluna

Exame quadril com **Manobra Ortolani negativo**( exame clínico utilizado para detectar a **displasia do desenvolvimento do quadril** em recém-nascidos e bebês, é uma condição em que a articulação do quadril não se desenvolve corretamente, podendo levar a problemas de mobilidade e dor se não for tratada)



lateralizada e os membros em semiflexão; Hipertonia fisiológica

Movimentos de flexão-extensão dos membros (pedalagem ou natatórios) sugere convulsão (ela pode ser focal)



O reflexo tônico cervical **Magnus-Klein** é uma variação do reflexo tônico cervical onde a resposta motoras são observadas com um padrão específico:

- Cabeça Girada: Quando a cabeça do recém-nascido é girada para um lado, o reflexo Magnus-Klein faz com que o braço e a perna do lado da cabeça girada se estendam, enquanto o braço e a perna do lado oposto se flexionam. Esse padrão de movimento pode ser um pouco mais acentuado ou observar-se um maior grau de extensão ou flexão em comparação com o reflexo tônico cervical assimétrico.



Questões básicas antes da alta do Recém Nascido:

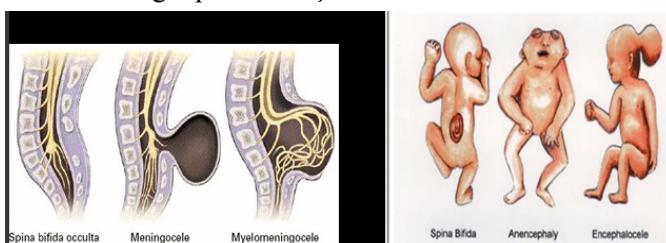
1. Observar se o bebê está com boa pega
2. Se há icterícia
3. Se apresentou Diurese
4. Se evacuação presente
5. Não deixar de realizar o Teste de Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)
6. Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho)
7. Teste do Coraçãozinho
8. Retornar para o Teste do Pezinho

#### TESTES:

1. Teste do Coraçãozinho (Oximetria de Pulso)
  - Objetivo: Detectar possíveis problemas cardíacos congênitos.
  - Como é Feito: Um sensor é colocado no pé ou na mão do bebê para medir a quantidade de oxigênio no sangue.
  - Quando é Realizado: Normalmente nas primeiras 24 horas de vida.
  - Interpretação: Se os níveis de oxigênio estão abaixo do esperado ou há uma grande diferença entre os membros superiores e inferiores, pode indicar a necessidade de investigação adicional para problemas cardíacos.

#### 3 Encefalocele:

- Ocorre quando uma parte do cérebro e das membranas que o cobrem se projeta através de uma abertura no crânio. Isso pode resultar em vários problemas neurológicos e pode exigir cirurgia para correção.



**Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ):** é a perda do contato da cabeça do fêmur com o acetáculo ao nascer causando luxação do quadril

**Exame neurológico :** RN deve estar acordado mas sem choro excessivo; Postura assimétrica, com a cabeça

2. Teste da Orelhinha (Emissão Otoacústica ou Eletrofisiológico)

- Objetivo: Avaliar a audição do bebê e identificar problemas auditivos precoces.
- Como é Feito: Um pequeno fone é colocado no ouvido do bebê, emitindo sons. O aparelho mede as respostas (ou emissões otoacústicas) refletidas pelas células ciliadas da cóclea.
- Quando é Realizado: Geralmente nas primeiras 48 horas de vida, mas pode ser repetido mais tarde se necessário.
- Interpretação: A ausência de respostas pode indicar perda auditiva e requer avaliação adicional.

3. Teste do Pezinho (Triagem Neonatal ou Teste do Pé)

- Objetivo: Detectar doenças metabólicas e genéticas raras que podem não ser aparentes ao nascimento.
- Como é Feito: Amostras de sangue são coletadas do calcanhar do bebê e enviadas para análise em laboratório.
- Quando é Realizado: Idealmente entre o 3º e 7º dia de vida.
- Interpretação: O teste verifica várias condições, incluindo fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e fibrose cística. A detecção precoce permite tratamento e manejo antes que sintomas graves se desenvolvam

## SEMO PEDIÁTRICA 07/08

Semiologia hematológica: doenças do sangue que tem algumas peculiaridades

Colher as informações em ordem cronológica

Idade é importante para pensar nas patologias que tem diagnóstico naquela idade

Lactente colhe a história pensando em doenças congênitas

Pré- escolares e escolares: doenças hematológicas mais comuns, são anemia carencial (começa no primeiro ano de vida), leucemia e púrpura (manchas roxas ou vermelhas na pele causadas pelo sangramento sob a pele)

Doenças congênitas o diagnóstico pode acontecer por toda vida

Anamnese mais detalhada possível (esforço para compreender as queixas de um indivíduo)

Informação acerca do princípio e da evolução de uma doença até a primeira observação do médico

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Motivo da consulta
- Tempo de doença
- Como começou a doença?
- Como evoluiu a doença? (início, circunstâncias e uso de medicamentos)

Importante é a história gestacional (gestação e parto), precisa falar da hpp, história familiar (genética), história alimentar

**HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:** Avaliar os antecedentes mórbitos pessoais (doenças, eventos alérgicos, cirurgias prévias, uso de medicamentos).

**HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO:** Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

**HISTÓRIA FAMILIAR:** Avaliar moléstias hereditárias e crônicas, consanguinidade, uso de drogas lícitas e ilícitas na família.

**HISTÓRIA IMUNOLÓGICA:** Averiguar atualização do calendário vacinal.

**HISTÓRIA ALIMENTAR:** Avaliar a qualidade e a quantidade dos alimentos oferecidos.

**HISTÓRIA GESTACIONAL E DO PARTO:** Avaliar o pré-natal, doenças na gestação e evolução do parto.

**HISTÓRIA SOCIAL:** Busca conhecer a situação familiar (moradia, renda, profissão e escolaridade dos pais).

Às vezes a mãe diz que a criança está "amarela" se o olho não estiver amarelo é palidez intensa, se ele estiver amarelo é icterícia (vários episódios de icterícia, pode ser uma anemia falciforme, a causa não é hepática nesse caso e sim hematológica, faz hemólise e faz icterícia)

Exame físico: já se avalia condições gerais



(Terceira infância- 10-19 anos)

### ANTROPOMETRIA:

- Perímetro céfálico: glabella e proeminência occipital, 33 a 34 cm (ao nascer); 0-3 meses dois cm por mês; 4-6 meses 1 cm por mês, 7-12 meses 0,5 cm por mês



Estado geral, palidez, febre, estado nutricional, petequias/equimoses, adenomegalias, hepato e esplenomegalia, massas palpáveis

Febre: Quanto? 37,8 para cima é febre, qual a periodicidade da febre? (contínua, ou intermitente aquela que vai e volta com um dia sim outro não)

Palidez: olhar a cor da pele e das mucosas (lobo da orelha e palma da mão também); evolução da palidez (já era pálido? anemia carencial, história alimentar vai dizer; ou se alimentava bem e do nada ficou pálido? não é anemia carencial, pode ser até uma leucemia aguda, caso mais grave)

Estado nutricional: a criança com câncer raramente chega com um estado geral muito ruim, a não ser que seja um câncer avançado com diagnóstico tardio

Petequia: sangramento cutâneo que não some com digitopressão; A Picada de mosquito, urticária e alergia some

Hepato e esplenomegalia é diagnóstico clínico

Inchaço= aumento do volume abdominal



Palidez discreta, cefaleia, PROPTOSE

Na exoftalmia o olho ta “esbugalhado” para fora, o olho não sai da órbita; já na proptose o globo ocular ele está protuso

O olho tem uma **massa palpável**, massa retroocular que empurrou o globo para frente

**Exoftalmia não dá unilateral** e hipertireoidismo em criança é raríssimo

Diagnóstico da criança: leucemia mieloide aguda que faz massa - cloroma

Taquicardia com sopro, com trombos e palidez: anemia com descompensação hemodinâmica(grave)

**Hematúria não é infecção urinária**, ainda mais em meninos ; hematúria- ou de origem renal ou bexiga, urgente o USG, pode ser cálculo, tumor renal , trauma, ou hemofilia

Circulação colateral nunca vai ser normal

## ANEMIA

Classificar anemia: hemoglobina baixa para idade, o hemograma dá os índices hematimétricos que oferece as características daquela hemoglobina que sugerem um tipo de anemia

Hipocrômica, microcítica, macrocítica

**RDW: que é a variação do tamanho dessa hemácia**

Microcítica: hemácia pequena, tem **VCM diminuído**, e **HCM baixo** ( e hipocrônica) principal diagnóstico anemia ferropriva,

Anemia microcítica e hipocrônica o principal diagnóstico diferencial é talassemia, como não confundir a talassemia com a anemia ferropriva? **Talassemia é congênita e o RDW normal pois as hemácias são quase todas pequenas então não tem muita diferença**

A ferropriva começa com perda de ferro, as hemácias vão ficando pequenas de forma gradual(por isso tem uma variação de tamanho entre as hemácias) **RDW aumentado**; já no traço talassêmico o RDW é normal

Anemias normocíticas: hemácias de tamanho normal e HCM normal

Sempre avaliar: anamnese, exame físico, exame complementar o hemograma, esfregaço periférico

AVALIAÇÃO DE ANEMIA ATRAVÉS DE VCM E RDW						
RDW	VCM					
	Diminuído	Normal	Aumentado			
Normal	Talassemias heterozigóticas		Perda sanguínea aguda: Doença hepática.	Doença hepática		
Aumentado	Anemia ferropriva		Anemia falciforme: Anemia hemolítica: Anemia sideroblástica.	Anemias megaloblástica e sideroblástica: Síndrome mielodisplásica: Anemia secundária a quimioterapia.		

Idade	Hemoglobina (g/dL)		Hematocrito (%)		VCM ( $\mu$ )		HCM (pg/cél.)	
	Média	Limite inferior	Média	Limite inferior	Média	Limite inferior	Média	Limite inferior
1 a 3 dias (RN a termo)	18,5	14,5	56	45	108	95	34	31
1 mês	14	10	43	31	104	85	34	28
2 meses	11,5	9	35	28	96	77	30	26
3 a 6 meses	11,5	9,5	35	29	91	74	30	25
6 meses a 2 anos	12	11	36	33	78	70	27	23
2 a 6 anos	12,5	11,5	37	34	81	75	27	24
6 a 12 anos	13,5	11,5	40	35	86	77	29	25
12 a 18 anos								

## SEMILOGIA ONCOLÓGICA 21/08

**-Leucemias agudas:** cânceres hematológicos caracterizados pela rápida multiplicação de células sanguíneas imaturas, chamadas de blastos, na medula óssea e no sangue periférico. Essas células imaturas não funcionam e se acumulam, interferindo na produção normal das células sanguíneas e causando diversos problemas.Podem ser: linfóide ou mielóide

Leucemia aguda é o mais comum na infância

Quando falamos sobre aguda e crônica nas leucemias não é tempo de evolução e sim por conta da célula. As leucemias agudas as células sofrem alteração e não param de crescer, sofre necrose espontânea e invade os tecidos adjacentes

Mecanismo do câncer depende de predisposição genética, que são genes que favorecem o aparecimento de câncer(proto oncogenes) mas também temos aqueles que suprimem(supressores de tumor), que nos protegem

Na infância não tem como prevenir

Algumas síndromes predispõem o aparecimento de câncer

Leucemia nasce na medula óssea, dentro dos ossos, principalmente os longos

Aumento de celularidade dá dor óssea

O câncer na infância é altamente curável, mas é totalmente dependente do diagnóstico precoce

**A dor da leucemia não melhora, não localizada, normalmente membros inferiores, é nos dois membros, é progressiva(dias a semanas)**

Palidez (evolução de dias), manchas roxas(equimoses ou petéquias em tronco e membros superiores é mais provável de ser leucemia), gengivorragia, aumenta o volume abdominal (hepatoesplenomegalia), evolui com linfonodomegalia, febre baixa vespertina e intermitente, alteração articular

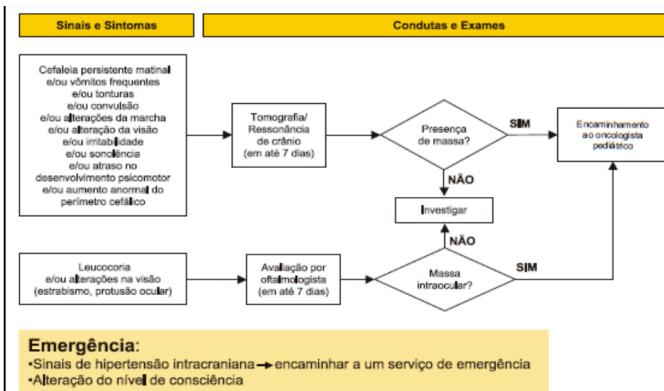
→ Massa mediastinal ocorre devido ao linfonodomegalia



50.000 leucócitos é leucemia até que se prove o contrário

Não medicar com corticóide, leucemia volta resistente a corticóide e a chance de cura vai cair, você vai dar remédios para tratar questões sintomáticas

**Tumores cerebrais:** Tumores sólidos mais comum na infância, os sinais e sintomas são comuns de outras doenças



Se a criança tem dor de cabeça precisa fazer o exame do fundo de olho

Fundo de olho consegue detectar edema de papila

Tem hipertensão intracraniana, precisa de uma imagem

**Vômito, claudicação, às vezes paralisia cerebral, convulsão**

Tumores cerebrais em criança é o que mais mata (porque é na cabeça e porque os diagnósticos são tardios)

Na maioria das vezes os tumores são infratentoriais (abaixo do tentório); abaixo da tenda do cerebelo, uma estrutura que separa o cerebelo e o tronco cerebral do restante do cérebro. Esses tumores afetam principalmente o cerebelo, o tronco cerebral e a região posterior do cérebro

O tumor cresce, obstrui o quarto ventrículo e causa hidrocefalia, e o paciente terá hipertensão intracraniana -Cefaléia, vômitos, irritabilidade, sonolência, marcha claudicante, estrabismo

Um paciente com um tumor cerebral supratentorial, dependendo do local o tumor é pequeno, e já deu a convulsão (focal, generalizada, parestesia, ou plegia), diminuição da força em membro superior

**obs:** parestesia é dormência ou formigamento, e plegia paralisia ou perda total do movimento de uma parte do corpo

**Sinal localizatório ajuda no diagnóstico precoce**

Pedir uma tomografia, a princípio sem contraste, mas se estiver pensando em tumor o ideal é pedir com contraste Ressonância: vê tronco cerebral e não tem radiação (ideal)

**Linfomas:** são o câncer que nasce nos linfonodos, linfonodomegalias

Síndrome de veia cava superior- comprimir os vasos

- Crescimento progressivo + maior de 3 cm → indicar biópsia

- 90% são reacionais (inflamatórias, infeciosas e pós virais)

Se for em um lugar anormal não precisa esperar ter 5 cm,

- Crescimento do Linfonodo Supraclavicular não é normal

- Geralmente são móveis e fibroelásticos (Linfomas ficam pétreos - se for metástase de tumor sólido e fixo - pelo tamanho, porque ele já está enorme e tem uma massa )

Biópsia: avaliar a indicação

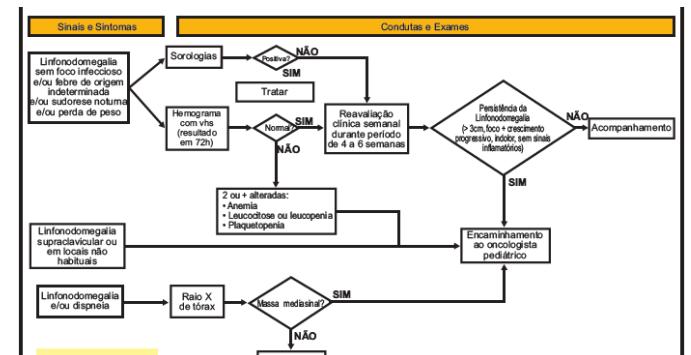
**Linfomas de hodgkin:** febre intermitente baixa, perda de peso acima de 10% em menos de seis meses, ou sudorese noturna, na infância, todos os linfomas são de alto grau, são cancer

Linfomas não hodgkin na infância a evolução é muito rápida

**A massa mediastinal pode causar:**

- Paciente não consegue deitar → Tosse e taquidispneia
- Síndrome de veia cava superior (comprimir os vasos) pela massa mediastinal

Se o paciente chega com grandes massas mediastinais se intubar não consegue extubar

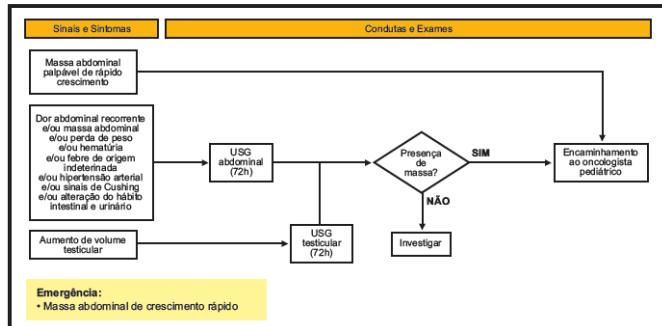


**Emergência:** massa mediastinal

**Massas abdominais:**

- Linfoma de Burkitt → Emergência oncológica (dobra de tamanho em 24 horas )

**Figura 5 – Fluxograma sobre os sinais de alerta para as massas abdominais**



Geralmente as massas abdominais são os tumores abdominais como neuroblastoma ou tumor renal

Apalpou o caroço abdominal independente do tamanho é tumor( vamos saber se é benigno ou maligno)

Precisa de uma USG que não seja eletiva( exame de ultrassonografia realizado de forma urgente)

Altamente curáveis, morbidade menor

Criança faz quimioterapia neoadjuvante, faz a quimio, o tumor diminui, opera e segue com a quimio

Anasarca(edema generalizado): a massa fez uma obstrução renal, e fez uma insuficiência renal

**Tumores ósseos de partes moles:** a primeira queixa é dor localizada, progressiva e aumento de volume(não é edema, é massa endurecida)

Raio X

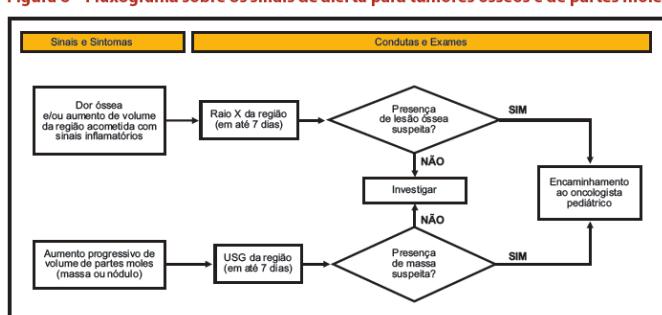
Lesão óssea que pode ser esclerótica mais branca, ou mítica “um buraco”

Precisa de biópsia, por agulha

Se teve fratura é uma fratura patológica não adianta fixar Perna, dedo, pálpebra, braço

Depende do diagnóstico precoce

**Figura 6 – Fluxograma sobre os sinais de alerta para tumores ósseos e de partes moles**



## SEMIÓ DO IDOSO

Qual a diferença entre senescênci a e senilidade?

A senescênci a são alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequênci a do processo de envelhecimento e senilidade são modificações determinadas por doenças que comprometem os idosos.

- Idoso saudável= capacidade preservada

## FISIOLOGIA DO IDOSO

**Nos idosos, ocorre a redução da(o):**

- A massa muscular, água corporal, metabolismo hepático, concent. plasmática, fluxo sanguíneo, neurotransmissores;

- O metabolismo hepático diminui, por isso, hoje em dia, damos preferências a medicamentos que evitam o metabolismo de primeira passagem no fígado, ou seja, medicamentos sublinguais.

- A quantidade de água intracelular diminui, o que gera um balanço hídrico negativo → redução no compartimento intracelular → por isso o idoso se desidrata tão facilmente e a função renal piora. Além de que o mecanismo da sede também diminui.

- Ter cuidado na hora de fazer a reidratação do idoso -> fazer mais lento;

**Nos idosos, ocorre o aumento da(o):**

- A proporção de tecido adiposos → altera a distribuição, absorção e excreção das drogas
  - Aumenta a absorção lipofílica e diminui das hidrofílicas (inclusive de vitaminas hidrossolúveis) com repercussões sobre os efeitos tóxicos e terapêuticos;
- A permeabilidade da barreira hematoencefálica → por isso que muitas doenças cursam com delirium e confusão mental.

**O IMC do idoso normal é de 22 a 27, mas a OMS já recomenda de 23 a 30.**

- Sempre se preocupar com a perda involuntária de peso no idoso;

## Temperatura

- O idoso possui inabilidades para a regulação da temperatura corporal por disfunção hipotalâmica devido ao processo de envelhecimento,
- Também responde de forma lenta aos pirogênios e tem dificuldade de produzir e conservar o calor por causa da redução da gordura subcutânea e da lentificação da vasoconstrição periférica.
- A febre pode estar ausente em processos infecciosos.
  - Febre:  $TAX \geq 37,2^{\circ}C$ .
  - Hipotermia:  $TAX < 35^{\circ}C$ .

## Alterações da Estatura, Peso e Envelhecimento

- A estatura reduz em cerca de 1 cm a cada 10 anos após os 40 anos, tornando-se mais acentuada após os 70 anos.
- Principais causas:
  - Achatamento das vértebras.
  - Anteriorização do pescoço;
  - Redução dos discos intervertebrais.

- **Cifose dorsal:** Curvatura exacerbada da parte superior das costas;
  - Essa cifose, leva a diminuição da expansibilidade da caixa torácica e aumento do seu diâmetro ântero posterior, o que pode levar ao examinador a pensar em DPOC, mas é normal e fisiológico.
- Lordose lombar;
- Arqueamento dos membros inferiores;
- Achatamento do arco plantar -> pé do idoso é chato -> contribui pra osteoartrose de joelho.
- O coração e a próstata são os únicos órgãos que aumentam;
  - Hipertrofia de próstata só é ruim quando tem sintomatologia associada;
    - Redução de jato, de LUX;
    -

Com o envelhecimento do Sistema respiratório, ocorre:

#### **Diminuição da produção de surfactante:**

- O surfactante ajuda a manter os alvéolos pulmonares abertos. Com a idade, há uma redução na produção de surfactante, o que pode resultar em:
  - **Atelectasias:** Colapso dos alvéolos, dificultando a troca de gases.
  - **Edema pulmonar:** Acúmulo de líquido nos pulmões.
  - **Infecções:** pneumonias.

#### **Redução do tecido elástico:**

- O tecido elástico nos pulmões diminui com a idade, o que leva ao **colapso das pequenas vias aéreas**. Isso afeta a capacidade dos pulmões de se expandirem e contraírem.

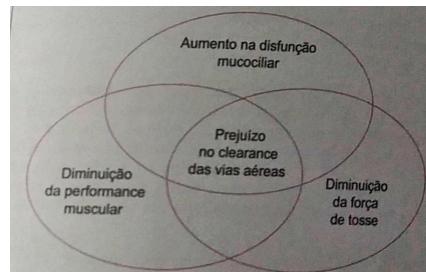
#### **Aumento do volume residual:**

- O volume residual refere-se à quantidade de ar que permanece nos pulmões após uma expiração completa. Nos idosos, esse volume aumenta, resultando em um quadro de **enfisema relativo**, que é uma condição em que os pulmões ficam mais "inflados", mas sem efetiva troca de gases,

devido à perda da elasticidade e ao colapso das vias aéreas;

- Isso torna a ausculta respiratória difícil e diminui os murmúrios vesiculares.
- Os idosos também têm uma menor resposta compensatória a situações de hipóxia;

#### **Diagrama de Venn:**



O **clearance** das vias aéreas refere-se à capacidade do sistema respiratório de remover secreções, partículas e microrganismos, e é essencial para manter a saúde pulmonar:

1. Diminuição da Performance Muscular: com o envelhecimento, há uma perda de massa e força muscular, o que afeta a musculatura respiratória, incluindo o diafragma e os músculos intercostais (sarcopenia). Isso reduz a eficácia da respiração profunda e a capacidade de gerar a pressão necessária para a expiração adequada.
2. Aumento na Disfunção Mucociliar: a função mucociliar é responsável pela remoção de partículas e microrganismos das vias aéreas. A disfunção desse mecanismo em idosos ocorre devido a mudanças na composição e viscosidade do muco e à redução da atividade dos cílios, o que diminui a capacidade de limpeza das vias aéreas.
3. Diminuição da Força de Tosse: a tosse é um reflexo protetor importante para limpar as vias aéreas. A diminuição da força de tosse nos idosos é causada pela perda de força muscular e pela redução da elasticidade pulmonar, tornando difícil a expulsão de secreções e corpos estranhos.

A sobreposição dessas três condições leva a uma redução significativa na capacidade de limpeza das vias aéreas. Isso aumenta o risco de acúmulo de secreções, infecções respiratórias e complicações pulmonares, como pneumonia e atelectasia.

Com o envelhecimento do Coração e vasos sanguíneos ocorre:

**Diminuição da Pressão Parcial de Oxigênio:**

- Prolonga o relaxamento do coração (diástole), resultando em aumento da pressão diastólica, que pode levar à **congestão pulmonar** e **disfunção diastólica** (dificuldade de enchimento do ventrículo esquerdo).
  - Por isso é tão comum IC com FE preservada.

**Aumento da Rigidez da Parede do Vaso:**

- Com o envelhecimento, a parede dos vasos se torna mais rígida e calcificada, aumentando a resistência vascular periférica (RVP) e a pós-carga, o que sobrecarrega o coração e predispõe a HAS.

**Aumento da Pressão Arterial Sistêmica:**

- Ocorre principalmente na **pressão sistólica**, que aumenta em cerca de 35 mmHg ao longo da vida, devido à **perda de elasticidade das artérias**.
- A resistência vascular periférica elevada leva a um **aumento da pressão diastólica**.

**Valvulopatias Degenerativas:**

- Degeneração das válvulas aórtica e mitral com o envelhecimento além da calcificação dessas, podendo causar **sopros**:
  - Sistólicos: inocentes ->sem impacto clínico relevante.
  - Diastólicos: sempre possuirão **repercussão clínica significativa** indicando valvulopatias graves.

**Aumento da rigidez miocárdica:** com o envelhecimento, o miocárdio (músculo do coração) torna-se mais rígido por causa da diminuição do colágeno, dificultando o relaxamento do ventrículo esquerdo após a contração, aumentando, também, a diástole.

Todos esses fatores podem levar a IC de fração de ejeção preservada.

**Piora do Enchimento Ventricular Esquerdo Atrial e Fibrilação Atrial:** Com a disfunção diastólica, há uma sobrecarga no átrio esquerdo, que precisa se esforçar

mais para encher o ventrículo esquerdo. Isso pode levar a dilatação do átrio e aumentar o risco de **fibrilação atrial** (arritmia cardíaca comum em idosos).

**Distúrbios de Formação e Condução do Estímulo**

**Cardíaco:** o sistema de condução elétrica do coração pode ser afetado pelo envelhecimento, com substituição do tecido especializado por tecido conectivo e gordura, além da fibrose. Isso aumenta o risco de arritmias.

**Arteriosclerose e Insuficiência Arterial:** São quadros comuns, muitas vezes, normais e sem repercussão clínica direta ou sistêmica, podendo ser típico da senescênciça.

**Redução do reflexo dos barorreceptores:** Os idosos têm menor capacidade de adaptar a pressão arterial a mudanças posturais, resultando em uma alta prevalência de **hipotensão postural**, especialmente em idades avançadas e em casos de desidratação ou uso de alguns medicamentos. Isso exige atenção especial na avaliação e manejo clínico para prevenir quedas, tontura e desmaio.

Com o envelhecimento dos Rins:

- Há uma diminuição do órgão em tamanho e volume, o que compromete sua capacidade de filtração e regulação de líquidos e eletrólitos no corpo.
- Há uma esclerose progressiva dos glomérulos e a massa tubular diminui, enquanto a quantidade de gordura nas lojas renais aumenta. Isso prejudica a capacidade de concentrar e diluir a urina.
- O fluxo sanguíneo renal diminui em aproximadamente 1% por ano após os 40 anos, resultando em uma perda de **50% após os 80 anos**. Isso reduz a capacidade dos rins de filtrar o sangue de forma eficiente.
- Com a diminuição da massa muscular e um menor consumo de proteínas, os níveis de creatinina sérica podem se apresentar aparentemente normais, mesmo quando a função renal está comprometida.
- **Creatinina Sérica e Depuração Renal:** Uma creatinina de 1,0 mg/dL em um adulto jovem pode corresponder a uma depuração de 120 mL/min, mas no idoso, a mesma creatinina pode indicar uma depuração de apenas 60 mL/min, evidenciando uma diminuição significativa da função renal. Ou seja, a creatinina sérica não reflete a real função renal.

- Por isso **SEMPRE CALCULAR O CLEARANCE DE CREATININA**
  - Para isso se usa a fórmula de Cockroft e Gault ou a CKD-EPI e MDRD (em idosos robustos).
- O ritmo de filtração glomerular, medido pelo clearance de creatinina, diminui progressivamente com a idade, cerca de 0,75 ml/min/ano. Após os 80 anos, essa redução pode chegar a **30-40%**. Isso significa que os rins têm menor capacidade de eliminar toxinas e substâncias do corpo.
- Com o envelhecimento, os rins perdem a capacidade de concentrar a urina e reabsorver sódio de forma eficiente, aumentando o risco de desidratação e **HIPONATREMIA**;
- A vit. D que é transformada pelo rim na sua forma ativa, também se reduz.

*Devido a todas essas alterações, a insuficiência renal relativa é comum em idosos.*

- Devido à função renal reduzida, é essencial ajustar a dosagem de medicamentos para evitar toxicidade. “el uaitibuk é una maravilha”
- CUIDADO com situações que podem sobrecarregar a função renal:
  - **Administração rápida e acentuada de líquidos:** Pode causar hipervolemia, insuficiência cardíaca e edemas.
  - **Uso de Contrastes Radiológicos e Antibióticos:** Pode levar à lesão renal aguda (IRA) em idosos.

#### Com o envelhecimento do Esôfago:

- **A motilidade do esôfago pode ser comprometida pela redução da amplitude das contrações musculares (rigidez esofágica) e pela presença de contrações terciárias (não propulsivas), que não ajudam no movimento do bolo alimentar (fazem ele “voltar” pra boca).** Esse quadro é chamado de **presbiesôfago**, característico do envelhecimento esofágico.
- A deglutição é um processo complexo que envolve a coordenação de músculos orofaríngeos e esofágicos, controlados por centros neurológicos específicos no cérebro e no tronco cerebral. Qualquer lesão que interfira na função desses centros ou nos nervos periféricos

pode levar à disfagia neurofuncional (dificuldade de deglutição por alterações neurológicas que afetam a coordenação dos músculos envolvidos nesse processo).

- **POR ISSO SEMPRE RASTREAR disfagia neurofuncional**
- Diagnóstico = videofluoroscopia por fonoaudiólogos.
- **Alteração da musculatura:**
  - Há um aumento da resistência à passagem dos alimentos pelo esfínter esofágico superior.
  - Já a incompetência do esfínter esofágico inferior leva à Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), permitindo que o conteúdo ácido do estômago retorne ao esôfago, causando sintomas como azia e dor retroesternal, podendo complicar para esôfago de Barrett.
- Existe, também, uma diminuição da produção de saliva e uma redução das papilas gustativas, por isso o idoso bota muito sal na comida.

#### Com o envelhecimento do Estômago:

- **Redução das células parietais e da mucosa gástrica** -> reduz a secreção de ácido clorídrico e pepsina, prejudicando a digestão de alimentos e a absorção de nutrientes, como o ferro e a vitamina B12.
  - Por isso, tomar cuidado com os IBP's e com gastrogel e alcalinizantes -> podem levar à anemia megaloblástica.
- **Aumento do Tempo de Esvaziamento Gástrico** devido à diminuição da motilidade do estômago, conhecida como **gastroparesia**, que é a lentificação do movimento do estômago para esvaziar o conteúdo alimentar.
- **Redução da Inervação Autonômica Gástrica:** contribui para a motilidade reduzida, agravando ainda mais a dificuldade no esvaziamento gástrico e levando a sintomas como saciedade precoce, inchaço e náusea.

#### Perda de dentes

- ↓ quantitativa e qualitativa da saliva
- ↓ coordenação neuro-muscular do esôfago

#### Consequências:

- Disfagia
- Regurgitação
- Dor retro-esternal
- Engasgamento
- Desnutrição

#### Estômago

- ↓ produção de ácido clorídrico
- ↓ produção de fator intrínseco

#### Consequências:

- Anemia
- ↓ Absorção de Vitamina B12
- ↓ Absorção de ferro
- Uso de IBP (Inibidores da Bomba de Prótons)

#### Côlon

- ↓ motilidade
- ↓ pressão intra-luminal dentro do intestino

#### Consequências:

- Constipação
- Divertículos

#### Com o envelhecimento do Fígado:

##### Redução do Metabolismo das Drogas:

- O fígado possui enzimas (citocromo P-450) responsáveis pelo metabolismo de muitas drogas. Com a idade, a atividade dessas enzimas diminui, resultando em um metabolismo mais lento de medicamentos. Isso pode levar a uma maior suscetibilidade a efeitos adversos e à necessidade de ajuste de doses.

#### 4. Diminuição da Síntese de Fatores de Coagulação Vitamina K-dependentes:

- O fígado sintetiza fatores de coagulação que são essenciais para a hemostasia. Com a idade, há uma diminuição na produção desses fatores, especialmente aqueles dependentes de vitamina K, o que pode aumentar o risco de sangramentos.
  - Além disso, é muito comum ver idosos tomando medicamentos antiagregantes plaquetários e anticoagulantes.

#### Com o envelhecimento da tireoide:

- Pode diminuir ou aumentar de tamanho por causa do aparecimento de lóbulos:
  - Bócio multilobular é muito frequente;
  - A tireoide é substituída por tecido gorduroso -> PODE SER SENESCÊNCIA;
- **Tireodopausa:** Diminuição gradual da função tireoidiana com o envelhecimento, semelhante à menopausa, mas para a glândula tireoide.
- Às vezes o TSH pode estar aumentado -> hipotireoidismo subclínico;
  - Isso ocorre porque, como a tireoide fica mais fibrótica e multinodular e sua função se diminui, a hipófise aumenta o TSH para estimular a tireoide a produzir mais T3 e T4;
  - Mas só se trata quando TSH > 10.
- Os níveis de PTH (hormônio produzido pelas paratireoides que regula o cálcio no sangue) tendem a aumentar nos idosos. Isso ocorre como um mecanismo para manter o nível de cálcio no sangue, que pode diminuir com a idade devido à menor absorção intestinal e aumento da excreção renal.

#### Com o envelhecimento do cérebro:

- O peso cerebral diminui, especialmente nos lobos frontal e temporal. Há também uma perda mais acentuada da substância branca (fibras nervosas) do que da substância cinzenta (corpos celulares dos neurônios).
- Há uma **atrofia cerebral** e consequente perda neuronal comum da senescência;
  - Não confundir com a senilidade.
- Há diminuição da produção de neurotransmissores essenciais: noradrenalina, catecolaminas, acetilcolina
  - Por isso não receber medicamentos anticolinérgicos;
  - **Hipocampo:** Perda de neurônios colinérgicos, o que impacta negativamente a memória e o aprendizado, sendo uma característica da doença de Alzheimer.
  - Há uma diminuição da produção de dopamina na substância negra, por isso não receber anti-dopamínérgecos;
- Há uma redução geral na capacidade cognitiva. Perdas significativas, no entanto, sugerem patologia, como demência.

- Algumas condições, como deficiência de vitaminas ou hipotireoidismo, podem ser reversíveis e não indicam danos permanentes.

### Imunossenescência:

- O sistema imune torna-se, menos eficiente. A resposta imune pode se tornar "menos apropriada e até danosa". Isso se refere ao fato de que o sistema imunológico, embora ainda ativo, pode responder de maneira inadequada, resultando em maior suscetibilidade a infecções e doenças autoimunes, além disso, a produção de Ig tbm diminui.
- O comprometimento da resposta imune celular (mediada por linfócitos T) também contribui para a reativação de infecções latentes, como a tuberculose (TB) e Herpes zoster.
  - A tuberculose no idoso é extremamente atípica e cursa como perda de peso.
- O envelhecimento está associado ao aumento na produção de autoanticorpos, o que eleva a frequência e a gravidade de doenças autoimunes, como artrite reumatoide, lúpus e arteriosclerose.
- Com o envelhecimento, há uma ativação crônica de citocinas inflamatórias, como IL-6, IL-1 e TNF-α. Essa inflamação crônica de baixo grau está associada ao desenvolvimento de doenças como aterosclerose, osteoporose e até demência, inclusive perda de peso;
- O idoso é pró-coagulado e pró-inflamado.

## AVALIAÇÃO DO IDOSO

2 grandes erros devem ser evitados:

1. **Considerar que as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes do seu envelhecimento** ► o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças.
2. **Tratar o envelhecimento natural como doença** ► e realização de exames e tratamentos desnecessários originários de sintomas e sinais que podem ser facilmente explicados pela senescência.

**SEMPRE FAZER AVALIAÇÃO FUNCIONAL JUNTO COM A AVALIAÇÃO CLÍNICA ADEQUADA.**

### REGRAS PARA ENTREVISTA (ANAMNESE)

- Tornar o ambiente mais adequado, cumprimentar, evitar falar os gritos, ficar de frente, olhar nos olhos, gesticular, perguntar se compreendeu;
- Ajude-o a se locomover, se levantar e etc;  
**GARANTIR QUE O IDOSO OU A FAMÍLIA ENTENDEU**

#### 1. Semiologia do Idoso ≠ Outras Especialidades:

- A semiologia geriátrica não se limita apenas à realização de exames voltados para doenças específicas. Envolve uma abordagem mais ampla, considerando aspectos funcionais e sociais, além de patologias.
- Em idosos, uma doença física pode se manifestar com sintomas predominantemente mentais, como confusão e desorientação (delirium), ao invés dos sinais típicos de febre ou dor.

#### 2. Avaliação Orgânica e Funcional:

- O foco na semiologia do idoso deve incluir a avaliação da funcionalidade e capacidade do paciente para realizar atividades diárias, além de considerar doenças e sintomas físicos.

#### 3. Anamnese e Identificação:

- **QP (Queixa Principal):** Pode ser difícil estabelecer uma queixa principal clara, pois os sintomas podem ser vagos ou múltiplos.
- **HDA (História da Doença Atual):** A cronologia dos sintomas em idosos é, muitas vezes, difícil de estabelecer, e histórias paralelas aparentemente irrelevantes podem ter importância clínica. Perguntas como "Como posso ajudá-lo?" ou "Quando começou?" são úteis para direcionar a anamnese.

#### 4. Interrogatório Sintomatológico:

- Investigação detalhada dos sintomas, considerando a possibilidade de apresentações atípicas de doenças comuns.
- Múltiplos problemas orgânicos, psicológicos e sociais estão presentes;
- Os sinais e sintomas típicos de doenças podem estar ocultos ou ser muito leves;

- Às vezes o aumento da FR precede uma pneumonia;

**5. AP (Antecedentes Pessoais) Fisiológicos:**

- Avaliação de aspectos fisiológicos que impactam a saúde do idoso, como hábitos de vida e alterações normais do envelhecimento.

**6. HPP (História Patológica Pregressa):**

- Revisão de diagnósticos anteriores, imunizações, internações, cirurgias e hábitos de vida.
- Trabalhar com lista de problemas;
- Às vezes se começa com a lista de medicamentos pra agilizar essa etapa;

**7. História Familiar e Social:**

- Inclui informações sobre o número de pessoas na casa, relacionamento familiar, renda familiar, características do domicílio e presença de maus-tratos.
- focar em quem ajuda o idoso não nas doenças que a família teve

**8. Inventário Medicamentoso:**

- Investigação extenuante do uso de medicamentos. Idosos frequentemente usam múltiplos medicamentos (polifarmácia), o que aumenta o risco de interações e efeitos adversos.
- As reações adversas a medicamentos são mais pronunciadas e mais prováveis;
- Fazer inventário medicamentoso → IATROGENIA (estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por um tratamento médico);
- Polifarmácia;

**9. Exame Físico + Exames complementares:**

- Deve ser completo, incluindo avaliação geral e por sistemas, buscando alterações que possam estar relacionadas ao envelhecimento ou a doenças específicas.
- Estado geral, grau de autocuidado e sinais de negligência, comportamento, independência, marcha e fala

**10. Lista de Problemas e Diagnósticos:**

- Organização dos problemas identificados, categorizando-os em sindrômicos (conjunto de sintomas), etiológicos (causa da doença) e planejando a abordagem.

**11. Escalas de Avaliação Geriátrica:**

- Utilização de ferramentas específicas para avaliar funcionalidade, independência e autonomia do paciente, como o Índice de Barthel e a Escala de Katz.

**12. Plano Terapêutico:**

- Elaboração de um plano que considere as necessidades globais do paciente, incluindo aspectos físicos, funcionais e sociais.

**13. Boa Relação Médico-Paciente (RMP):**

- A RMP é crucial na semiologia geriátrica. Uma boa RMP requer mais atenção e paciência por parte do profissional de saúde, sendo essencial para estabelecer confiança e facilitar a aliança terapêutica.

**14. Despertar Confiança e Aliança Terapêutica:**

- O paciente idoso pode informar pouco sobre a doença devido à timidez, medo de incomodar ou por não perceber a importância dos sintomas. O médico deve criar um ambiente de confiança para que o paciente se sinta à vontade para falar.

**15. Pacientes Intimidados pela Pressa:**

- A pressa do médico pode intimidar o paciente, que então omite informações importantes. É fundamental que o médico dedique tempo para ouvir o idoso, demonstrando interesse genuíno.

**16. Alteração nas Manifestações Clínicas:**

- O envelhecimento pode alterar a apresentação de doenças. O limiar de dor, por exemplo, pode ser elevado, tornando quadros graves, como infarto do miocárdio (IMA) ou abdome agudo, menos sintomáticos e mais difíceis de diagnosticar.

**17. Manifestações Atípicas das Doenças:**

- Doenças comuns podem se manifestar de forma atípica nos idosos. Por exemplo:
  - Delirium:** Em vez de febre ou dor, infecções como pneumonia (PMN) ou infecção do trato urinário (ITU) podem causar confusão mental.
  - Anorexia:** Pode ser uma manifestação de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou outras condições.

### Coleta da História

- Começar coletando informações gerais e, com base nelas, definir quais são as prioridades do paciente em cada um dos três critérios.
  - Definir Prioridades GIF: Grave, Incômodo e Funcionalidade.**
    - Grave:** Representa risco de vida ou complicações sérias para a saúde do idoso. Exemplos incluem:
      - Doenças agudas graves (ex.: infarto, acidente vascular cerebral).
      - Sinais de infecção grave.
      - Descompensação de doenças crônicas.
    - Incômodo:** causam desconforto ou incômodo significativo ao paciente, mesmo que não representem risco imediato. Exemplos incluem:
      - Dor crônica.
      - Sintomas como prurido, dispepsia, constipação.
      - Problemas que afetam a qualidade de vida, como insônia ou ansiedade.
    - Funcionalidade:**
      - AVD = se alimentar, vestir-se e tomar banho.
      - Mobilidade e risco de quedas.
      - Alterações cognitivas.

### QUEIXA PRINCIPAL

**Dificuldades na Queixa Principal (QP):** O paciente pode ter múltiplas morbidades e apresentar vários

sintomas. É importante focar naquilo que mais o preocupa no momento.

**Mito da Queixa Principal:** Não se deve assumir que a queixa apresentada é necessariamente a mais relevante. Sintomas que parecem vagos ou não específicos podem estar relacionados a condições graves ou negligenciadas.

**Tenha Cuidado com a Queixa Principal:** Subestimar uma queixa vaga pode levar a erros diagnósticos. Uma queixa aparentemente menor pode ser um sinal de uma condição subjacente mais séria.

**Queixa do Doente vs. Queixa da Família:** Muitas vezes, o que o paciente relata como problema principal pode ser diferente do que a família considera preocupante. Ambas as perspectivas devem ser consideradas para uma avaliação completa.

**Alterações Não Valorizadas (Iceberg):** Muitas mudanças, como quedas, alterações bucais, distúrbios gastrointestinais e cognitivos, podem não ser valorizadas e só são mencionadas quando questionadas diretamente. Essas questões podem representar a ponta de um "iceberg", indicando problemas mais profundos.

**História Deve Ser Obtida Diretamente do Paciente:** Sempre que possível, a história clínica deve ser obtida diretamente do paciente. No entanto, é importante confirmar as informações com a família, pois o paciente pode omitir ou esquecer detalhes relevantes.

### IS:

**Peso, Apetite e Emagrecimento:** Avaliar a variação de peso e apetite ao longo do tempo é essencial, pois mudanças significativas podem indicar doenças subjacentes como câncer, depressão ou distúrbios endócrinos.

- Curva de Peso e IMC:** Monitorar a evolução do peso e calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) para detectar desnutrição ou obesidade, que afetam diretamente a saúde e a qualidade de vida do idoso.

**Transtorno da Deglutição:** Problemas para engolir, conhecidos como disfagia, são comuns em idosos e podem levar a desnutrição, desidratação e risco de aspiração, causando pneumonias.

**Alteração da Visão e Audição:** Deficiências visuais e auditivas são frequentes em idosos e comprometem a qualidade de vida, aumentando o risco de quedas e isolamento social.

**Sintomas Obstrutivos Urinários, Incontinência e Constipação:** Problemas urinários, como incontinência e dificuldade para urinar, e constipação são frequentes e podem indicar disfunções do trato urinário ou gastrointestinal, além de estarem associados ao uso de certos medicamentos.

**Dor e Suas Características:** A dor deve ser investigada quanto à localização, intensidade, tipo e fatores que aliviam ou pioram, pois pode ser um sintoma de diversas condições, desde artrite até problemas cardíacos.

- Intensidade da dor -> escala analógica de 0 a 10.

**Dor Precordial e Taquicardia:** Dor no peito e palpitações devem ser avaliadas com atenção, pois podem indicar doenças cardíacas como angina ou arritmias.

**Tonturas, Perda de Consciência e Síncope:** Tonturas e desmaios podem ser sinais de doenças cardiovasculares, alterações neurológicas ou efeitos adversos de medicamentos.

**Quedas, Circunstâncias e Consequências:** Avaliar o número de quedas, as circunstâncias em que ocorreram e as consequências (como fraturas) é essencial para prevenir novos episódios e planejar intervenções.

**Esquecimento e Sintomas Neuropsiquiátricos:** Alterações cognitivas, como perda de memória, e sintomas neuropsiquiátricos, como insônia e depressão, são comuns e podem indicar demência ou outros distúrbios psiquiátricos.

**Prurido:** Geralmente é resultado de ressecamento excessivo da pele (xerose), mas também pode estar associado a doenças sistêmicas, como insuficiência renal, hepática ou reações a medicamentos.

**Dispneia:** pode se manifestar como agitação, confusão mental ou até alterações comportamentais. Esses sinais podem indicar a gravidade do quadro subjacente.

- **Doenças Progressas:** Antecedentes de doenças pulmonares ou cardíacas podem dificultar a determinação da causa da dispneia.

- **Infarto do Miocárdio Agudo (IMA):** A dispneia é o sintoma mais frequente em cerca de 50% dos casos de IMA em idosos e pode substituir a dor torácica como manifestação principal. Isso ocorre especialmente em pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC).

**Dor Precordial:** Associada a outros sintomas como palpitações, variações nos níveis de pressão arterial e dor torácica podem estar presentes. A avaliação desses sinais é essencial para diagnosticar condições cardíacas como angina ou infarto do miocárdio.

### **EXAME FÍSICO**

**Estado Geral:** observa-se o **grau de autocuidado**, sinais de negligência, comportamento, independência, marcha e fala.

- **Dados Antropométricos:**

- **Peso, Altura, IMC:** Monitorar o peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC) é fundamental para detectar desnutrição ou obesidade.
- **Curva de Peso:** Analisar a evolução do peso ao longo do tempo para identificar tendências.
- **Circunferência da Panturrilha:** Medida útil para avaliar a massa muscular e o estado nutricional.

- **Temperatura Corporal:**

- **Temperatura Axilar:** deve durar mais tempo (5 minutos) para garantir uma leitura precisa, pois a circulação periférica pode ser comprometida.

- **Avaliação de edemas,** hidratação das mucosas, perfusão, além de sinais como icterícia e cianose.

- **Postura e Atitude Preferencial:**

- **Dados Vitais:** pulso, frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA), peso e avaliação da dor (DOR).

- **Velocidade da Marcha:** indicador funcional importante.

- Uma velocidade superior a 1 metro por segundo sugere boa mobilidade e menor risco de quedas. Velocidades menores podem indicar fragilidade e risco aumentado de declínio funcional.

### **FÁCIES**

## Doença de Parkinson:

- **Características:** Face fixa, imóvel, inexpressiva, com aparência de "máscara". A pele é frequentemente oleosa, e a cabeça pode estar inclinada para frente.

## Depressão:

- **Características:** Expressão facial triste, fronte enrugada, olhar sem brilho, apatia.

## Demência:

- **Características:** Mímica pobre, lábios entreabertos, olhar vago, fixo no infinito.

## Discinesias Orofaciais ou Bucolinguais:

- **Características:** Movimentos involuntários da boca, língua e face. Comum em pacientes desdentados, com déficit cognitivo e uso de antipsicóticos ou antiparkinsonianos.

## PELE

1. **Melanose Senil:** áreas hiperpigmentadas que surgem principalmente nas áreas expostas ao sol, como mãos, braços e rosto, como resultado do acúmulo de melanina devido à exposição crônica aos raios ultravioleta ao longo da vida.

2. **Cutis Romboidal:** textura rugosa e um padrão de linhas cruzadas na pele, geralmente no pescoço, devido ao envelhecimento e à exposição solar.

- **Aspecto:** A pele apresenta uma aparência enrugada e espessa, com sulcos profundos, formando um padrão romboidal.

3. **Queratose Actínica:** Lesões ásperas, rugosas e descamativas que aparecem em áreas expostas ao sol, como rosto, orelhas e dorso das mãos.

- **Significado Clínico:** São consideradas lesões pré-malignas, com potencial de evoluir para carcinoma espinocelular, sendo importante sua vigilância e tratamento.

## 4. Úlceras por Pressão: Índice de cuidado

- **Definição:** Lesões que ocorrem devido à pressão prolongada entre a pele e superfícies rígidas,

como a cama, resultando em danos aos tecidos subjacentes

- Escala de Braden: Ferramenta usada para avaliar o risco de um paciente desenvolver úlceras por pressão. Avalia fatores como percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/cisalhamento.
- Pacientes com escores baixos na escala estão em maior risco e requerem medidas preventivas mais intensas.
- **Colonização e Infecção:** Todas as úlceras são colonizadas por bactérias, mas nem todas apresentam infecção.
  - Infecção: Pode ser local, afetando apenas a úlcera, ou sistêmica, com complicações como sepse.
- **Classificação das Úlceras por Pressão:**
  - Grau I: Hiperemia persistente, com vermelhidão que não desaparece com a pressão. A pele ainda está intacta.
  - Grau II: Lesão mais superficial, atingindo a epiderme e a derme. Pode haver presença de bolhas, abrasões ou pequenas áreas de perda de pele.
  - Grau III: A lesão ultrapassa a derme e o tecido subcutâneo, atingindo a fáscia muscular. As bordas podem estar elevadas e o tecido circundante, comprometido.
  - Grau IV: Lesão mais profunda, com necrose tecidual envolvendo músculos, ossos e tendões. Pode haver formação de túneis e fistulas, e há risco elevado de complicações graves, como osteomielite.

## OLHO

### Ectrópio e Entrópio:

- **Ectrópio:** É a eversão (virada para fora) da pálpebra, geralmente a inferior, expondo a conjuntiva palpebral. Isso pode causar irritação ocular e predispor a infecções.
- **Entrópio:** É a inversão (virada para dentro) da pálpebra, fazendo com que os cílios entrem em contato com a córnea e conjuntiva, podendo causar desconforto, abrasão e ulceração da córnea.

**Pupilas:** Com o envelhecimento, as pupilas tornam-se menores, um fenômeno chamado miose senil.

- **Tempo de Reação:** O tempo de relaxamento e acomodação do cristalino aumenta com a idade, dificultando a adaptação a mudanças de luminosidade. No entanto, a resposta à luz permanece preservada.

## TÓRAX

### Forma do Tórax:

- **Tórax Insuflado:** Com o envelhecimento, há aumento do diâmetro anteroposterior (AP) do tórax, o que pode ser visualizado como um tórax insuflado.
- **Cifose:** A curvatura acentuada da coluna vertebral (cifose) é comum e pode ser secundária a osteoartrite (OA) e osteoporose (OP) com fraturas vertebrais.

### Rigidez e Debilidade Muscular:

- **Diminuição da Amplitude dos Movimentos Respiratórios:** A rigidez da parede torácica e a fraqueza muscular levam a uma menor amplitude dos movimentos respiratórios, tanto na inspiração quanto na expiração.

**Achados Positivos Pulmonares:** Os achados pulmonares, como estertores ou sibilos, têm o mesmo significado clínico no idoso que no adulto jovem, indicando condições como pneumonia, insuficiência cardíaca ou bronquite.

### Expiração Prolongada:

- **Elasticidade Pulmonar Reduzida:** Com a idade, há uma diminuição da elasticidade pulmonar, o que resulta em uma expiração mais duradoura, típica de condições obstrutivas como enfisema.

### Expansibilidade Torácica Diminuição:

- **Limitada no Idoso:** A expansibilidade torácica, que é a capacidade de expansão do tórax durante a respiração, é reduzida nos idosos devido à rigidez das articulações costovertebrais e perda de elasticidade do tecido pulmonar.

### Disfagia e Aspiração:

- **Disfagia:** Em idosos com dificuldades para deglutição, existe o risco de aspiração de alimentos para as vias aéreas, levando a infecções pulmonares ou broncoaspiração.

**Frequência Respiratória:** A frequência respiratória superior a 24 irpm (inspirações por minuto) tem um valor preditivo importante, podendo preceder o diagnóstico clínico de pneumonia (PNM) em até 3-4 dias. Isso sugere que, em pacientes idosos, a taquipneia é um sinal precoce e relevante de infecção pulmonar, mesmo antes de outros sintomas se manifestarem.

**Ausculta Pulmonar:** no idoso é mais difícil, pois eles geralmente não conseguem realizar inspirações profundas, o que limita a detecção de sons respiratórios anormais.

- Muitas vezes, crepitações nas bases pulmonares em idosos podem não ter uma relevância clínica específica, o que pode confundir o diagnóstico.
- Ruídos pulmonares residuais de doenças prévias podem dificultar a interpretação de novos quadros agudos, tornando o diagnóstico diferencial mais complexo.

**Ausência de estertores** durante a auscultação não exclui a presença de pneumonia. Em idosos, a ausência desses sons é comum, mesmo na presença de infecção ativa.

### Relação com a Imagem Radiológica:

- As crepitações típicas de pneumonia podem não aparecer imediatamente na imagem radiológica.
- As alterações no RX podem demorar até 72 horas para se tornarem evidentes, indicando que, em idosos, o diagnóstico de pneumonia deve ser considerado mesmo com um RX inicial normal.

**Choque da Ponta:** Não é um marcador clínico confiável para a avaliação da área cardíaca.

**Terceira Bulha (B3):** é sempre patológica. Indica insuficiência ventricular esquerda.

**Quarta Bulha (B4):** Pode ser detectada em até 94% dos idosos, independentemente da presença de cardiopatia. Tem valor diagnóstico limitado e é considerada fisiológica em muitos casos.

## Sopros Cardíacos

**Pulso Irregular:** Um pulso irregular pode indicar fibrilação atrial, que é uma arritmia mais frequente e grave em idosos.

### HAS:

Hipotensão Ortostática (HO): Queda da pressão arterial (PA) sistólica  $\geq 20$  mmHg ou da PA diastólica  $\geq 10$  mmHg ao mudar de posição (deitado para sentado/em pé).

#### • Classificação:

- **HO simpaticotônica:** resposta cardíaca compensatória com aumento da FC em até 20 bpm, geralmente associada à descondicionamento físico, hipovolemia, uso de medicamentos.
- **HO por disfunção autonômica:** ausência de aumento compensatório da FC com queda postural da PA (aumento < 10 bpm).
- **HO por distúrbio vagal:** diminuição da FC associada à queda postural da PA.

**Hipertensão Sistólica Isolada (HSI):** Importante fator de risco para doenças cardiovasculares.

**Hipertensão do Avental Branco: comum.**

**Hipotensão Pós Prandial:** queda de PA após refeições.

**Pseudo Hipertensão:** ocorre quando os valores de pressão arterial medidos são falsamente elevados em relação à pressão arterial real. Isso acontece principalmente em idosos devido à calcificação e rigidez das artérias, o que dificulta a compressão do vaso pelo manguito do esfigmomanômetro.

- **Diagnóstico:** Sinal de Osler positivo (pulso palpável em artéria aparentemente ocluída pelo manguito).
- **Confirmação:** Uso de métodos invasivos ou outras técnicas (como monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA).
- **Atenção:** Considerar idosos com hipertensão resistente a tratamentos ou com sintomas de hipotensão sem explicação.

### Metas:

- Idosos < 80 anos:

- Meta: Pressão arterial  $< 140/90$  mmHg.
- Idosos > 80 anos com cognição e funcionalidade preservadas:
  - Meta: Pressão arterial  $< 150/90$  mmHg.
- Idosos frágeis, com várias comorbidades e expectativa de vida limitada:
  - Meta: Decisão terapêutica individualizada.

### ABDOME:

**Flacidez muscular da parede abdominal:** Facilita a palpação profunda, podendo identificar fecalomias, especialmente em sigmoide e transverso, conhecido como sinal de Gersuny.

**Distensão abdominal falsa:** A perda de musculatura pode dar impressão de distensão, mesmo na ausência de doença.

**Palpação obrigatória:** Deve-se buscar sinais de bexigoma, massas e hérnias.

**Aneurisma de aorta abdominal (AAA):** Deve ser sempre pesquisado em idosos.

**Toque retal:** mandatório.

### OSTEOMUSCULAR

- Avaliar sempre bilateral;
- Osteoartrite;
- Os idosos tem muita patologia de ombro
- Quando o idoso cai e tem fratura de fêmur você pode encontrar a rotação lateral da fratura.

### NEUROLÓGICO

- Glasgow e orientação;
- avaliar equilíbrio e marcha

### Tipos de Marcha:

- **Hemiparética:** Geralmente associada a lesões cerebrais ou acidentes vasculares encefálicos.
- **Ataxia Cerebelar:** Marcha de ebrio, caracterizada por instabilidade e dificuldade de coordenação.
- **Marcha Festinante:** Passos curtos, lentos, com tronco inclinado para frente e tremor de repouso. Comum na Doença de Parkinson (DP), doenças cerebrovasculares e Hidrocefalia Normotensiva (HPN).

**Reflexos Osteotendinosos:** Podem estar diminuídos (↓) em idosos, indicando uma redução na resposta neuromuscular devido ao envelhecimento.

**Resposta Extensora Plantar (Sinal de Babinski):** O sinal de Babinski pode ser prejudicado em pacientes com deformidades como o hallux valgus.

**Rigidez em "Roda Denteada":** Associada ao parkinsonismo, refere-se à resistência irregular e intermitente ao movimento passivo das articulações, semelhante ao movimento de uma roda dentada.

**Reflexos Primitivos:** Reflexos presentes na infância que, ao reaparecerem na vida adulta, indicam comprometimento cerebral difuso, como nos processos de demência.

**Movimentos Bradicinéticos:** Associados ao parkinsonismo, inclui acinesia (dificuldade para iniciar movimentos), tremor, rigidez e instabilidade postural. São característicos da Doença de Parkinson e condições semelhantes.

**Movimentos Hipercinéticos:** Incluem movimentos involuntários excessivos, como coreias, mioclonias e discinesias. Esses movimentos são opostos aos bradicinéticos e podem ser observados em diversas condições neurológicas.

AGA

**1. Marcha e equilíbrio:**

- Escalas usadas: TINETTI e GET UP AND GO.

**2. Função cognitiva:**

- Escalas como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Exame Geriátrico de Depressão (EGD).

**3. Condições emocionais:**

- Avaliação do estado emocional e possíveis alterações de humor.

**4. Suporte familiar e social:**

- Análise do suporte que o idoso recebe de sua rede social e familiar.

**5. Capacidade para executar atividades de vida diária (ABVD):**

- Escala de KATZ.

**6. Capacidade para executar atividades instrumentais de vida diária (AIVD):**

- Escala de LAWTON.

**7. Estado nutricional:**

- Avaliação nutricional através de métodos como a Mini Avaliação Nutricional (MAN).

**8. Deficiências sensoriais:**

- Análise de possíveis deficiências auditivas, visuais e de outros sentidos.

**9. Fatores socioambientais:**

- Consideração de fatores externos que podem afetar a saúde e o bem-estar do idoso.

Gigantes da Geriatria e Síndromes Geriátricas (vai cair)

Condições de saúde complexas que ocorrem predominantemente em idosos e geralmente não correspondem a doenças específicas, mas sim a um conjunto de problemas inter-relacionados que impactam a saúde global e a qualidade de vida.

Características dos Gigantes da Geriatria:

- **Etiologia Múltipla:** Normalmente, essas condições não possuem uma única causa definida e resultam da interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais.
- **Declínio Funcional e Dependência.**
- **Qualidade de Vida:** Não causam risco iminente de morte, mas comprometem significativamente a qualidade de vida.
- **Abordagem Multidisciplinar.**

Exemplos de Gigantes da Geriatria:

**1. Instabilidade Postural e Quedas;**

**2. Incontinência Urinária e Fecal;**

**3. Síndrome da Fragilidade:** Diminuição geral das reservas fisiológicas, levando a vulnerabilidade aumentada a estressores.

**4. Imobilidade:** Dificuldade ou incapacidade de se mover, que pode ser causada por várias condições médicas.

**5. Delirium:** Confusão mental aguda, muitas vezes associada a doenças físicas ou uso de medicamentos.

7 Is da Geriatria

Conjunto de síndromes geriátricas que refletem condições comuns e importantes na prática clínica geriátrica, frequentemente identificadas em pacientes idosos:

- 1. Insuficiência Cognitiva:** Deterioração das funções cognitivas, como memória, raciocínio e habilidades de comunicação. Exemplos incluem demência e delirium.
  - 4 D's: Depressão, Delirium, Doenças mentais e Demência.
  - **Delirium:**
    - Característica Principal:** Redução aguda da capacidade intelectual.
    - Muito comum em paciente hospitalizado;
    - Sintomas:** Alteração da atenção e consciência.
    - Causas:** Medicações, abstinência, distúrbios eletrolíticos, infecções.
    - População Afetada:** Comum em pacientes hospitalizados.
    - Curso:** Agudo e flutuante.
  - **Demência:**
    - Característica Principal:** Diminuição persistente e progressiva das funções cognitivas.
    - Sintomas:** Perda de memória, dificuldade de raciocínio, alterações de comportamento.
    - Causas:** Doença de Alzheimer, demência vascular, corpos de Lewy, demência frontotemporal.
    - Curso:** Insidioso e progressivo, sem comprometimento da consciência.
  - **Depressão:**
    - Característica Principal:** Humor deprimido.
    - Sintomas:** Diminuição da memória, alterações no apetite e peso, distúrbios do sono, ideação suicida.
    - Curso:** Pode ser confundida com demência devido ao impacto na memória e concentração, mas é reversível com tratamento adequado.
- 2. Instabilidade Postural – Quedas:** Alterações no equilíbrio que predispõem o idoso a quedas, podendo resultar em fraturas, traumatismos e perda de mobilidade.



3. **Imobilidade:** Dificuldade ou incapacidade de locomoção que pode levar a complicações como úlceras de pressão, perda muscular e risco aumentado de infecções.
  - **Critérios Maiores:**
    - Déficit cognitivo médio a grave.
    - Múltiplas contraturas.
  - **Critérios Menores:**
    - Sinais de sofrimento cutâneo ou úlceras de pressão.
    - Disfagia leve a grave.
    - Dupla incontinência.
    - Afasia.
  - **Diagnóstico:** Considerado portador da síndrome de imobilidade quando apresenta os dois critérios maiores e dois dos critérios menores.
4. **Incontinência Urinária e Fecal:** Perda do controle sobre as funções urinárias e/ou intestinais, impactando a qualidade de vida e a independência do idoso.
  - Causas: Delirium, infecções, medicações, depressão, imobilidade, fecaloma, aumento da produção de urina.
  - Perda involuntária de urina e/ou fezes em quantidade e frequência necessária para ser um problema social ou de saúde
  - Consequências: fissuras perineais, úlceras de decúbito, infecções urinárias de repetição, septicemia, quedas e depressão
  - Maior causa de internação em asilos
5. **Iatrogênica:** Complicações decorrentes de intervenções médicas ou do uso de medicamentos, como efeitos colaterais e interações medicamentosas.



6. **Insuficiência Comunicativa:** Dificuldade em expressar ou compreender informações, comprometendo a capacidade de interagir efetivamente com familiares e profissionais de saúde.
7. **Insuficiência Familiar/Social:** Falta de suporte familiar e social adequado, levando ao isolamento, depressão e piora nas condições de saúde.

#### 5 M's da Geriatria

Cinco aspectos essenciais que devem ser abordados no atendimento ao idoso, como uma forma mais eficaz de comunicar e cuidar.

- Mente
  - Aspectos relacionados à depressão, demência, transtornos cognitivos, e ao delírio, estado confusional agudo, tão característico de alguns idosos.
- Medicinação
  - A atenção à necessidade de alguns pacientes utilizarem várias medicações simultaneamente e aos efeitos colaterais desses medicamentos.
- Mobilidade
  - Abrange perda de equilíbrio, dificuldades para locomoção, perigo de quedas.
- Multicomplexidade
  - Se refere aos pacientes que possuem várias doenças ao mesmo tempo, como hipertensão, diabetes, problemas de artrose, demência, depressão, entre outros.
- Mais importante
  - Quais os principais desejos e objetivos relacionados a saúde que um indivíduo, já na parte final de sua vida, quer manter ou concretizar.

Os 5 Ms vêm ao encontro dos 5 Is da geriatria, conhecidos como as grandes síndromes mais comuns após os 60 anos: imobilidade, instabilidade postural, incontinência (urinária, fecal...), insuficiência cerebral e iatrogenia.

## SEMILOGIA OCULAR

### Anamnese

- Idade, cor, profissão...
- Queixa principal
- Tempo e o tipo de enfermidade
- História oftalmológica pregressa (ex.: cirurgias, uso de óculos...)
- História oftalmológica familiar (ex.: glaucoma)
- Estado geral (ex.: diabetes, uso de medicamentos, HAS, alergias...)

Miopia em todas as idades, **idosos mais glaucoma**

Todo paciente diabético tem que fazer exame de fundo de olho. É uma das formas mais fáceis da gente ver como é que tá a vascularização desse paciente.

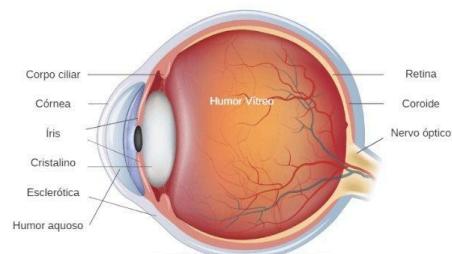
### Exame objetivo

**Exame subjetivo:** exames para avaliar a função visual  
Quantificam a visão do paciente

Dependem da resposta ou colaboração do paciente

- Tipos: Acuidade visual; Senso-cromático (percepção das cores); Campo visual (visão periférica)

Os subjetivos são aqueles que dependem da informação do paciente, e os objetivos são aqueles que mais o aparelho capta



O olho humano é composto por três camadas principais, que desempenham funções essenciais na proteção, nutrição e percepção da luz. Essas camadas são:

### Camada Fibrosa

Esclera: É a parte branca do olho, composta por tecido conjuntivo denso, que proporciona estrutura e proteção ao globo ocular. A esclera se estende da córnea até a parte posterior do olho. É a parte mais dura do olho, de proteção, disposta ao trauma.

Córnea: Localizada na frente do olho, a córnea é uma estrutura transparente que permite a entrada de luz e é responsável pela maior parte do poder de refração do olho.

### Camada Vascular (Uvea)

Iris: A parte colorida do olho, que controla a quantidade de luz que entra na câmara anterior através da pupila, uma abertura no centro da íris.

Corpo ciliar: Localizado atrás da íris, é responsável pela produção do humor aquoso e pela acomodação do

cristalino (ajustando o foco para ver objetos a diferentes distâncias).

**Coróide:** Uma camada rica em vasos sanguíneos que fornece nutrição à retina e ajuda a absorver a luz que não é capturada pela retina.

### Camada Nervosa (Retina)

**Retina:** A camada interna que contém células fotossensíveis (cones e bastonetes) responsáveis pela conversão da luz em impulsos nervosos. A retina é essencial para a visão, pois processa as imagens e as envia ao cérebro através do nervo óptico.

**Ponto cego:** Uma área na retina onde o nervo óptico entra, não possui células fotossensíveis e, portanto, não capta luz.

Tem a parte de anexo, que ainda, além da proteção, faz parte do olho como sobrancelhas, cílios

- Tem uma doença que chama uveíte, que é a inflamação da úvea. Os principais casos é toxoplasmose
- Toda essa parte neurológica, se une e manda a informação da imagem para o cérebro através do nervo óptico.

**Acuidade visual:** É a medida da visão, da função da visão.

- É a medida da visão central, obtida através da **mácula**(dentro da retina, uma área mais específica, central, que é a mácula. Dentro da mácula tem um pontinho menor ainda, que se chama fóvea. A visão que a gente está testando é esse centrinho)
- Está completa em torno dos 5 anos
- É o primeiro tempo de todo o exame oftalmológico
- Utilizamos a escala de **Jaeger** e a **Tabela de Snellen**

**Snellen:** Avalia a acuidade visual para longe; É de ordem decrescente, formada por optotipos (letras, escala de Snellen para analfabetos, desenhos, e eles dizem se estão para cima, baixo ou lados); Apresenta tamanhos diferentes

- O paciente fica a 6 m (20 pés) da tabela
- Imediatamente fazemos ideia da visão de determinado indivíduo ao ouvirmos 20/40 ou 20/100. **Miopia, hipermetropia e astigmatismo** também são termos facilmente entendidos.
- **Frente de Onda:** novo conceito de medida da visão do olho humano. Medir imperfeições ignoradas nos exames tradicionais, como aberrações esféricas, coma (aberração que causa uma distorção em forma de “cauda”, resultando

em imagens borras ou desfocadas), trifoil (imperfeições que podem surgir após cirurgias ou por irregularidades na córnea) e astigmatismos secundários.

**Explicação:** Numerador (que equivale à distância em pés em que o paciente é examinado) e o denominador (nº da escala que o paciente identifica). Visão normal 20/20 o paciente enxerga normalmente a 20 pés já a visão 20/200, vê a 20 pés o que normalmente se consegue a 200(Também pode ser dada em decimais)

**Obs:** se você vê 20/25 mas errou duas letras; se coloca 20/25 -2

A rotina manda verificar primeiro o olho direito e depois, o esquerdo; Sem e com correção; Anota-se a melhor visão obtida

→ Para pacientes que não conseguem ler a maior letra da tabela: Pedir ao paciente contar dedos; se não conseguir apresente vultos(mexer a mão)

Se o paciente também não perceber o vulto, passa para a 3.<sup>a</sup> etapa. Avalia a percepção à luz nos 4 quadrantes (temporal, nasal, superior e inferior)

→**Caso não possua percepção luminosa, dizemos que ele tem amaurose**

A partir de 20/70, a gente chama de visão subnormal, é aquele paciente que não tem a cegueira legal, mas também não enxerga 100%.

**Jaeger:** O paciente lê os blocos de texto de perto, geralmente a uma distância de 14 a 16 polegadas (35 a 40 cm). A acuidade visual é expressa em números, como Jaeger 1, Jaeger 2, etc., onde números menores indicam textos menores e, portanto, uma acuidade visual mais precisa de perto.

A tabela fica na mão do paciente e ele vai afastando até 37 cm (J1..J8)

Acuidade normal: J1 a 37 cm

- Não é uma rotina, na maioria das vezes, para os pacientes abaixo de 40 anos(acima dos 40 não vê direito de perto)

### SENSO CROMÁTICO

É a capacidade de perceber as cores

**Cones:** captura das cores primárias

Utilizamos o **livro de Ishihara:** composto de quadros pseudo isocromáticos; Pode ser formado por pequenos círculos de cores diferentes formando uma imagem (número, letra...). Os pacientes sem alteração visualizam a imagem correta já, os com alteração não visualizam a imagem ou verão imagens diferentes da verdadeira

**CAMPO VISUAL :** Avalia a retina periférica

Principal doença que afeta a visão periférica é o glaucoma

Os métodos para avaliar o campo visual são utilizados para detectar e monitorar condições que afetam a visão periférica e central, como glaucoma, neuropatias ópticas e outras doenças neurológicas. Aqui está uma explicação dos três métodos principais: comparativo ou de confronto, cinético e computadorizado.

**1. Método Comparativo ou de Confronto:** teste simples e tradicional, o examinador pede ao paciente para cobrir um olho enquanto o outro olho está aberto e fixado em um ponto central. O examinador então move seus próprios dedos, objetos ou mãos em diferentes áreas do campo visual do paciente, que deve indicar quando vê o movimento.

**Menos preciso e mais subjetivo.** Pode não detectar déficits pequenos ou sutis e depende da habilidade e experiência do examinador.

**2. Método Cinético:** teste dinâmico que avalia o campo visual ao mover um estímulo (geralmente uma luz ou objeto) de uma área fora do campo visual central para a área onde o paciente consegue percebê-lo. É utilizado para medir a extensão do campo visual e identificar pontos cegos.

**3. Método Computadorizado:** é um dos métodos mais modernos e precisos para medir o campo visual. Utiliza equipamentos de computador avançados para criar um mapa detalhado do campo visual e detectar déficits de maneira precisa.

- O paciente usa um dispositivo especializado que projeta uma série de pontos de luz ou estímulos em um campo visual e o paciente deve responder quando percebe esses pontos. O computador registra essas respostas e cria um mapa detalhado do campo visual do paciente, identificando áreas de perda de visão e outros padrões.

## EXAMES OBJETIVOS

1. Exame externo: Ectoscopia, a avaliação visual inicial do olho e das estruturas perioculares (ao redor dos olhos) para identificar sinais visíveis de doenças ou condições.

O oftalmologista ou optometrista observa os olhos e as estruturas ao redor, como pálpebras e cílios. O exame pode incluir a inspeção das características do olho, como forma, tamanho, e presença de qualquer inchaço, vermelhidão, secreção, ou outros sinais anormais.

2. Exame de motilidade ocular: avalia a capacidade dos músculos oculares de mover os olhos em várias direções e a coordenação entre os dois olhos.

- Identificar problemas nos músculos oculares ou nas conexões neurológicas que podem causar dificuldades na movimentação dos olhos ou no alinhamento ocular. Ajuda a diagnosticar

**estrabismo, diplopia (visão dupla)** e outras condições relacionadas ao movimento ocular.

3. Exame das pupilas: avalia o tamanho, forma, reatividade e simetria das pupilas. É crucial para entender a saúde neurológica e o funcionamento do sistema visual. O examinador observa as pupilas com o uso de uma luz para verificar a resposta à luz e ao acomodar (foco em objetos próximos). Também pode usar uma lente para examinar o tamanho e a forma das pupilas em condições de iluminação variadas. Os reflexos pupilares, como o reflexo de constrição à luz e o reflexo de acomodação, são avaliados.

■ **Pupila estática :**

- Forma circular
- Situada no centro
- Diâmetro 2,5 a 4,5 mm
- Contorno regular
- Cor negra (buraco escuro)
- Número: uma em cada olho

■ **Pupila dinâmica (movimento sob estímulo luminoso)**

- Reflexo fotomotor **direto:** sob efeito luminoso, a pupila se contrai (mesmo olho que incidir a luz)
- Reflexo fotomotor **consensual:** sob efeito luminoso, a pupila do olho oposto se contraí
- Reflexo de acomodação convergente: o paciente ao olhar um objeto bem próximo, ocorre acomodação, convergência e mioses

3 - EXAME DAS PUPILAS

- Em coloboma de íris, não há um aspecto circular, ocorrendo ausência de tecido na íris (em ferradura)
- Corectopia: pupila fora do centro
- Miose: diâmetro pupilar menor que 2,5 mm
- Midriase: diâmetro pupilar maior que 4,5 mm

- Anisocoria: pupila de tamanhos diferentes

- Sinéquia: contorno irregular da pupila (aderência da íris ao cristalino)

- Leucocoria (pupila branca): retinoblastoma, cataratas...

**Pupila branca:** leucocoria, patológico, tumor na retina

**Com a idade se perde a acomodação, não a miose, nem a convergência**

4. Biomicroscopia: usa uma lâmpada de fenda para examinar as estruturas do olho com alta magnificação e iluminação.

O paciente coloca o queixo em um suporte e olha para frente enquanto o oftalmologista usa a lâmpada de fenda para iluminar e examinar a córnea, íris, cristalino e a parte anterior do vítreo. O exame permite a visualização de detalhes finos da estrutura ocular.

Diagnosticar e avaliar condições da superfície ocular, como cataratas, úlceras corneanas, e alterações na íris e cristalino. Também pode ajudar a avaliar a saúde da retina e do humor vítreo.

5. Tonometria: mede a pressão intraocular (PIO), que é importante para o diagnóstico e monitoramento do glaucoma (doença que pode danificar o nervo óptico e levar a perda da visão).

Existem diferentes métodos de tonometria, como a tonometria de aplanação (Goldmann) e a tonometria por impressão (non-contact). Na tonometria de aplanação, um pequeno dispositivo toca suavemente a córnea para medir a pressão, enquanto na tonometria por impressão, um jato de ar é usado para medir a pressão sem contato direto.

6. Fundo de olho- Fundoscopia: a avaliação da retina e da parte posterior do olho. Permite visualizar estruturas internas, como a retina, o nervo óptico, e os vasos sanguíneos.

- **Oftalmoscópio:** aparelho que serve para avaliação do fundo de olho, podendo ser direto ou indireto
- **Oftalmoscópio indireto:**
  - Observa-se imagem invertida
  - Permite uma visualização mais generalizada
  - Requer menor aproximação
  - Luz potente e maior lente de aumento

- Usando um oftalmoscópio, o examinador examina a parte interna do olho após a dilatação da pupila com colírios especiais. O oftalmoscópio ilumina a retina e projeta uma imagem ampliada das estruturas internas.

- Diagnosticar e monitorar doenças da retina, como retinopatia diabética, degeneração macular, e condições do nervo óptico. Também é útil para detectar sinais de doenças sistêmicas que podem afetar a visão.

#### 7 - OUTROS EXAMES

- **Ultrassonografia:** avalia o estado de segmento posterior, estruturas que não conseguem ser avaliadas pela fundoscopia
- **Gonioscopia:** avalia o ângulo iridocorneano
- **Ceratometria:** mede a curvatura da córnea
- **Refração:** avalia a dioptria (grau)

#### 7 - OUTROS EXAMES

- **Angiografia com fluoresceína:** exame contrastado de fundo de olho. Avalia a seqüência da vascularização cório-retiniana
- **Biometria:** avalia o comprimento axial do globo ocular
- **Potencial de acuidade macular:** utilizado em pacientes com catarata para avaliar se há viabilidade cirúrgica

#### OUTRO EXAME IMPORTANTE:

Diagnosticar a catarata infantil e outras opacidades em tempo hábil:  
Teste do reflexo vermelho ("TESTE DO OLHINHO"), nas primeiras 24 horas de vida;  
Deverá ser repetido nas consultas de rotina do bebê no primeiro ano de vida.

#### "Teste do Olhinho":

Realizado pelo pediatra/ neonatalogista, em sala escura; utiliza-se o oftalmoscópio direto a uma distância de 20 cm a um metro dos olhos da criança.  
Um reflexo vermelho semelhante ao observado em fotografias com flash é observado em olhos sem alteração de transparência (crystalino ou outras estruturas intra-oculares).

**Teste do Olhinho:** A ausência do reflexo indica opacidade e o paciente deve ser encaminhado com urgência para investigação detalhada com oftalmologista.

- Os melhores resultados de cirurgias para cataratas congênitas são observados quando são realizadas nas primeiras 12 semanas de vida

## OLHO VERMELHO

Muitas doenças oculares agudas ocorrem associadas à presença de olho vermelho;

A vascularização da conjuntiva é dada principalmente por vasos superficiais, que vêm do fundo do saco conjuntival; a periferia da córnea e a íris têm sua vascularização realizada por vasos mais profundos, próximos à córnea.

→ Hiperemia é o aumento da quantidade de sangue circulante em um órgão

**Vermelhidão da conjuntivite:** aumenta ao se afastar da córnea e ao se aproximar da região do fundo de saco conjuntival

Nas úlceras de córnea, glaucoma agudo e uveítis anteriores a vermelhidão é maior na região ao redor da córnea (hiperemia pericerática).

Obs: hiperemia pericerática- aumento do fluxo sanguíneo na área ao redor do nervo óptico, conhecida como disco óptico ou cabeça do nervo óptico. Este aumento do fluxo sanguíneo pode ser resultado de várias condições e é frequentemente associado a edema ou inflamação

**Causas mais comuns de olho vermelho (hiperemia crônica):**

### 1. Conjuntivites irritativa, medicamentosa e alérgica

- **Irritativa:** Causada por irritantes como fumaça, poluição ou produtos químicos, resultando em vermelhidão e desconforto.

- **Medicamentosa:** Reação a colírios ou medicamentos que provocam irritação e inflamação.

- **Alérgica:** Resposta a alérgenos como pólen ou pelos de animais, levando a coceira, lacrimejamento e hiperemia.

**2. Olho seco:** A falta de lubrificação adequada nos olhos pode causar irritação, inflamação e hiperemia crônica. Fatores como uso excessivo de telas e ambiente seco contribuem para essa condição

**3. Erros de refração:** Erros como miopia, hipermetropia e astigmatismo podem causar esforço ocular, levando à fadiga e vermelhidão crônica.

**4. Lentes de contato inadequadas:** o usuário pode causar irritação e hiperemia crônica devido à falta de oxigenação da córnea e atrito.

### 5. Triquiase, Entrópio e Ectrópio

- **Triquiase:** Cílios que crescem em direção ao olho, irritando a superfície ocular.

- **Entrópio:** Pálpebra que se vira para dentro, causando atrito com a córnea.

- **Ectrópio:** Pálpebra que se vira para fora, resultando em exposição excessiva e secura do olho.

**6. Lagoftalmia:** Incapacidade de fechar completamente a pálpebra, levando à exposição da superfície ocular, secura e irritação, resultando em vermelhidão.

### 7. Diminuição das horas de sono

### 8. Alcoolismo ou uso de drogas

### 9. Meibomite e Blefarite

- Meibomite: Inflamação das glândulas meibomianas, causando vermelhidão e desconforto

- Blefarite: Inflamação das pálpebras, resultando em vermelhidão e descamação das bordas palpebrais.

**10. Pterígio:** Crescimento anormal de tecido na superfície da córnea, que pode irritar o olho e causar hiperemia.

### Causas mais comuns de olho vermelho - hiperemia aguda

**1. Conjuntivite:** Inflamação da conjuntiva, frequentemente causada por infecções virais ou bacterianas, resultando em vermelhidão, secreção e desconforto.

**2. Úlcera de córnea:** Ferida na córnea, que pode ser causada por infecções, trauma ou secura. É uma condição grave que causa dor intensa e hiperemia

- Diminuição da acuidade visual, dor, lacrimejamento, fotofobia e secreção
- Cresce em extensão e em profundidade, pode ocorrer perfuração ocular, área de opacificação da córnea, ameaça a visão ao olho

**3. Glaucoma agudo:** Geralmente mulheres entre 40 e 60 anos; aumento súbito da pressão intraocular, que pode causar dor intensa, visão embaçada e olhos vermelhos. É uma emergência médica.

- dor intensa, olho vermelho, visão borrada, visão de arco-íris ao redor de foco de luz, cefaléia; pode ser acompanhado de náuseas e vômitos; aumento súbito da pressão intraocular

**4. Uveíte anterior :** Inflamação da camada média do olho (úvea), resultando em dor, fotofobia, e hiperemia, além de alteração na visão. Podem se instalar na íris (iritite) ou íris mais corpo ciliar (iridociclite)



Foto da Imagem: Dr. Carlos Roberto Neves

**5. Hemorragia subconjuntival:** Sangramento sob a conjuntiva, que pode ocorrer devido a trauma, tosse intensa ou esforço físico. Embora possa parecer alarmante, muitas vezes é inofensiva.

- Vazamento de sangue embaixo da conjuntiva; hiposfagma. sangue vivo (vermelho), com limites bem definidos, e o quadro é indolor inclusive à palpação; sem baixa de visão; é assintomática e percebida por acaso;
- traumatismos oculares (excluir lesões graves), distúrbios da coagulação sanguínea, manobra de Valsalva (tosse ou esforço);

### 6. Traumatismo

**Conjuntivites infecciosas :** podem ser agudas, subagudas e crônicas;

- provocadas por bactérias, vírus, ou inespecíficas.
- Desconforto ocular, ardor, sensação de areia nos olhos, lacrimejamento, e secreção.
- Pode haver dor e aumento da sensibilidade à claridade, bem como embaçamento visual leves.

**Conjuntivites não-infecciosas:** trauma, medicamentos, associadas a doenças sistêmicas, alergias e olho seco.

### Aspectos para o diagnóstico:

**Secreção:** será aquosa nos casos de irritação e nas infecções por adenovírus; mucosa nas de alterações crônicas e mucopurulenta (amarelada) nas conjuntivite bacteriana; conjuntivite gonocócica- francamente purulenta (amarelo forte); úlceras de córnea, secreção quando a conjuntiva também está afetada.

### Diagnóstico diferencial :

**DOR**→ a córnea é muito inervada, qualquer lesão que rompa o epitélio produz dor;

A conjuntiva é menos inervada que a córnea, resposta à agressão geralmente provoca um desconforto anunciado com sensação de areia nos olhos.

Presente no glaucoma agudo e uveítés mais graves

**ACUIDADE VISUAL**→ estará alterada sempre que houver diminuição da transparência da área central da córnea e do trajeto que a luz faz para chegar até a retina: úlceras de córnea; Uveítés; Glaucoma agudo (pelo edema de córnea); Conjuntivites( embaçamento pela secreção)

**PUPILA**→ glaucoma agudo: midríase; uveíte anterior: miosis;

- As alterações da conjuntiva e da córnea geralmente não alteram a pupila.

**REFLEXO FOTOMOTOR**→ poderá estar alterada nos casos de glaucoma agudo (ausente) e nos casos de uveíte: (pequena ou nenhuma reação ao estímulo luminoso)

**BILATERALIDADE**→ **Conjuntivites geralmente são bilaterais** e os casos de glaucoma agudo, uveítés anteriores e úlceras de córnea, na maioria das vezes, unilaterais.

	conjuntivite aguda	uveíte anterior aguda	glaucoma agudo	úlcera de córnea	hemorragia subconjuntival
<b>Secrecão</b>	moderada a abundante	nenhuma	nenhuma	áquosa ou purulenta	nenhuma
<b>Visão</b>	conservada	discretamente borrada	intensamente borrada	geralmente borrada	conservada
<b>Hiperemia</b>	difusa	principalmente pericorneana	principalmente pericorneana	pericorneana	localizada
<b>Córlnea</b>	transparente	transparente	turvo	área de opacificação	normal
<b>Pupila</b>	normal	miose	midriase	normal	normal
<b>resposta pupilar à luz</b>	normal	diminuída	ausente	normal ou diminuída	normal
<b>Pressão intraocular</b>	normal	normal	elevada	normal	normal
<b>Uni/Bilateral</b>	bilateral	unilaterais	Único Vermelho	Bilateral	28

Crônica: antialérgicos, anti-inflamatórios hormonais e não-hormonais, estabilizadores de membrana de mastócitos e anti-histamínicos.

## TRATAMENTO DE CONJUNTIVITE:

Nas virais: compressas frias de alívio, lavagem ocular com soro fisiológico ou água filtrada

Bacterianas: antibiótico específico para o agente causador da conjuntivite.

**Não se deve usar colírio anestésico nem aqueles que contêm corticosteróides na fórmula.**

## TRATAMENTO ÚLCERA CÓRNEA:

Iniciar de imediato o tratamento, com colírios antibióticos de amplo espectro.

Começar com frequência de hora em hora e, de acordo com a melhora, espaçar intervalos de uso.

Se não houver resposta ao tratamento com colírios, pode ser realizado tratamento cirúrgico.

## TRATAMENTO DE GLAUCOMA AGUDO:

Urgente, colírios para diminuir a produção do humor aquoso: betabloqueadores (timolol), inibidores da anidrase carbônica (acetazolamida); colírios para fechar a pupila (mióticos), como a pilocarpina 2%, e colírios anti-inflamatórios.

Uso endovenoso de manitol para diminuir o volume do humor vítreo. Após a saída da crise aguda, deve ser realizado tratamento com laser: iridotomia para prevenir uma nova crise de glaucoma agudo. Se a pressão ocular não diminuir com tratamento clínico e laser, pode ser realizada cirurgia (trabeculectomia).

## TRATAMENTO DE UVEÍTE ANTERIOR

Anti-inflamatórios hormonais tópicos; colírios mióticos para evitar adesão da íris ao cristalino.

Deve-se monitorizar a pressão intraocular e, se esta aumentar, considerar a introdução de colírios hipotensores.

## TRATAMENTO HEMORRAGIA SUBCONJ.:

Compressas frias, até reabsorção espontânea da hemorragia.

## TRATAMENTO ALERGIA

Geralmente é bilateral.

Aguda: compressas frias, colírios lubrificantes, adstringentes e antialérgicos.