

# Aula 6: Anamnese e Histórico Clínico

Seja bem-vindo à nossa sexta aula. Muitos estudantes, ao se depararem com um protocolo de anamnese, sentem um certo cansaço antes mesmo de começar. São tantos campos, tantas perguntas... "Não seria mais fácil simplesmente pedir ao paciente para comer e observar o que acontece?" Essa é uma armadilha comum. A verdade é que a avaliação clínica funcional, que veremos na próxima aula, só tem valor real se for guiada por uma investigação prévia minuciosa. Sem a anamnese, avaliar o paciente é como tentar navegar em uma cidade desconhecida, à noite, sem GPS.

Pense na **anamnese** não como um formulário burocrático, mas como o *briefing* de uma missão investigativa. É o seu primeiro contato profundo com o mistério que precisa ser resolvido. É nessa conversa estruturada que 80% das suas hipóteses diagnósticas serão formadas. Você está cansado após um dia de trabalho ou estágio, eu entendo. Mas é aqui, na escuta ativa e na pergunta certa, que separamos o profissional mediano do especialista que realmente faz a diferença. A anamnese é, sem dúvida, a ferramenta de raciocínio clínico mais poderosa que possuímos.

Ao final desta aula, você não verá mais um formulário, mas sim um mapa. Você será capaz de conduzir uma entrevista focada, identificar "pistas" que outros deixam passar e formular uma hipótese diagnóstica fonaudiológica coesa. Vamos dissecar juntos como transformar a coleta de dados em uma narrativa. Vamos entender por que a queixa principal é a ponta do iceberg, como a história da doença atual revela a trama e como os medicamentos e comorbidades são personagens cruciais nessa história.

# A Base da Investigação – Identificação e Queixa Principal

## Identificação do Paciente

Pode parecer trivial começar perguntando nome, idade, profissão e estado civil. "O que isso tem a ver com engasgos?" Mais do que imaginamos. A seção de **Identificação** não é mera formalidade; ela é a primeira camada de contexto fundamental para o nosso raciocínio.

- Um paciente de 82 anos, viúvo, que mora sozinho (risco nutricional, possível sarcopenia/presbifagia)
- Um paciente de 45 anos, advogado, casado (possível disfagia por estresse, refluxo gastroesofágico)

A profissão pode indicar exposição a riscos ou nível de demanda vocal e respiratória.

## Queixa Principal (QP)

Em seguida, chegamos ao coração da abertura: a **Queixa Principal (QP)**. Este é um momento sagrado da anamnese. A regra de ouro é: a QP deve ser registrada com as *palavras exatas* do paciente. Se o paciente diz: "Sinto que a comida fica presa no cano da goela", é *exatamente* isso que você deve anotar. Evite traduzir imediatamente para termos técnicos como "disfagia de transferência" ou "estase em valécula".

❏ **Por que essa fidelidade?** Porque a percepção do paciente é um dado clínico valioso. Pense na QP como a manchete de um jornal. Ela chama sua atenção, mas raramente conta a história toda. Um paciente pode relatar "tosse ao beber água", mas a investigação pode revelar que a verdadeira dificuldade está na coordenação respiratória, e não na deglutição em si. A QP é o nosso ponto de partida, o sintoma que mais incomoda o paciente, e é fundamental para estabelecer o *vínculo terapêutico*.

# Desvendando a Trama – A História da Doença Atual (HDA)

Se a Queixa Principal foi a manchete, a **História da Doença Atual (HDA)** é o corpo da reportagem investigativa. É aqui que vamos desvendar a "trama" da disfagia. Pacientes raramente nos contam uma história linear e organizada. Eles misturam datas, confundem sintomas e omitem detalhes que não julgam importantes. Nosso papel, como mentores do processo, é organizar esse caos em uma linha do tempo lógica.

A HDA é como montar um quebra-cabeça complexo sem ter a foto da caixa para nos guiar. Temos que ir juntando as peças por cores e formas.

01

## Quando começou?

Foi um início **súbito** (sugestivo de um evento agudo, como um AVC) ou **insidioso e progressivo** (mais comum em doenças neurodegenerativas ou tumores)?

03

## Consistência afetada

A dificuldade é maior com líquidos (sugere dificuldade no fechamento de vias aéreas) ou com sólidos (sugere alteração de transporte ou obstrução mecânica)?

02

## Qual a frequência?

A dificuldade é *constante* ou *intermitente*?

04

## Contexto da dificuldade

Piora ao longo da refeição (sugere fadiga muscular, como na Miastenia Gravis)? O paciente precisa de estratégias, como beber água para "empurrar" a comida (sinal clássico de queixa esofágica)?

A partir daí, investigamos os "gêmeos" da disfagia: **consistência** e **contexto**. É na HDA que a sua hipótese começa a tomar forma.

# O Roteiro do Detetive – Anamnese Estruturada (Parte 1: Sinais e Sintomas)

A HDA nos deu a história geral. Agora, precisamos de um *checklist* para garantir que nenhuma pista vital foi perdida. É aqui que entra o **Roteiro de Anamnese Estruturada para Disfagia**. Isso não significa ler um formulário para o paciente; significa ter um guia mental de todos os sistemas que precisamos checar. Pense nisso como o *walk-around* que um piloto faz antes de decolar: ele sabe voar, mas verifica as asas, os pneus e os motores metodicamente.

## Sinais de Segurança

Investigamos os sinais e sintomas clássicos de **disfagia orofaríngea**. Vamos além do óbvio "engasgo":

- **Tosse** (durante ou imediatamente após a deglutição)
- **Pigarro** constante (pode ser um esforço para limpar resíduos na faringe)
- **Voz molhada ou borbulhante** após engolir (forte indicativo de resíduos sobre as pregas vocais)

## Sinais de Eficiência

Precisamos olhar a *eficiência* da deglutição:

- O paciente demora muito para comer?
- Sente necessidade de engolir várias vezes para "limpar" a garganta (deglutições múltiplas)?
- Há escape de comida pelo nariz (insuficiência velofaríngea)?
- Ou escape de comida pelos lábios (problema de vedação labial)?

Cada uma dessas perguntas é uma peça que se encaixa no quebra-cabeça.

# O Roteiro do Detetive (Parte 2: Contexto, CIF e IDDSI)

Depois de mapear os sintomas fisiológicos, precisamos entender o impacto deles na vida real do paciente. A disfagia não é só um problema mecânico; é um evento social e emocional. É aqui que integramos a **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**, recomendada por órgãos como o CFFa e a ASHA. Não estamos tratando apenas uma "estrutura corporal" deficiente; estamos lidando com uma *limitação de atividade* (dificuldade em comer) e uma *restrição de participação* (deixou de ir a jantares de família).

## Contexto das Refeições

- O paciente come sozinho? (Falta de supervisão/ajuda)
- Come assistindo TV? (Fator de distração que piora a coordenação)
- A família relata que ele ficou mais *isolado*? (Impacto psicossocial)
- Ele relata *medo de comer*? (Fagofobia)
- O paciente relata *perda de peso*? (Alerta nutricional máximo!)

## Percepção da Dieta

O paciente pode dizer: "Eu como de tudo". Mas, ao perguntar para o cuidador, você descobre que "de tudo" significa apenas "sopa e purê". Aqui, já começamos a pensar no padrão internacional de dietas, a **IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)**. Entender o que o paciente *realmente* come nos dá a linha de base para a futura intervenção e reflete a prática clínica mais atualizada.

# Lendo as Entrelinhas – Prontuários e Exames Prévios

Até agora, nossa fonte primária de informação foi o paciente ou o cuidador. No entanto, eles podem ser narradores não confiáveis, não por má-fé, mas por esquecimento, falta de conhecimento técnico ou até negação. Por isso, um fonoaudiólogo especialista precisa saber "garimpar" informações no **prontuário** e em **exames complementares prévios**.

Pense no prontuário como um diário de bordo do paciente. Você não vai ler as 500 páginas de evolução de enfermagem. Você vai procurar por *eventos-sentinela*.

## → No Prontuário


- Registros de **pneumonias (PNA) de repetição**, especialmente em lobos inferiores (forte indicador de PNA aspirativa)
- Registros da equipe de nutrição sobre *perda de peso não intencional*
- Causa da internação: cirurgia cardíaca? (Risco de lesão do nervo laríngeo recorrente). IOT prolongada? (Risco de disfagia pós-extubação)

## → Nos Exames

- Um *raio-X de tórax* que descreve "infiltrado em base pulmonar direita" acende um alerta
- Uma *endoscopia digestiva alta (EDA)* antiga que relata "esofagite" ou "hérnia de hiato" pode indicar componentes esofágicos na queixa
- Se o paciente traz uma *videofluoroscopia da deglutição (VFL)* ou *nasoendoscopia da deglutição (FEES)* de dois anos atrás, não a descarte! Ela é uma "foto" antiga que, comparada à avaliação atual, nos mostra a *velocidade de progressão* da doença

# O Ecossistema do Paciente – Investigação de Comorbidades

A disfagia raramente é uma condição isolada. Quase sempre, ela é um sintoma secundário, uma "coadjuvante" de uma condição de base muito maior. Por isso, a investigação de **comorbidades** não é opcional; ela é central para o diagnóstico diferencial. Ignorar as comorbidades é como tentar tratar a fumaça sem procurar o fogo.

 **O corpo humano é um ecossistema.** Um problema no sistema neurológico (o "comando central") ou no sistema respiratório (o "vizinho" da deglutição) irá, invariavelmente, afetar a deglutição.



## Doença de Parkinson

Já esperamos rigidez e bradicinesia afetando a fase oral.



## DPOC

A coordenação entre respirar e engolir estará quase certamente comprometida.



## Diabetes Mellitus

De longa data pode ter neuropatia, afetando a sensibilidade da faringe.



## Câncer de Cabeça e Pescoço

Histórico de radioterapia terá fibrose tecidual.

Essa investigação ativa reflete a **abordagem multidisciplinar** que é o padrão-ouro atual. Não vamos diagnosticar uma doença neurológica, mas precisamos entender profundamente como as condições diagnosticadas pelo neurologista, cardiologista ou pneumologista impactam o processo de deglutição. Cada comorbidade muda drasticamente nossa hipótese e nosso plano terapêutico.

# O Fator Farmacêutico – O Impacto dos Medicamentos

Seguindo a trilha das comorbidades, chegamos aos seus tratamentos: os **medicamentos**. Este é um dos tópicos mais negligenciados por profissionais iniciantes e um dos mais importantes na prática clínica. Muitos sintomas que parecem ser da disfagia podem, na verdade, ser efeitos colaterais de uma polifarmácia. É nossa responsabilidade investigar ativamente a lista de medicamentos do paciente.

Pense nos medicamentos como "modificadores de status" em um jogo. Alguns diminuem o estado de alerta (sedativos, opióides), aumentando o risco de aspiração silenciosa por rebaixar o reflexo de tosse. Outros causam *fraqueza muscular* generalizada (relaxantes musculares, alguns benzodiazepínicos), afetando a força de propulsão do bolo alimentar.

O efeito colateral mais comum e impactante que buscamos é a **xerostomia** (boca seca). Muitos medicamentos, como antialérgicos (anti-histamínicos), antidepressivos (tricíclicos) e diuréticos, têm forte ação anticolinérgica, que "desliga" a produção de saliva. Sem saliva, o paciente não consegue formar um bolo alimentar coeso, aumentando o resíduo oral e faríngeo, mesmo que a musculatura esteja forte. Outro exemplo clássico são os anti-hipertensivos da classe *IECA* (como Captopril, Enalapril), que podem causar uma tosse seca crônica que confunde totalmente a avaliação (é tosse do remédio ou do engasgo?).

Classe de Medicamento	Efeito Potencial na Deglutição	Exemplo Clínico
Anticolinérgicos/Anti-histamínicos	Redução da salivação (Xerostomia)	Dificuldade em formar e ejetar o bolo alimentar
Neurolépticos/Antipsicóticos	Discinesia tardia, sintomas extrapiramidais	Movimentos orais incoordenados, rigidez
Sedativos/Opióides	Redução do nível de consciência, depressão do reflexo da tosse	Risco aumentado de aspiração silenciosa
Relaxantes Musculares	Fraqueza geral da musculatura orofaríngea	Deglutição lenta, estase em valéculas
Inibidores da ECA (IECA)	Tosse seca crônica (não relacionada à deglutição)	Pode mascarar ou simular tosse por aspiração

# Juntando as Peças – A Síntese e a Prática na Telessaúde

Coletamos a identificação, a queixa principal, desvendamos a HDA, seguimos nosso roteiro estruturado (fisiológico e funcional), analisamos prontuários, mapeamos comorbidades e listamos os medicamentos. Agora, temos uma montanha de dados. O trabalho do especialista não é *coletar* dados, é  *sintetizá-los*. A anamnese só termina quando formulamos uma **hipótese diagnóstica fonoaudiológica** inicial.



## Dados da Anamnese

Identificação, QP, HDA, roteiro estruturado



## Comorbidades

Condições de base que impactam a deglutição



## Exames Prévios

Prontuários, VFL, FEES, raio-X



## Hipótese Diagnóstica

Síntese fonoaudiológica inicial

Neste ponto, você não é mais apenas um coletor de pistas; você é o promotor construindo o caso. "Apresento o Sr. Silva, 78 anos (presbifagia/sarcopenia), com HDA de engasgos progressivos para sólidos há 6 meses (sugere mecânico/obstrutivo?), que teve PNA há 2 meses (sinal de alerta para aspiração!), usa um anti-histamínico (xerostomia?) e relata sensação de comida parada (estase?)"

- ☐ **Telessaúde em 2025:** Essa habilidade de síntese é ainda mais vital na prática moderna. Na **tele fonoaudiologia**, onde a avaliação física direta é limitada, a **anamnese** torna-se 90% da sua avaliação. A capacidade de fazer as perguntas certas, de ouvir ativamente e de cruzar dados de forma remota é o que define a excelência no atendimento à distância. A anamnese bem-feita é a base de todo o processo, seja ele presencial ou digital.

# Consolidação e Próximos Passos

Nesta aula, desmistificamos a anamnese. Vimos que ela está longe de ser um mero preenchimento de formulário; é a nossa principal ferramenta de **raciocínio clínico**. É o processo investigativo que nos permite entender o *porquê* por trás do sintoma. Passamos pela coleta de dados (identificação, QP, HDA), pela estruturação (roteiro), pela investigação de contexto (prontuários, comorbidades, medicamentos) e pela síntese (a hipótese inicial). Esta é a fundação sólida sobre a qual construiremos nossa avaliação clínica.

## Em Prática

Sempre registre a Queixa Principal com as *palavras exatas* do paciente para capturar sua percepção.

Na HDA, foque em: *início* (súbito vs. gradual), *progressão* (estável vs. piora) e *consistência* (líquido vs. sólido).

Seja um detetive de medicamentos: sempre cruze a lista de farmácia do paciente com os sintomas de disfagia (ex: xerostomia, tosse).

Use o prontuário para buscar *eventos-sentinela* que o paciente pode ter esquecido, como pneumonias de repetição.

Nunca termine uma anamnese sem formular uma *hipótese inicial* que guiará sua avaliação física.

---

## Autoavaliação

**1. (Nível: Fácil)** Ao registrar a História da Doença Atual (HDA) de um paciente com disfagia, qual informação é *menos* relevante para o diagnóstico diferencial inicial?

- A) O início dos sintomas (súbito ou gradual).
- B) A consistência alimentar que causa maior dificuldade (líquidos ou sólidos).
- C) A marca específica do liquidificador usado para preparar as sopas.
- D) A presença de sintomas associados, como perda de peso ou voz molhada.

**2. (Nível: Médio)** Um paciente de 75 anos, com diagnóstico de DPOC, relata engasgos frequentes, principalmente com líquidos, e tosse *durante* as refeições. Durante a anamnese, qual é a principal hipótese fonoaudiológica relacionada à comorbidade?

- A) Presença de estenose esofágica devido ao envelhecimento.
- B) Provável xerostomia causada por medicamentos para DPOC.
- C) Descoordenação entre os ciclos de respiração e deglutição.
- D) Sarcopenia afetando primariamente a musculatura mastigatória.

**3. (Nível: Difícil)** Você entrevista um paciente que nega engasgos ou tosse. Porém, o prontuário revela duas internações por pneumonia no último ano, e a esposa relata que ele apresenta "voz rouca" sempre após o jantar. A lista de medicamentos inclui um sedativo para insônia. Qual a hipótese mais provável?

- A) O paciente tem refluxo gastroesofágico, e a voz rouca é pela irritação ácida.
- B) O paciente apresenta aspiração silenciosa, potencializada pelo rebaixamento sensorial do sedativo.
- C) A voz rouca é um sintoma primário de Parkinson, e a pneumonia não tem relação.
- D) O paciente está mentindo sobre os sintomas de tosse para evitar restrição dietética.

**4. (Nível: Concurso/SBFa)** De acordo com as diretrizes atuais, que enfatizam a abordagem multidisciplinar e a CIF, a anamnese fonoaudiológica na disfagia deve focar:

- A) Exclusivamente nos sinais biomecânicos da deglutição, como a elevação laríngea.
- B) Primariamente no diagnóstico médico de base, pois ele determina o tratamento fonoaudiológico.
- C) Apenas na queixa principal do paciente, respeitando sua autonomia e percepção.
- D) Tanto nas estruturas e funções corporais (ex: tosse) quanto nas limitações de atividade (ex: comer) e restrições de participação (ex: isolamento social).

**5. (Questão Discursiva)** Um paciente de 68 anos, pós-AVC isquêmico há 3 meses, chega ao seu consultório. Na anamnese, ele relata "engasgos com água" (QP) e a esposa diz que ele "está tossindo muito e emagreceu 5kg" (HDA). Cite 3 *outras* áreas cruciais que você *obrigatoriamente* investigaria na anamnese antes de iniciar a avaliação física e justifique o porquê de cada uma.

## Gabarito

**1 Resposta: C**

A marca do aparelho é irrelevante para o diagnóstico.

**2 Resposta: C**

A DPOC afeta diretamente o ritmo respiratório, e a deglutição exige uma pausa respiratória (apneia) precisa, que costuma estar dessincronizada nesses pacientes.

**3 Resposta: B**

A tríade "PNA de repetição + ausência de tosse percebida + uso de sedativo" é um forte indicativo de aspiração silenciosa (sem reflexo de tosse protetor).

**4 Resposta: D**

A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) exige uma avaliação holística que inclui o funcionamento (estruturas/funções), a atividade (o ato de comer) e a participação (o impacto social).

**Resposta Discursiva**

- 5**
- 1) Medicamentos em uso:** Para verificar se algum fármaco (ex: IECA) está causando a tosse ou se sedativos estão piorando o quadro.
  - 2) Exames prévios:** Buscar a localização exata do AVC no prontuário ou em exames de imagem, pois a topografia da lesão (ex: tronco encefálico) muda o prognóstico.
  - 3) Contexto alimentar e social (CIF):** Investigar quem o alimenta, se ele come sozinho, e qual o impacto do emagrecimento e do medo de engasgar na sua participação social (isolamento).

## Próximos Passos

Agora que temos o nosso "mapa" investigativo, estamos prontos para explorar o "território". Na próxima aula, mergulharemos fundo na **Aula 7 – Avaliação Clínica Funcional da Deglutição (Parte 1)** (90 min). Vamos aprender a avaliar as estruturas orofaciais em repouso e em movimento e iniciar os testes funcionais com alimentos.

## Recursos Adicionais

- **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa):** Consulte os documentos e guias do Departamento de Disfagia para protocolos atualizados.
- **American Speech-Language-Hearing Association (ASHA):** Explore o *Practice Portal* sobre Disfagia Orofaringea para uma visão internacional das melhores práticas.

**NOTA IMPORTANTE:** As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais como o CFFa e a SBFa para verificar alterações.