
EDITORIAL

TERMINOLOGIAS PARA DESCREVER A AUSCULTA PULMONAR: MUDANÇAS NECESSÁRIAS QUE NOS ATINGEM?

Não há dúvida de que a ausculta pulmonar é essencial para auxiliar em avaliações e decisões terapêuticas. A identificação da simetria ou ausência dos sons pulmonares, bem como a diferenciação dos ruídos adventícios, guiam o fisioterapeuta respiratório, no desenvolvimento do plano de tratamento do paciente, com condutas voltadas para objetivos como expansão pulmonar ou higiene das vias aéreas, dentre outros. Por meio da ausculta pulmonar, identificamos, por exemplo, os “estertores”, que são preditores mais fortes do que qualquer outro sintoma para um diagnóstico radiográfico de pneumonia¹, ou os “sibilos” que se tornam mais presentes, conforme maior a gravidade da obstrução brônquica das vias aéreas, como no caso da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e da asma². No entanto, resultados de diversos estudos podem ser questionados, quando considera-se a variação da descrição dos sons por diferentes observadores, pois, além de ser uma avaliação muitas vezes subjetiva, ainda existe muita discordância entre terminologias, para descrever os sons pulmonares. Esse problema se agrava, quando consideramos os diferentes idiomas ao redor do mundo e suas respectivas traduções das padronizações em inglês para o idioma local.

Com o avanço da tecnologia computadorizada, a análise objetiva e detalhada da acústica dos sons pulmonares tornou-se viável, e, no ano 2000, a *European Respiratory Society* (ERS) publicou uma força-tarefa sobre Análise dos Sons Respiratórios Computadorizados com definições de termos³. Recentemente, uma revisão sobre essas nomenclaturas e recomendações de terminologias foi realizada⁴. No entanto, apenas na força-tarefa da ERS sobre Sons Respiratórios - “*Towards the standardisation of lung sound nomenclature*” - publicada em 2016⁵, houve uma preocupação em padronizar as terminologias de

ausculta pulmonar, não apenas na língua inglesa, mas, também, foi investigada a descrição utilizada em 29 idiomas de 33 países europeus, dentre eles, o português (de Portugal).

Nessa força-tarefa, seis especialistas em ausculta pulmonar analisaram a gravação audiovisual de diferentes sons pulmonares coletados de adultos e crianças⁵. A concordância das classificações dos sons entre os especialistas foi analisada e essas gravações podem ser acessadas online no website da ERS, no formato de *e-Learning Resources* (<http://www.ers-education.org/home.aspx>).

Algumas recomendações da força-tarefa merecem destaque, e uma delas sobre a não utilização do termo “vesicular”, também, é discutida na revisão de Bohadana e colaboradores⁴. A substituição da terminologia “murmúrio vesicular” por “sons pulmonares (ou respiratórios) normais” é recomendada, pois, diferentemente do que se acreditava no passado, atualmente, é incorreto afirmar que sons “vesiculares” são produzidos pelo ar entrando nos alvéolos (vesículas)⁴. Outro ponto importante é a tentativa de simplificar a classificação dos estertores (ou crepitações). Para evitar potenciais confusões de terminologia, os estertores (ou crepitações) podem ser classificados apenas em finos (som similar ao “velcro”, como um sinal precoce da fibrose pulmonar) ou grossos (sons mais grosseiros e relacionados à secreção e ruptura de pequenas superfícies líquidas formadas, devido à tensão superficial)⁵.

Apesar de algumas recomendações serem claras, pontos controversos foram levantados e aprofundamentos ainda são necessários, especialmente nos casos de sons pulmonares normais em diferentes idades e sons de origem extratorácica (e.g. estridor e gemência), assim como a diferenciação entre roncos e sibilos de baixo timbre, que pode apresentar baixa concordância entre observadores. Vale ressaltar que, para não prejudicar a interpretação dos sons pulmonares, é recomendável realizar a ausculta pulmonar, posicionando o estetoscópio diretamente na pele do paciente, visto que a atenuação dos sons pulmonares e a ocorrência de artefatos acústicos já foram reportados, até mesmo quando a ausculta foi realizada sobre roupas leves⁶.

Karina Couto Furlanetto, PhD

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Londrina, Paraná, Brasil.
Coordenadora do Departamento de Fisioterapia Respiratória da ASSOBRAFIR.

Fabio Pitta, PhD

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Londrina, Paraná, Brasil.
Coordenador da Força-tarefa Internacional para Harmonização da Educação em Fisioterapia Respiratória da European Respiratory Society (HERMES - ERS).

Referências

1. van Vugt SF, Verheij TJ, de Jong PA, Butler CC, Hood K, Coenen S, et al. Diagnosing pneumonia in patients with acute cough: clinical judgment compared to chest radiography. *Eur Respir J*. 2013 Oct;42(4):1076-82.

2. Oshaug K, Halvorsen PA, Melbye H. Should chest examination be reinstated in the early diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2013;8:369-77.
3. Sovijärvi ARA, Vanderschoot J, Earis JE. Computerized Respiratory Sound Analysis (CORSA): Recommended Standards for Terms and Techniques : ERS Task Force Report. Copenhagen: Munksgaard; 2000. (European respiratory review, vol. 10, no. 77).
4. Bohadana A, Izbicki G, Kraman SS. Fundamentals of lung auscultation. *N Engl J Med.* 2014 Feb 20;370(8):744-51.
5. Pasterkamp H, Brand PL, Everard M, Garcia-Marcos L, Melbye H, Priftis KN. Towards the standardisation of lung sound nomenclature. *Eur Respir J.* 2016 Mar;47(3):724-32.
6. Kraman SS. Transmission of lung sounds through light clothing. *Respiration.* 2008;75(1):85-8.