

## **EXAME FÍSICO DE ROTINA DO ADULTO**

**Traduzido e adaptado de  
Robert S. Hilman e Donald C. Funk**

O exame físico é uma parte integrante de qualquer avaliação médica. Juntamente com a entrevista médica, ele é básico para coletar dados necessários para resolver problemas e manejar pacientes. Em vista de sua importância e da natureza repetitiva de seu uso, o médico deve ter uma rotina eficiente e sistemática. Isto não somente lhe permitirá ganhar tempo, mas também dará condições de melhorar seu desempenho e minimizar o risco de não perceber um dado importante da doença. O conteúdo do exame de rotina deve ser selecionado com cuidado para incluir aquelas manobras que nos dêem máxima informação. Cada manobra deve ser cuidadosamente adicionada às técnicas de exame de complexidade gradativamente maior, as quais serão introduzidas quando uma anormalidade for encontrada. Conseqüentemente o exame físico é o início, a descoberta de pistas de doença e um sistema para metodização da seqüência de exame individual e dos exames correlatos.

O exame apresentado no vídeo foi construído de acordo com estes ideais. Este foi estruturado para o médico generalista e se adapta bem ao ambiente hospitalar e de consultório. Conteúdo, seqüência e tempo foram organizados para obter a máxima eficiência e uma vez aprendido, o exame pode ser realizado em 10 a 15 minutos. Além disso, presta-se bem para o registro de dados, como forma de documentação.

Para se adquirir eficiência, há necessidade de revisão de vídeo muitas vezes intercaladas com a prática do exame em pacientes. O tempo para cada passo melhorará com a experiência e desempenho adequado de algumas manobras somente será atingido depois da observação e supervisão de um instrutor. Na preparação para o exame físico de rotina é solicitado ao paciente que tire sua roupa, exceto suas roupas íntimas e coloca-se um lençol ou uma camisola que permita fácil acesso ao exame de tórax. Este tipo de camisola é comumente adotado na maioria dos hospitais e consultórios. Também é necessário ter um lençol que permita examinar o paciente na posição supina.

A coleta de dados do exame físico começa antes do exame médico, quando a enfermeira ou auxiliar realiza medidas de altura, peso, pressão arterial, pulso e respiração. Também os procedimentos como tonometria, dilatação das pupilas com fenilefrina, audiometria e realização de um eletrocardiograma podem ser executados pela enfermeira como parte de uma rotina de exame clínico.

Antes do procedimento do exame físico, o equipamento necessário é deixado de uma forma organizada e de fácil acesso em uma mesa auxiliar. Dependendo da preferência pessoal, os instrumentos como estetoscópio, lanterna, espátulas e tabela de acuidade visual podem ser deixados no bolso do avental. Para o exame físico de rotina, o equipamento completo deverá incluir:

Estetoscópio, oftalmoscópio, diapasão, luva, lanterna, martelo de reflexo, tabela de acuidade visual, material lubrificante, abaixador de língua, esfigmomanômetro, fenilefrina e espéculo vaginal (no caso de exame ginecológico).

O examinador lava suas mãos e, a menos que contra-indicado por uma anormalidade física, pede ao paciente que sente-se na beira do leito de exame. Assim pode-se obter informações a respeito da aparência geral do paciente, reconhecendo-se de instantâneo uma determinada posição viciosa do tórax ou coluna, e com experiência, podem ser observados neste primeiro contato numerosas pistas diagnósticas, o humor e mesmo alguns dados de personalidade do paciente.

Inicia-se então, a inspeção cuidadosa das mãos, incluindo a observação da cor e a conformação das unhas, simetria das articulações e o estado da musculatura das mãos. Isto é melhor realizado segurando-se as mãos do paciente ao nível do tórax para que cada aspecto destas possa ser bem visualizado e comparado entre elas. A seguir o membro superior direito é explorado palpando-se o tônus muscular e a sensibilidade, inspecionando-se as lesões de pele e passivamente flexionando-se e estendendo-se as articulações deste membro. As mesmas manobras são repetidas no membro superior esquerdo.

Comparam-se os pulsos radiais, verificando diferenças na amplitude. Determina-se a freqüência do pulso pelo menos em 10 segundos. Durante este tempo as características do

pulso deverão ser melhor observadas. A pressão arterial é a seguir medida no braço direito com um manguito de tamanho apropriado. Colocando-se o diafragma do estetoscópio na prega do cotovelo sobre a artéria braquial, ouvem-se bem os ruídos de Korotkoff. Se, entretanto, houver dificuldade em se detectar estes sons, palpa-se a artéria e coloca-se o diafragma no local de maior pulsação. Medidas adicionais da pressão arterial no braço esquerdo e membros inferiores devem ser feitas se há suspeitas de doença vascular e hipertensão.

A atenção agora é voltada para o exame da cabeça e procede-se ao exame sistemático seguindo o caminho de cima para baixo. Inspecciona-se primeiramente a face e crânio observando-se a configuração e a simetria, fixando-se mais cuidadosamente para qualquer lesão da pele ou tumores da face e couro cabeludo. Se a acuidade visual do paciente não foi avaliada pela tabela de Snellen, um teste rápido de visão para perto é executado com qualquer material impresso. Este não é um teste de erros de refração ou pesquisa de visão para longe e por isso, deve ser realizado com o paciente usando seus óculos enquanto que o material impresso é mantido a uma distância de aproximadamente 35 cm.

Com uma boa fonte de luz, a conjuntiva e a esclerótica ocular são inspeccionadas para mudanças de cor ou anormalidades vasculares como hemorragias petequiais. Quando houver suspeita de fraqueza muscular extra-ocular, a lanterna também é usada para testar qualquer alteração do reflexo luminoso. A seguir, são testados os reflexos fotomotor e consensual. Se for considerado importante dilatar as pupilas do paciente antes da fundoscopia, deve ser instilada fenilefrina neste momento. Uma solução de fenilefrina a 10% geralmente dilatará as pupilas com pouca ou nenhuma interferência sobre o foco visual do paciente.

A seguir examina-se as orelhas. Estas são primeiramente examinadas alternadamente, e externamente tracionando para cima o pavilhão auricular e comprimindo o tragus, procurando sensibilidade dolorosa dos tecidos moles e da cartilagem do canal auditivo externo. Então, com uma leve tração para cima e para trás, o otoscópio é introduzido no canal auditivo externo e inspecciona-se a membrana timpânica. Pode ser necessária a mudança do tamanho do espéculo, dependendo do diâmetro do canal auditivo do paciente. Uma vez inspeccionadas ambas as orelhas, procede-se a inspeção do nariz, com o espéculo adequado, especificamente observando a porção baixa do septo nasal e cornetos.

O otoscópio é agora dispensado e com a lanterna e abaixador de língua examina-se a boca. É importante a observação sistemática da mucosa oral, dentes, gengivas, língua, tonsilas e faringe. Em adição, é pedido ao paciente para emitir um som como "ah" e observa-se o movimento da úvula e palato.

Finalizando o exame da cabeça, o teste de audição é realizado usando-se um relógio de pulso, ou um diapasão de 256 ciclos por segundo ou sussurando-se um número. Como este é um teste grosseiro, qualquer paciente suspeito de déficit auditivo deve ser avaliado posteriormente com audiometria.

O médico agora coloca-se atrás do paciente para proceder ao exame do pescoço, coluna e campos pulmonares posteriores. A mobilidade do pescoço é testada pedindo-se ao paciente para tocar o peito e ambos os ombros com o queixo e então trazer a cabeça para trás o máximo possível. A força e mobilidade da cintura escapular são testadas pedindo primeiro ao paciente para levantar os ombros enquanto exerce-se uma pressão para baixo e após pede-se ao paciente para elevar os membros superiores acima da cabeça tanto quanto possível, com as palmas juntas e o bíceps tocando as orelhas.

Para cada destas manobras, a amplitude normal da mobilidade articular variará conforme a idade do paciente.

A camisola do paciente é solta e o exame do pescoço é realizado observando-se linfonodos aumentados ou massas anormais. São exploradas cuidadosamente a região mandibular, regiões cervicais anteriores, posteriores, supraclaviculares e occipital.

Pede-se agora para que o paciente respire profundamente e observa-se a simetria do movimento respiratório do tórax. Deve-se notar a participação dos músculos acessórios da respiração e do período de tempo necessário para a expiração. Percute-se a coluna com o punho ou fortemente com a ponta dos dedos observando-se a sensibilidade. A seguir, é realizada a percussão dos campos pulmonares posteriores, comparando-se o direito e o

esquerdo. Isto é seguido pela ausculta na mesma posição, enquanto o paciente respira pela boca. A percussão mais extensa e a ausculta de campos laterais e anteriores deve ser indicada quando há suspeita de anormalidades torácicas ou pulmonares.

Em seguida pede-se ao paciente para deitar, realizando-se o exame de pescoço anterior, do tórax e abdômen. Quando realizado em mulher, deve-se tomar cuidado em cobrir a paciente com um lençol ou toalha.

Inicia-se a palpação das mamas solicitando-se à paciente que eleve o membro superior ipsilateral acima da cabeça para tensionar os músculos peitorais e fornecer uma superfície mais plana para o exame. Faz-se a palpação em movimentos circulares no sentido horário, abrangendo todos os quadrantes mamários. (não esquecer de palpar o prolongamento axilar mamário e a região areolar). Após examinar toda a mama, o mamilo deve ser espremido delicadamente para determinar se existe alguma secreção. Agora o travesseiro é removido para que se processe ao exame das veias do pescoço. Enquanto que o enchimento da jugular é comumente visto na posição supina, a oclusão da veia no ângulo da mandíbula resulta em enchimento incompleto após esvaziamento. O reenchimento rápido com engurgitamento até o dedo que está ocluindo, sugere aumento da pressão venosa. Os pulsos carotídeos são, então, palpados individualmente.

O exame continua com inspeção do precórdio, observando-se posição e as características do ictus cordis e qualquer pulsação anormal. O ictus é palpável colocando-se o dedo médio sobre o ponto visível do impulso com o 2º e o 4º dedos nos espaços intercostais adjacentes. São notados a força, duração e extensão do ictus. Com a palma da mão explora-se o precórdio para qualquer tipo de impulsões ou frêmitos. A seguir ausculta-se com o diafragma do estetoscópio começando no ápex e deslocando-se para cima no bordo esternal esquerdo para a área pulmonar, área aórtica e finalmente ao longo do bordo esternal direito. A apreciação de qualquer anormalidade no ritmo ou qualidade dos sons cardíacos deverá estimular a exploração posterior do precórdio, procurando-se irradiação do sopro e variações com a respiração. Também ausculta-se cada carótida, o epigástrico e cada área femoral à procura de sopros.

Concluído o exame do tórax, a paciente do sexo feminino deverá ser coberta com lençol. O abdômen é então descoberto para inspeção detalhada e palpação superficial e profunda, à procura de qualquer anormalidade no contorno, sensibilidade ou massas palpáveis. Esta parte do exame deve ser feita gentil e vagarosamente.

Com uma das mãos fixando o gradeado costal direito, palpa-se com a outra mão o bordo hepático enquanto o paciente inspira profundamente. Se o fígado é palpável, deve-se explorar o bordo, definir consistência, superfície e sensibilidade. Para confirmar a suspeita de hepatomegalia, percute-se a borda superior do fígado e estima-se a hepatimetria. Após, é palpado o baço usando a mesma técnica de fixar a caixa torácica com uma mão e palpar com a outra. Pede-se ao paciente para respirar profundamente uma ou mais vezes enquanto a mão que palpa é segurada delicadamente contra o quadrante superior esquerdo. Finalmente, são palpadas as áreas femorais à procura de aumento de linfonodos e para pesquisar a amplitude dos pulsos femorais comparativamente.

Após completar o exame do abdômen, os membros inferiores são descobertos e são realizados a inspeção da pele, palpação da musculatura e flexão dos joelhos e articulação dos quadris. Pesquisa-se edema pressionando o indicador firmemente contra a tíbia inferior. Os pulsos dorsais pediosos são palpados e comparados entre si. Finalmente, usando um martelo de reflexo ou outro objeto discretamente ponteagudo, pesquisa-se o reflexo plantar de flexão bilateralmente.

Neste ponto, pede-se ao paciente que retorne à posição sentada. No exame da mulher, a camisola é novamente retirada e ambas as mamas são examinadas para retração de pele, depressão ou assimetria sugestivas de crescimento tumoral. Pede-se à paciente que estenda sua coluna com as mãos primeiramente na cintura e depois atrás da cabeça. A camisola é então recolocada. As axilas devem ser palpadas para pesquisa de linfonodos aumentados.

Fundoscopia é a próxima etapa. Inicialmente focaliza-se o reflexo vermelho da retina com o oftalmoscópio a 30 cm do olho do paciente. As lentes +8 -12 são usadas para a aproximação do olho e então o poder da lente é reduzido enquanto se observa qualquer lesão da cónea, do cristalino ou do humor vítreo, até que a retina esteja em foco. Tenta-se ver o máximo do campo da retina movendo-se o oftalmoscópio e, com pacientes que

tenham sido dilatados com fenilefrina, pedindo que mova seu olho em todas as direções. O outro olho é examinado da mesma maneira.

Para terminar o exame neurológico, pede-se ao paciente que enrugue a testa, mostre os dentes e ponha a língua para fora, notando-se qualquer alteração dos movimentos musculares. São testados os reflexos bicipitais, patelares e aquileus e pede-se ao paciente que estenda seus braços e feche os olhos, observando-se qualquer inclinação ou tremor. Pede-se então ao paciente para levantar e andar na sala. Enquanto ele caminha, observa-se a posição dos pés, balanço dos braços e marcha. Pede-se ao paciente para sentar numa cadeira e por trás dele examina-se a glândula tireóidea bimanualmente, pedindo a ele que degluta a saliva.

A última parte de qualquer exame físico envolve o exame de genitália e reto. No caso de paciente masculino pede-se para levantar-se e despir-se. São inspecionados o pênis e meato urinário para ulceração ou secreção, palpa-se cuidadosamente o epidídimo e testículo para sensibilidade, massas ou atrofia testicular. Introduce-se posteriormente o dedo indicador dentro do canal inguinal externo e pede-se ao paciente para tossir ou para abaixar-se, enquanto se observa a presença de hérnia inguinal. Finalmente, solicita-se ao paciente para debruçar-se à mesa de exame ou coloca-se o mesmo na posição genu-peitoral e faz-se a inspeção e palpação do reto. Após lubrificar o ânus, o dedo indicador é introduzido no reto e procede-se à palpação cuidadosamente da ampola retal e próstata.

Similarmente, no exame da mulher, o último passo do exame físico de rotina é a execução do exame pélvico e retal. Deve ser solicitado à paciente que retire a calcinha; a bexiga deve ter sido esvaziada antes do início do exame físico. De modo geral, o exame especular e o toque vaginal só devem ser feitos em mulheres que tenham iniciado atividade sexual há mais de um ano. As outras pacientes podem ter seus órgãos pélvicos avaliados pelo toque retal, se for necessário. Coloca-se a paciente em posição ginecológica - decúbito dorsal, com as nádegas na borda da mesa, as pernas fletidas sobre as coxas e estas sobre o abdômen, amplamente abduzidas. Pelos riscos de contaminação do examinador e da paciente sugerimos que este exame seja efetuado com luvas, que não precisam ser esterilizadas. Estas deverão ser mantidas durante todo o exame e trocadas quando da realização do exame de toque vaginal, quando deverá ser usada uma luva estéril. Inicia-se a inspeção dos órgãos genitais externos é realizada observando-se a forma do períneo, a disposição dos pêlos e a conformação externa da vulva (grandes lábios). Após, afastam-se os grandes lábios - com o polegar e o indicador prendem-se as bordas dos dois lábios, que deverão ser afastadas e puxadas ligeiramente para a frente - para visualização da face interna dos grandes lábios, os pequenos lábios e o vestibulo, hímen ou carúnculas himenais, clitóris e meato uretral. Deve ser realizada manobra de Valsalva (soprar a mão, por exemplo) para melhor identificar eventuais prolapsos genitais e incontinência urinária.

O exame especular deve ser realizado com o menor espéculo que possibilite o exame adequado, de forma a não provocar desconforto na paciente. O espéculo é introduzido fechado. Com a mão esquerda afastam-se os grandes lábios, com auxílio dos dedos indicador ou médio e polegar. Apóia-se o espéculo sobre a fúrcula, ligeiramente oblíquo (para evitar lesão uretral), e faz-se sua introdução lentamente; antes de ser completamente colocado na vagina, quando estiver em meio caminho, deve ser rodado, ficando as valvas paralelas às paredes anterior e posterior, posição que ocupará no exame. A extremidade do aparelho será orientada para baixo e para trás, na direção do cóccix, enquanto é aberto. Observa-se e, se o colo já se apresenta entre as valvas, deve ser completamente exposto. Caso não esteja visível, deve ser localizado através de movimentação delicada do espéculo semi-aberto. A inspeção deve avaliar presença de "manchas", lesões vegetantes, lacerações, etc. A retirada do espéculo é efetuada em manobra inversa à da sua colocação; durante sua retirada, deve-se examinar as paredes vaginais anterior e posterior.

O toque vaginal deve ser realizado com luva estéril. Os dois dedos que penetrarão na cúpula vaginal (2º e 3º dedos) são umedecidos com gel lubrificante, tendo-se o cuidado de evitar o contato do frasco com a luva. O examinador deve apoiar o cotovelo na mesa, para não transferir o peso do mesmo para a vagina. O polegar, o 4º e 5º dedos da mão examinadora farão o afastamento dos grandes e pequenos lábios, dando a abertura suficiente para que o 2º e 3º dedos entrem na vagina sem carregar contaminação (em algumas situações, por questão de conforto da paciente utiliza-se só o indicador), os quais devem dirigir-se ao fundo de saco e identificar o colo. Este deve ser mobilizado látero-

lateralmente, ântero-posteriormente e superiormente, buscando avaliar a mobilidade do útero e, principalmente, se estas manobras provocam dor. O examinador procede ao exame de toque dos fundos de saco posterior e anterior, deslizando os dedos também nas porções mais superiores e laterais da vagina. Ali, busca por nódulos, retrações, espessamentos ou tumorações. A seguir passa-se ao toque bimanual, no qual a utiliza-se a palpação associada da pelve. Com os dois dedos tocando a cérvix, o examinador eleva o útero em direção a parede abdominal, onde a mão livre é suavemente colocada sobre o abdômen e vai deslizando de cima para baixo até que o útero se ponha entre as duas mãos e possa ser palpado. Na palpação observar o tamanho, consistência, regularidade e mobilidade do órgão e as dores que, eventualmente, podem surgir. Feito isso, os dedos são dirigidos para as laterais do fundo de saco anterior na busca da palpação dos ovários, sendo feita a mesma manobra descrita para o útero, porém com a mão livre dirigida para cada zona de projeção dos ovários. Ao retirar os dedos da vagina o movimento deve ser suave. Retirar a luva.

Os detalhes deste exame são demonstrados e descritos separadamente a seguir.

#### **A- EXAME FEITO PELA ENFERMAGEM**

1. Medida de peso e altura
2. Determinação dos sinais vitais
  - Temperatura axilar
  - Pressão arterial
  - Pulso radial
  - Movimentos respiratórios

#### **B- EXAME DO HOMEM E DA MULHER**

##### **Minuto**

- 1** Inspeção da aparência geral
  - Inspeção das mãos, unhas, articulações e palmas
  - Inspeção e palpação dos membros superiores, pele e músculos
- 2** Palpar, comparar e contar os pulsos radiais
  - Medida da pressão arterial
- 3** Inspeção do crânio e face
  - Teste de visão para perto
- 4** Inspeção externa dos olhos
  - Teste pupilar de reação à luz
  - Instilar fenilefrina
  - Exame de ouvidos-externamente e com o otoscópio
- 5** Exame nasal
  - Inspeção da orofaringe e fonação
  - Teste auditivo
- 6** Teste de amplitude de mobilidade do pescoço
  - Encolher os ombros e estender os braços por sobre a cabeça
- 7** Palpação do pescoço para linfonodos
- 8** Simetria do tórax com inspiração profunda
  - Percussão da coluna vertebral
  - Percussão e ausculta dos pulmões
- 9** Palpação de mama
  - Inspeção das veias do pescoço e palpação das carótidas
- 10** Inspeção e palpação do precórdio
  - Ausculta do precórdio
  - Ausculta área das carótidas, médio epigástrico e femoral
- 11** Inspeção e palpação de abdômen
- 12** Palpar bimanualmente o fígado e o baço
  - Palpação de pulsos femorais e linfonodos inguinais
- 13** Inspeção e palpação de membros inferiores e flexão das articulações

- 13** Teste para edema pré-tibial
- 14** Palpação dos pulsos pediosos dorsais comparados  
Testar o reflexo de flexão plantar  
Inspeção de mamas para assimetria e retrações (mulheres)  
Palpação dos linfonodos axilares
- 15** Exame Fundoscópico
- 16** Teste de sistema nervoso: enrugam a testa, mostram os dentes, mostram a língua, reflexos bicipital, patelar, aquileu, manobra dos braços estendidos e observação da marcha  
Exame da glândula tireóidea
- 17** Exame da genitália  
Masculina: inspecionar e palpar pênis, epidídimo, testículos e canais inguinais para hérnia  
Feminina: inspecionar genitália externa. Fazer exame especular e toque vaginal
- 18** Exame retal

Estudante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PROCEDIMENTOS DO EXAME FÍSICO DO ADULTO

### I. Lavar as mãos

### II. Paciente sentado de frente para o médico

1. Observar a aparência geral
2. Mãos/Braços: inspecionar unhas, mãos e palmas das mãos  
Inspecionar pele, palpar músculos e flexionar articulações  
Comparar pulsos radiais e contar dez (10) segundos  
Medir pressão arterial no braço direito
3. Cabeça: Inspecionar configuração, pele e couro cabeludo
4. Olhos: Acuidade visual com tabela de Snellen (se não foi feito anteriormente)  
Inspecionar conjuntivas e escleróticas  
Testar reação pupilar à luz (direta e indireta)  
Colocar neosinefrina (se for desejado dilatação da pupila para o exame fundoscópico)
5. Orelhas/Nariz/Boca: Inspecionar orelhas externamente e com otoscópio  
Inspecionar nariz: septo e cornetos  
Inspecionar boca, língua, mucosa, orifícios de Stenon, tonsilas e faringe  
Mandar paciente fonar e inspecionar úvula, pálato  
Testar audição, utilizando relógio ou número sussurrado

### III. Médico coloca-se atrás do paciente

6. Pescoço: mobilidade  
Elevação de ombros  
Mãos sobre a cabeça  
Palpar: gânglios
7. Tórax: Simetria com respiração profunda  
Percutir: Coluna e campos pulmonares (posteriores e anteriores)  
Ausculta campos pulmonares (posteriores e anteriores)

### IV. Paciente deitado de costas, médico do lado direito

8. Mama: Inspecionar e palpar
9. Coração: Inspecionar veias do pescoço  
Palpar carótidas separadamente  
Inspecionar e palpar precórdio, para caracterizar o apex e verificar a presença de frêmitos  
Auscultar: precórdio e carótidas
10. Abdômen  
Auscultar: epigástrio, áreas femurais  
Inspecionar abdômen  
Palpar: superficial, profundo, fígado, baço, pulsos femurais, nódulos inguinais  
Inspecionar pernas, pele, palpar músculos e flexionar articulações  
Testar edema de tornozelos  
Pulso pedioso dorsal  
Reflexo plantar de flexão

### V. Paciente sentado

11. Inspecionar mama em posição sentada (mulher)
12. Palpar gânglios axilares
13. Exame fundoscópico
14. Neuro: Enrugar a testa, mostrar dentes, mostrar língua, reflexo do bíceps, reflexo aquileu, reflexo patelar, estender braços

### VI. Paciente em pé

15. Neuro: modo de andar - caminhar de uma extremidade a outra da sala
16. Palpar tireóide
17. Genitália  
Masculina  
Inspecionar pênis, meato  
Palpar testículos, epidídimo  
Inspecionar áreas inguinais para hérnia

Feminina  
Inspeccionar intróito, abertura uretral  
Exame com espéculo: vagina, cérvice  
Palpar vestíbulo, cavidade vaginal, útero e anexos  
18. Reto: exame digital



## PROCEDIMENTOS DO EXAME FÍSICO DO ADULTO

### INSPEÇÃO DA APARÊNCIA GERAL

#### Objetivos

1. Use os olhos e os ouvidos para coletar dados a respeito da aparência geral do paciente.
2. Estabeleça um esquema para auxiliá-lo na sua observação e na descrição escrita do paciente.
3. Aprenda a ler suas próprias respostas pessoais ao paciente.

#### Procedimentos

1. Observe

Mobilidade: marcha, coordenação, expressão facial, movimentos involuntários, coordenação, movimentos involuntários, posição do corpo.

Vestimenta: situação econômica, imagem pessoal, aspecto cultural, apropriação, higiene.

Humor: estado emocional dominante, depressão, mania.

Afetividade: habilidade para expressar o estado emocional. Normal: variação ampla;

Retraído; próprio: quanto às idéias ou objetivos em discussão; impróprio: freqüentemente anormal, algumas vezes consciente; exagerado.

Conversação: muita, pouca, associações, lógica, exposição das idéias: rápida, saltitante e lógica, sem consistência ou ilógica.

Comportamento: apropriado, inapropriado.

Relacionamento: maneiras de relacionar-se com outros, você, seu grupo. Exemplo: dominante, depressivo, subserviente, em família, confiante, obsequioso, sedutor, receoso, cuidadoso, receptivo, desconfiado.

Sinais de doença: conforto ou desconforto, físico e/ou mental.

Sinais de dor: limitação de mobilidade geral ou local, distúrbio afetivo, mudança no humor, cor, sudorese, tônus muscular, defesa.

2. Reconheça suas respostas pessoais. Quais são suas impressões com respeito à: religião, raça, conceito de relação médico-paciente, experiência pessoal com doenças, hábitos: álcool, drogas, tabaco, alimentação; sexualidade, idade, humor.

### INSPEÇÃO DAS MÃOS, UNHAS, PELE, ARTICULAÇÕES, PALMAS, PALPAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES, PELE E MÚSCULOS

#### Objetivos

1. Reconhecer as unhas normais. Distinguir unhas com baqueteamento, unhas em colher (coiloníquia), onicomicose, hemorragias lineares.
2. Reconhecer a mobilidade normal do punho, cotovelo, dedos, seqüelas de artrite, traumas. Reconhecer nódulos de Heberden e edema de articulações interfalangeanas proximais.
3. Reconhecer atrofia muscular de músculos da mão, examinando-se a palma.

#### Procedimentos

1. Inspeção cuidadosa das mãos, unhas, palmas, pele.
2. Flexionar os dedos, punhos, cotovelos e ombro.

### PALPAR, COMPARAR E CONTAR OS PULSOS RADIAIS

#### Objetivos

1. Ser capaz de localizar o pulso radial.
2. Reconhecer freqüência normal, 60-100/minuto.
3. Reconhecer irregularidade no pulso: irregularidade total, fibrilação atrial, padrão básico-regular, mas podem ocorrer pulsos desiguais ocasionais tais como, pulso alternante, bigeminismo, extrassístoles.

Procedimentos:

1. Identifique e compare o pulso esquerdo com o direito.
2. Conte o pulso por 10 ou 15 segundos e determine a média por minuto.

## **MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL**

### **Objetivos**

1. Saber o significado dos sons de Korotkoff.
2. Determinar precisamente a pressão sistólica e diastólica.
3. Saber qual o limite superior normal da pressão arterial no adulto - 140/90mmHg.

Procedimentos:

1. Colocar o manguito na porção medial do braço e fixá-lo.
2. Determinar o local do pulso braquial.
3. Insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso braquial, que corresponderá à pressão sistólica ou máxima, desinsuflando-o posteriormente.
4. Colocar seguramente o estetoscópio sobre o pulso braquial na prega do cotovelo.
5. Elevar o manômetro até o nível do desaparecimento do pulso braquial e deixar baixar lentamente a mais ou menos 2 a 3mm p/segundo.
6. Anotar a primeira aparição de sons como pressão sistólica.
7. Anotar o desaparecimento de todos os sons como pressão diastólica. Em alguns pacientes o som continua até o zero por motivos não entendidos. Nestes casos anote o abafamento dos sons como pressão diastólica.

## **INSPEÇÃO DO CRÂNIO E FACE**

### **Objetivos**

Reconhecer anormalidades.

1. Pele: hiperemias, tumores, cistos
2. Simetria da face (VII par craniano), fraqueza.
3. Simetria das pálpebras, simetria das pregas naso-labiais
4. Proeminência dos olhos
5. Distribuição dos cabelos, lesões do couro cabeludo.

Procedimento: Observação e palpação de toda a cabeça

## **TESTE DE VISÃO PARA PERTO**

Use um impresso tipo jornal, um impresso grande, dedos ou tabela de Snellen. Paciente pode usar óculos.

### **Objetivos**

Triagem para perda de visão, podendo haver defeito em:

1. Córnea: cicatriz, úlcera
2. Câmara anterior: sangue, pus
3. Cristalino: catarata, descolamentos
4. Vítreo: hemorragia, neovascularização
5. Retina
6. Nervo óptico: neurite óptica, tumor
7. Trato óptico: tumor
8. Quiasma óptico: tumor
9. Ramificações ópticas: tumor, Acidente Vascular Cerebral (AVC)
10. Córtex calcarina: tumor, infarto cerebral

### **Procedimentos**

Cobrir e fazer com que o paciente leia jornal ou tabela de Snellen. Efetuar o exame com cada olho separadamente.

## **INSPEÇÃO EXTERNA DOS OLHOS**

Pálpebras, conjutiva, esclerótica.

### **Objetivos**

Reconhecer:

1. Entrópio: cílios recurvados para dentro, arranhando escleróticas e formando cicatrizes.
2. Extrópio: cílios recurvados para fora, secura, formação de cicatrizes.
3. Infecção: hordéolo, blefarite, chalásio, granuloma ou cistos de glândulas.
4. Ptose palpebral: lesão de terceiro par craniano, ptose congênita.
5. Edema de pálpebra: insuficiência renal.
6. Icterícia de esclerótica.
7. Conjuntiva: hemorragia, petéquias, pus.

**Procedimento:** Observação direta e proceder a retração da pálpebra inferior posteriormente.

## **TESTE PUPILAR DE REAÇÃO À LUZ**

### **Objetivo**

Teste o II par craniano (nervo óptico) e o III par craniano (nervo óculo motor).

Procedimento:

Testar cada olho para reação direta e consensual à luz. Testar ambos nervos ópticos e óculo-motores. Segurar a luz à 30 cm e procurar reflexão simétrica. Observar nistagmo, sugestivo de doença da orelha média, doença cerebelar, e efeito de certas drogas como difenilhidantoína e sedativos.

## **INSTILAR FENILEFRINA**

### **Objetivo**

Esta droga simpaticomética dilata a pupila para que ela não possa contrair-se ao estímulo da luz. Isto causa uma leve sensação de queimação e lacrimejamento moderado.

### **Procedimentos**

1. Paciente olha para o lado, com pescoço estendido
2. Colocam-se duas gotas no olho
3. Cada estudante deve ser dilatado uma vez, após a oftalmoscopia haver sido apresentada.

## **EXAME DAS ORELHAS EXTERNAMENTE E COM OTOSCÓPIO**

### **Objetivos**

1. Identificar hélix e tragus.
2. Reconhecer relacionamento entre a dor com movimento da hélix ou tragus e otite externa
3. Estabilizar a cabeça e o otoscópio para inspeção apropriada da orelha externa e membrana timpânica, sem causar dor ao paciente.
4. Ser capaz de observar a membrana timpânica:
  - Ver se a membrana está intacta ou perfurada
  - Reflexão da luz em cone
  - Cabo do martelo
  - Cor normal do tímpano

### **Procedimentos**

1. Imobilizar a cabeça segurando a hélix com o polegar e o indicador, e a mão descansando sobre a cabeça.
2. Usar o espéculo maior para o canal. Geralmente é o espéculo maior e mais longo do Kit de adulto.
3. Introduzir o espéculo não mais que a metade do trajeto do conduto auditivo até o do tímpano, descansar sobre a porção cartilaginosa do canal ao invés da porção óssea.
4. Empurrar a hélix posterior e superiormente na maioria dos adultos para visualizar completamente a membrana.

5. Identificar totalmente a circunferência da membrana timpânica. Notar a cor perolada. Alguns vasos sanguíneos pequenos podem ser notados superiormente.
6. Identificar o cabo do martelo.

Problemas maiores:

1. Falha em estabilizar a cabeça com a mão segurando o otoscópio.
2. Entrar na porção óssea do canal externo produzindo dor.
3. Obscurecimento da membrana timpânica por cera. O cerume é produção normal do canal.

## **EXAME NASAL**

### **Objetivos**

1. Selecionar o espéculo de tamanho apropriado para examinar narinas.
2. Identificar o septo nasal.
3. Identificar sempre os cornetos inferiores e, algumas vezes, os médios.

### **Procedimentos**

1. Colocar o espéculo curto e de maior calibre no otoscópio.
2. Estabilizar a cabeça do paciente com a mão esquerda no topo da cabeça.
3. Mover a cabeça posteriormente e colocar o espéculo na narina com cuidado para não esfregar contra o septo.
4. Usar a mão esquerda para rodar a cabeça de modo que o septo, o corneto inferior, o corneto médio e a passagem aérea possam ser visualizados.

Problemas maiores:

1. Manter a posição da cabeça apropriada com a mão esquerda.
2. Pressão sobre o septo causando dor.

## **INSPEÇÃO DE OROFARINGE E FONACÃO**

Se o paciente usa dentadura, oferecer-lhe uma toalha de papel e pedir que a retire.

### **Objetivos**

1. Lábios e mucosa bucal: palidez, cianose, protuberâncias, úlceras.
2. Dentes e gengivas: cáries, gengivite, abscessos.
3. Língua: palidez, língua despilada, etc.
4. Tonsila e faringe posterior: amigdalite, abscessos, hipertrofia.
5. Úvula: desvio de úvula (alteração do IX e X par).

### **Procedimentos**

1. Pedir ao paciente que abra a boca.
2. Utilizando uma pequena lanterna e uma espátula, observar a mucosa oral, dentes, gengivas e língua.
3. Sem fazer protusão da língua, colocar a espátula até seu terço médio, pressionar gentilmente e pedir ao paciente que diga "ah".

Problemas maiores:

1. Colocar a espátula até terço posterior de língua e provocar o reflexo do vômito.

## **TESTE AUDITIVO**

### **Objetivo**

Triagem para déficit auditivo devido à doença da orelha média (condutividade diminuída) ou VIII par craniano nervo acústico (porção auditiva).

### **Procedimento**

Teste cada orelha com relógio ou estalando os dedos e compare simetricamente. Deve ser ouvido facilmente aproximadamente 30 cm da orelha num quarto silencioso.

## **TESTE DE AMPLITUDE DA MOBILIDADE DO PESCOÇO**

### **Objetivos**

1. Determinar se a mobilidade ampla do pescoço está preservada.
2. Saber que certas doenças podem reduzir a amplitude da mobilidade, incluindo: anomalias congênitas, torcicolos, doença degenerativa articular – osteoartrites, artrite reumatóide, meningite, espasmo de musculatura paraespinal – uma causa comum de cefaléia tensional.

### **Procedimentos**

1. Pedir ao paciente para tocar o peito com o queixo, tocar cada ombro, e estender a cabeça ao máximo posteriormente.
2. Observar simetria, graus de mobilidade e desconforto.

## **FAZER O PACIENTE ENCOLHER OS OMBROS E ESTENDER OS BRAÇOS SOBRE A CABEÇA**

### **Objetivos**

1. Determinar a força do músculo trapézio em elevar os ombros. Teste de XI para craniano (nervo acessório).
2. Observar a simetria dos ombros. A simetria é perdida quando há deslocamento do ombro, ruptura do tendão do supraespinhoso ou atrofia por desuso.
3. A extensão dos braços sobre a cabeça testa a amplitude de mobilidade da articulação do ombro para abdução máxima e parcialmente para rotação interna.

### **Procedimentos**

1. Pedir ao paciente que encolha os ombros, enquanto você exerce pressão sobre eles com as suas mãos.
2. Pedir ao paciente que levante os braços até a posição de mergulho.

## **PALPAÇÃO DO PESCOÇO PARA LINFONODOS**

### **Objetivos**

1. Reconhecer linfonodos normais no pescoço.
2. Reconhecer linfonodos anormalmente aumentados, tais como os causados por inflamações da faringe, periodontais, sub-linguais ou do couro cabeludo. Tumores do sistema linfático ou metastáticos podem também estar presentes como linfonodos aumentados.

### **Procedimentos**

1. Ficar de pé, atrás do paciente usando a ponta dos dedos para palpar os gânglios submentonianos, submandibulares, supraclaviculares, cervicais anteriores e posteriores.

## **SIMETRIA DO TÓRAX COM INSPIRAÇÃO PROFUNDA**

### **Objetivos**

1. O uso dos músculos acessórios da respiração pode ser reconhecido em pacientes com doença pulmonar obstrutiva.
2. O reconhecimento de assimetria na expansão torácica freqüentemente indicará patologia de base pulmonar. Paciente com dores costais ou pleurais demonstrarão expansibilidade reduzida do lado afetado.
3. Observar presença de fase expiratória prolongada.

### **Procedimento**

1. Pedir ao paciente para que inspire profundamente diversas vezes. Observar assimetria.

## **PERCUSSÃO DA COLUNA VERTEBRAL**

### **Objetivo**

Paciente com doenças discais, infecções ou tumores espinhais ou paraespinhais apresentarão dor quando a coluna vertebral for percutida.

### **Procedimento**

Atingir o tórax com força média, usando a porção hipotenar da mão ou o punho fechado e observar a sensibilidade.

## **PERCUSSÃO E AUSCULTA DOS PULMÕES**

### **Objetivos**

1. Reconhecer os pontos de referência do tórax: linha axilar anterior e posterior, linha médio-clavicular ou hemiclavicular, linha escapular, linha vertebral.
2. Reconhecer tonalidade assimétrica à percussão. O aumento da densidade subjacente irá aumentar a tonalidade de percussão. Presença de líquido na cavidade pleural e consolidação do pulmão subjacente irão modificar o som para macidez. O aumento do ar no tórax, como no enfisema ou pneumotórax, irá modificar o som para timpânico ou hiperresonante.
3. A ausculta permite que se ouça o ar em movimento para dentro e fora dos brônquios e pulmão. Atenção para:
  - simetria na quantidade e tonalidade dos sons da respiração.
  - duração das fases de inspiração e expiração.
  - ruídos adventícios tais como: roncos, estertores atritos e sibilos.
4. Reconhecer:
  - sons da respiração broncovesicular, murmúrio vesicular normal.
  - sons da respiração bronquial: o som auscultado normalmente sobre a traquéia.
  - redução ou ausência dos sons da respiração, como ocorre com derrame pleural e pneumotórax.

### **Procedimentos**

1. Compare lado esquerdo e direito, no mesmo nível, na face posterior, anterior e lateral do tórax.
2. Medite enquanto você ausculta:
  - simetria
  - relação inspiração-expiração
  - ruídos adventícios

## **PALPAÇÃO DA MAMA**

### **Objetivos**

1. Reconhecer a anatomia descritiva:
  - quatro quadrantes de cada mama e da porção axilar
  - região periareolar e glândulas sebáceas areolares
  - linha axilar anterior e posterior
2. Reconhecer textura e granulação normal da mama. A mama normal é finamente granulosa, mas os nódulos são difusos e não dolorosos à palpação cuidadosa.
  - Os nódulos de mama solitários, não dolorosos, podem ser: fibroadenomas, abscesso crônico de mama, hematoma, necrose gordurosa seguida à trauma, carcinoma.
  - Os nódulos dolorosos podem ser:
    - mastite aguda - freqüentemente um tanto difusa quente e hiperemiada;
    - abscesso agudo;
    - mastite juvenil - freqüentemente durante o período de desenvolvimento rápido da mama.
  - Anormalidades da pele da mama incluem:
    - "peau d'orange"- pele de laranja, edema e distensão da pele, onde as glândulas sudoríparas têm seus orifícios acentuados. Sugere inflamação ou carcinoma.
    - retração da pele ou do mamilo, quando as fibras subjacentes encurtam por sob a pele ou mamilo, devido à inflamação ou carcinoma.

- Identificar secreções anormais:
  - fluído sanguinolento ou esverdeado, o qual pode ser benigno ou maligno, requerendo geralmente exame citológico ou biópsia.
  - fluído seroso ou opalescente caracteriza galactorrêia e se não estiver relacionada com gravidez recente requer avaliação diagnóstica para doenças associadas ou uso de drogas.
3. Relatar a presença de cicatrizes cirúrgicas prévias, nevos cutâneos, marcas congênitas e tatuagens.

### **Procedimentos**

Paciente deitada, com pernas e abdômen cobertos.

2. Usar camisola ou lençol para proteger o pudor da paciente.
3. O membro superior ipsilateral à mama examinada deve ser colocada acima da cabeça.
4. Examinar totalmente as mamas, por pressão com as mãos espalmadas contra a parede torácica, para determinar a consistência subjacente. Dar atenção para o quatro quadrantes, porção axilar e aréola.
5. Palpação da mama entre o polegar e os dedos pode ser útil para examinar as mamas de pequeno volume.
6. Esteja certo de que o tecido mamário move-se livremente sobre a parede torácica. O tecido que adere à parede torácica ou à pele sugere carcinoma

## **INSPEÇÃO DAS VEIAS DO PESCOÇO E PALPAÇÃO DAS CARÓTIDAS**

### **Objetivos**

1. Reconhecer a distensão das veias jugulares. Se forem evidentes na posição supina, as veias devem ser reexaminadas com a cabeceira da cama elevada à 45°. Se as veias permanecem distendidas, ou se o pulso venoso é facilmente visível, deve-se levantar a suspeita de pressão venosa aumentada, que pode ser devida a insuficiência cardíaca congestiva ou compressão extrínseca.

Palpar as carótidas para a simetria de pulsação. A assimetria das carótidas sugere lesão estenótica da carótida comum, que pode produzir isquemia cerebral.

### **Procedimentos**

1. Com o paciente na posição supina, olhar obliquamente para o pescoço inferior, procurando distensão venosa. Esvazie as veias e verifique se há reenchimento partindo da base. Caso presente, é necessário o exame completo com elevação a 45°.
2. Palpar cada carótida separadamente no ângulo da mandíbula. Notar a simetria. Não palpar as carótidas simultaneamente, pois pode-se reduzir abruptamente o fluxo cerebral.

## **INSPEÇÃO E PALPAÇÃO DO PRECÓRDIO**

### **Objetivos**

1. O ponto de impulso máximo, o ictus cordis, representa o ápex do coração tocando a parede torácica durante a sístole. Quando visível é uma pista do tamanho cardíaco. Normalmente o ictus cordis é medial à linha hemiclavicular.

A palpação sobre o ictus confirma a localização do mesmo. Se os impulsos palpáveis envolverem em dois ou mais espaços intercostais pode haver dilatação ventricular esquerda. Se os impulsos persistem por mais da metade do ciclo cardíaco, pode haver hipertrofia ventricular esquerda.

2. A palpação sobre o esterno com a palma da mão pode revelar uma impulsão esternal, freqüentemente encontrada na hipertrofia ventricular direita.

### **Procedimentos**

1. Observar o precórdio tangencialmente ao ictus cordis. Você pode necessitar mover sua cabeça em diferentes direções para achar o ictus. Descreva a sua localização com referência aos pontos anatômicos: linha hemiclavicular, linha axilar anterior ou posterior.
2. Colocar a palma da mão suavemente por sobre o terço inferior ou a metade inferior do esterno para detectar elevação ou impulsão esternal. Normalmente isto não acontece.

3. Colocar seus dedos sobre o ictus ou sobre a borda provável do coração esquerdo, permitindo que os dedos (2º, 3º e 4º) descansem cada um em diferentes espaços intercostais. Quantos espaços ele envolve? Quanto tempo ele persiste?.

## **AUSCULTA DO PRECÓRDIO**

### **Objetivos**

1. Usar o diafragma para auscultar os sons de alta frequência.
2. Usar a campânula para auscultar os sons de baixa frequência.
3. Reconhecer a primeira bulha cardíaca (B1), sincrônica com o fechamento das válvulas tricúspide e mitral, e produzida pelo choque do sangue contra as válvulas fechadas e contra as paredes ventriculares.
4. Reconhecer a segunda bulha cardíaca (B2), sincrônica com o fechamento das válvulas aórtica e pulmonar, e causada pelo choque do sangue contra as válvulas e contra as paredes da artéria aorta e artéria pulmonar.
5. Reconhecer o desdobramento normal de 2ª bulha, que ocorre com a inspiração. O componente pulmonar da segunda bulha (B2) é retardado com a inspiração, devido ao retorno venoso aumentado para o coração direito com a inspiração.
6. Ser capaz de identificar os locais de ausculta primários:
  - ápex - área da válvula mitral
  - segundo espaço intercostal esquerdo - área da válvula pulmonar
  - segundo espaço intercostal direito - área da válvula aórtica
  - quarto espaço intercostal esquerdo - área da válvula tricúspide (o quarto espaço à direita também é usado freqüentemente).
7. Reconhecer:
  - Sístole - inicia com B1 e dura até B2
  - Diástole - inicia com B2 e dura até B1
8. Saber que a terceira bulha cardíaca (B3) é auscultada imediatamente após B2. Uma terceira bulha é freqüentemente auscultada na insuficiência cardíaca congestiva e pode ser devida ao enchimento rápido de um ventrículo esquerdo dilatado ou de complacência diminuída.
9. Saber que a quarta bulha cardíaca (B4) é auscultada imediatamente antes de B1. Ela está associada à contração atrial e é geralmente normal se encontrada sem outro achado patológico.
10. Ser capaz reconhecer um ritmo sinusal normal e uma arritmia sinusal respiratória. A última é normal e é reconhecida como um aumento de frequência do pulso, durante a inspiração e redução durante a expiração.

### **Procedimentos**

1. Usando o diafragma do estetoscópio, ausculte sobre o ictus. Determine a frequência e o ritmo básico (normal ou anormal).
2. Identifique B1. Normalmente B1 é a mais audível no ápex, mas a palpação da carótida pode auxiliar. A elevação da pressão do pulso carotídeo vem depois de B1, com um intervalo de aproximadamente 0,1 segundo.
3. Identifique B2. Pense no ciclo cardíaco e nas atividades valvulares, enquanto você ausculta.
4. Ausculte a fase sistólica do ciclo. Os sopros de regurgitação mitral e regurgitação tricúspide serão auscultados nesta fase, bem como os sopros de estenose aórtica e estenose pulmonar.
5. Ausculte a fase diastólica do ciclo cardíaco. Os sopros de estenose mitral e regurgitação aórtica serão auscultados nesta fase.
6. Ausculte para quaisquer outros sons afora B1 ou B2 e caso presentes, determine suas relações com B1 ou B2, cronologicamente.
7. Repita esta série de observações na área pulmonar, na área aórtica, no bordo esternal esquerdo e direito. A seqüência é:
  - B1
  - B2
  - Sístole



- Diástole
- Verificar outros sons que não B1 ou B2

## **AUSCULTAR ÁREA DAS CARÓTIDAS, MÉDIO-EPIGÁSTRIO E FEMORAL**

### **Objetivo**

Reconhecer ruídos nos vasos sanguíneos subjacentes, os quais são produzidos por anormalidades nesses vasos. Os estreitamentos ou placas ateromatosas podem produzir tais sons. A estenose da válvula aórtica pode produzir um sopro que é transmitido para as carótidas. A ausculta da área médio-epigástrica pode revelar um sopro da aorta ou das artérias renais.

### **Procedimento**

Usando o diafragma ausculte sobre cada carótida, região médio-epigástrica e cada artéria femoral.

## **INSPEÇÃO E PALPAÇÃO DO ABDÔMEN**

### **Objetivos**

1. Reconhecer pontos de referências anatômicas.
2. Conhecer o relacionamento entre órgãos normais e pontos de referências anatômicas: fígado, baço, estômago, vesícula biliar, cólons ascendente, transverso, descendente e sigmóide, bexiga, bifurcação aórtica, rins e pâncreas.
3. Efetuar a palpação superficial e profunda para esclarecer sensações dolorosas ou reconhecer massas anormais.
4. Reconhecer a aparência normal do abdômen à inspeção. As massas volumosas, o peristaltismo hiperativo e a ascite podem alterar os contornos normais.

### **Procedimentos**

1. Cuidadosamente cobrir o tórax, os membros inferiores e área pubiana com lençol.
2. Inspeccionar procurando contornos anormais, os quais podem estar presentes anteriormente ou nos flancos.
3. Palpar todos os quatro quadrantes, as áreas epigástrica, suprapúbica e periumbilical.
4. Repetir com palpação profunda, usando a superfície sensitiva das polpas digitais.

## **PALPAR BIMANUALMENTE O FÍGADO E O BAÇO**

### **Objetivos**

1. Identificar o tamanho do fígado. O fígado pode estar rebaixado de sua localização normal por um tórax hiperinsulfado, como na doença pulmonar obstrutiva crônica, ou por abscesso subdiafragmático. Ele pode estar aumentado por congestão vascular, infiltração, reação inflamatória, abscesso, tumor. Normalmente o fígado não é palpável, ou pode estar palpável próximo do rebordo costal direito com inspiração profunda.
2. Identificar aumento de baço. O baço normal não é palpável. Ele pode estar aumentado por congestão vascular, hematoma subcapsular, hiperplasia linfóide generalizada (linfoma, infecção, infiltração ou, mais raramente, tumor).

### **Procedimentos**

1. Palpar o fígado. Colocar a mão esquerda fixando o rebordo costal direito e pressioná-lo levemente. Palpar com as polpas digitais da mão direita enquanto o paciente é instruído a inspirar e expirar profundamente. Encourage o paciente a relaxar o abdômen e dê-lhe um incentivo quando isto foi conseguido. Sempre iniciar a palpação próximo da crista ilíaca, de modo que um fígado grande não passe despercebido.
2. Palpar o baço. Coloque o braço esquerdo sob o abdômen e localize a mão esquerda fixando o rebordo costal esquerdo. Pressione-o levemente. Palpar o baço com a mão direita.

## **PALPAÇÃO DE PULSOS FEMORAIS E LINFONODOS INGUINAIS**

### **Objetivos**

1. Reconhecer os linfonodos normais na região inguinal. Por este meio podemos reconhecer linfadenopatia generalizada ou localizada (devido a inflamação nos membros inferiores).
2. As pulsações normais da artéria femoral são iguais bilateralmente. Um pulso diminuído ou ausente indica obstrução.

### **Procedimentos**

1. Preservar o pudor, descobrindo uma área femoral de cada vez, usando lençol para cobrir a área pubiana.
2. Palpe os linfonodos inguinais e a onda dos pulsos femorais simultaneamente.

## **INSPEÇÃO E PALPAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES, FLEXÃO DAS ARTICULAÇÕES E TESTE PARA EDEMA PRÉ-TIBIAL**

### **Objetivos**

1. Verificar a simetria dos membros inferiores. A assimetria dos mesmos pode ser produzida por obstrução venosa ou linfática.
2. Avaliar as articulações dos membros inferiores. A artrite dos joelhos, tornozelos ou articulações do pé é seguida por edema, rubor ou calor na articulação envolvida.
3. Avaliar a mobilidade articular. Flexionar o tornozelo, joelho e articulação coxofemural testando a amplitude de mobilidade que pode estar alterada.

### **Procedimentos**

1. Cobrir a área pélvica colocando um lençol entre as pernas, permitindo que a porção superior do lençol cubra o abdômen.
2. Inspeccionar e palpar cada perna procurando edema, calor, assimetria, variações na cor da pele e distribuição dos pelos.
3. Segurar o pé pela planta com a mão direita, estabilizando o joelho com a mão esquerda, e flexionando o tornozelo, joelho e articulação coxofemural.
4. Apertar com o dedo polegar sobre a face anterior da tíbia por 5 segundos e observar se existe impressão digital quando o polegar é removido.

## **PALPAÇÃO DO PULSO PEDIOSO DORSAL**

### **Objetivo**

Reconhecer o fluxo arterial normal. No caso de estar reduzido indicar obstrução.

### **Procedimento**

Palpar com as polpas digitais a porção média do dorso do pé até que o pulso seja identificado. Bastante treino pode ser necessário, e a maior causa de erro é comprimir excessivamente o local, impedindo a pulsação.

## **TESTAR O REFLEXO DE FLEXÃO PLANTAR**

### **Objetivo**

Avaliar a integridade motora cerebral e/ou vias motoras espinhais. Estimulando a borda lateral da planta do pé com o cabo do martelo de reflexo, normalmente se produz uma resposta de flexão de todos ou de alguns dedos. Uma resposta de extensão do hálux com abdução dos demais é patológica. A extensão do hálux é forte evidência de dano nos centros motores no cérebro ou de suas vias na medula espinhal.

### **Procedimento**

Estimular a planta do pé desde a almofada do calcanhar até a articulação metatarsofalangiana seguindo a porção lateral da região plantar.

## **INSPEÇÃO DE MAMAS PARA ASSIMETRIA E RETRAÇÕES (MULHERES)**

### **Objetivo**

Observar mobilidade das mamas. Observar as mamas enquanto a paciente está na posição sentada, com as mãos na cintura e sobre a cabeça, o que pode revelar anormalidades não evidenciadas no exame com a paciente em posição supina.

### **Procedimentos**

1. Com a paciente na posição sentada, com as pernas para fora da borda da mesa, pedir que retire a parte superior da vestimenta.
2. Pedir à paciente que coloque as mãos na cintura, e estire o tórax para trás. Observar assimetria e retrações cutâneas.
3. Repetir com os braços dobrados atrás da nuca.

## **PALPAR LINFONODOS AXILARES**

### **Objetivo**

Detectar linfonodos palpáveis, aumentados.

### **Procedimentos**

1. Recolocar a camisola
2. Apoiar o membro superior do paciente sobre o seu antebraço contralateral, de forma que fique o mais relaxado provável. Certifique-se que o músculo peitoral também está relaxado para assegurar um exame adequado.
3. Palpar profundamente com as polpas digitais toda a extensão da axila.

## **EXAME FUNDOSCÓPICO**

### **Objetivos**

1. Saber as funções do oftalmoscópio:
  - O fecho maior é usado para examinar uma pupila dilatada. Ele permite uma visualização de um campo maior da retina.
  - O fecho menor é usado para examinar uma pupila não dilatada. Menos luz é refletida da córnea e pode ser mais fácil de usar no início.
  - O gradeado é usado para estimar o tamanho das lesões na retina, ou descrever a sua distância do disco óptico, ou seja da pupila.
  - O fecho linear aparecerá ondulado quando for focalizado sobre uma lesão elevada ou deprimida, fornecendo uma terceira dimensão à lesão retineana.
  - As lentes que correspondem aos números em preto no disco aumentam o poder da lente ou dioptrias. As lentes correspondendo aos números em vermelho no disco, diminuem o poder da lente ou dioptrias. Elas são usadas para corrigir os erros de refração, tanto do examinador como do paciente. A lente correspondente ao zero é uma lente plana.
2. Saber as estruturas anatômicas a examinar com o oftalmoscópio:
  - O reflexo vermelho representa a luz refletida da retina do paciente através da pupila. Ele deve ser circular, regular e não pontos escuros. Os pontos escuros estão presentes quando algo interfere com a luz refletida, tal como catarata de cristalino, corpos em suspensão ou hemorragias no vítreo, ou neovascularização do vítreo.
  - O disco óptico ou papila é o ponto onde o nervo óptico penetra no globo ocular. Deve-se observar a cor do disco, a sua concavidade central de cor mais clara, a área onde os vasos passam sobre o disco, e a borda do disco a qual deve ser discreta e bem definida.
  - As arteríolas são identificadas como vasos mais estreitos e mais vermelhos que as veias. Você realmente vê a coluna de sangue dentro do vaso. A coluna deve ser regularmente margeada e afilar-se lentamente em direção à periferia. As interrupções repentinas indicam obstrução arteriolar. A aparência ondulada na arteríola pode ser devida a espasmo arteriolar como na hipertensão. As placas arterioescleróticas podem ser reconhecidas.

- As vênulas são mais largas e de uma cor mais escura. As anormalidades incluem: vasos distendidos ou engurgitados devido a aumento da pressão intracraniana, ou fluxo obstruído devido à policitemia. A oclusão venosa central produz vasos engurgitados e hemorragias venosas. As causas incluem arteriosclerose, diabetes e fluxo anormal devido à doença falciforme ou macroglobulinemia.

- O fundo da retina é examinado procurando-se hemorragias, exsudatos e microaneurismas.  
- A mácula é reconhecida como uma área que dista do disco óptico 2 a 3 diâmetros de pupila em sentido temporal e desprovida de vasos maiores.

### **Procedimentos**

1. Pedir ao paciente que fixe a visão num objeto distante. Isto relaxa os músculos ciliares e reduz acomodação. Escurecer o ambiente.
2. Examinar o olho direito com o seu direito e sua mão direita, e o olho esquerdo com o seu esquerdo e sua mão esquerda.
3. Usando lente de +8 a +10 no orifício de visão, focalize inicialmente as pálpebras. Este procedimento irá auxiliá-lo a habituar-se a focalizar o seu oftalmoscópio.
4. O oftalmoscópio deve ser segurado próximo o suficiente para que sua mão repouse de encontro à face.

5. Examinar o reflexo avermelhado, focalizando a área pupilar.

6. Focalizar o disco óptico subtraindo o poder das lentes (geralmente 1 a 4 "clicks" do disco) e mover para perto da cabeça do paciente. As suas fronteiras ficarão afastadas 4 a 8 cm. Ajuste as lentes para melhor focalização da imagem.

7. Conserve consigo mesmo:

"Agora eu vou examinar a cor do nervo óptico, a concavidade óptica, o padrão vascular, a margem"; "agora eu vou examinar as arteríolas, as vênulas, o fundo da retina, a área macular".

Se a pupila estiver bem dilatada, peça ao paciente para focalizar 30cm para a esquerda, para a direita, para cima e para baixo do ponto original, permitindo que uma maior área da retina seja examinada.

## **TESTE DE SISTEMA NERVOSO**

### **Objetivos**

1. Avaliar VII par craniano.
2. Avaliar XII par craniano.
3. Testar reflexos tendinosos profundos.
4. Testar equilíbrio.

### **Procedimentos**

1. Enrugar a fronte e mostrar os dentes testa a função motora do VII par craniano (nervo facial). Procurar diminuição da força. Diferenciar lesão do neurônio motor central: está preservado o enrugamento da testa, pois nesta porção a inervação é cruzada, bilateral. Mostrar os dentes evidencia a fraqueza do músculo facial inferior. Lesão do neurônio motor periférico enrugar a testa e mostrar os dentes estão ambos reduzidos, pois a inervação é unilateral.

2. Mostrar a língua testa o XII par craniano (nervo hipoglosso). A fraqueza é reconhecida pelo desvio da língua para o lado da fraqueza.

3. A assimetria dos reflexos requer uma pesquisa para lesões envolvendo tanto o grupo aferente (sensitivo), eferente (motor) ou muscular. Reflexos hiperativos de um lado indicam perda de integridade das vias descendentes (trato piramidal) acima do nível espinal do arco-reflexo.

4. Manobra dos braços estendidos

5. A observação da marcha testa uma interação complexa do sistema motor, sensitivo, cerebelar e músculo-esquelético.

## **TIREÓIDE**

### **Objetivo**

Ser capaz de palpar uma tireóide normal, incluindo ambos os lobos e istmo.

### **Procedimento**

Pedir ao paciente que sente numa cadeira. Ficar em pé por trás do paciente, usando as pontas dos dedos, com base na extremidade medial da clavícula e do músculo esternocleidomastoideo palpar a tireóide. Depois dos dedos estarem posicionados adequadamente pedir ao paciente que engula. A posição incorreta dos dedos, enquanto se examina a tireóide é a maior causa de erro no exame final.

## **EXAME DA GENITÁLIA MASCULINA**

### **Objetivos**

1. Reconhecer a secreção uretral, lesões penianas.
2. Palpar o pênis procurando nodulosidade, que pode indicar estreitamentos uretrais.
3. Examinar os testículos e epidídimos, procurando massas.
4. Examinar o canal inguinal, procurando hérnias.

### **Procedimentos**

1. Colocar uma luva de exame.
2. Examinar o meato e o pênis a procura de lesões.
3. Palpar os testículos e o epidídimo entre o polegar e os dedos.
4. Examinar, à procura de hérnia, com o dedo indicador, carregando uma dobra do escroto para dentro do canal. Pedir ao paciente para tossir ou usar a prensa abdominal. O saco herniário apresentar-se-á como uma protusão contra o dedo do examinador.

## **EXAME DE GENITÁLIA FEMININA**

### **Objetivos**

1. Inspeção de genitália externa: reconhecer a anatomia descritiva e patologias do monte de Vênus, clitóris, meato urinário, grandes e pequenos lábios, intróito vaginal, paredes vaginais (proeminência quando a paciente faz esforço).
2. Exame especular: reconhecer o colo uterino e seu orifício observando a cor, posição, ulcerações, nódulos, hemorragias ou secreções. Observar as paredes vaginais durante a retirada do espéculo.
3. Toque vaginal: identificação do colo uterino notando posição, forma, consistência, mobilidade e sensibilidade. Palpação do fundo ao redor do colo uterino e paredes vaginais procurando abaulamentos ou aumento de consistência. Com o toque bimanual identificar útero, ovários direito e esquerdo, além de observar tamanho, forma, consistência, mobilidade e sensibilidade destes órgãos. O ovário normal às vezes é sensível.

### **Procedimentos**

1. Pedir a paciente que esvazie a bexiga.
2. Paciente deitada e em posição ginecológica, ou seja, zonas glúteas na borda da mesa de exame, flexão das pernas e pés apoiados em estribos.
3. Cobrir a paciente adequadamente.
4. Conservar com a paciente, comunicando os passos a serem feitos, para obter um bom relaxamento.
5. Calçar luvas. Examinador sentado, inspecionar a genitália externa.
6. Pedir à paciente que sobre o dorso da mão e observar proeminências das paredes vaginais.
7. Com os dedos médio e indicador da mão esquerda tracionar os pequenos lábios para baixo, pedir à paciente que faça força e introduzir o espéculo adequado, fechado, em ângulo de 45°, com a pressão exercida em parede posterior da vagina.
8. Girar o espéculo sempre fechado e sempre fazendo pressão posterior.

9. Abrir o espéculo e manobrá-lo até que se encontre o colo uterino. Inspeção do colo de útero e seu orifício.
10. Afrouxar e não fechar o espéculo, retirando-o lentamente enquanto observa paredes vaginais.
11. Examinador em pé, colocar a luva na mão direita e lubrificar dedos indicador e médio.
12. Afastar os pequenos lábios com o polegar e mínimo da mão direita, introduzir os dedos indicador e médio, deixando flexionados o anular e mínimo com polegar em abdução. Apoiar o cotovelo sobre a mesa.
13. Palpar parede vaginal, identificar colo e fundo uterino.
14. Fazer o toque bimanual colocando a mão esquerda no abdômen inferior e manobrando com as duas mãos, identificar útero, ovário direito e esquerdo.

#### Problemas maiores

1. Não conseguir um bom relaxamento da paciente e ter dificuldade na introdução do espéculo.
2. Dor em parede anterior e lesão de uretra pelo espéculo, se não fizer a pressão em parede posterior de vagina.
3. Pinçamento de parede vaginal se fechar o espéculo em sua retirada.

### **EXAME RETAL**

#### **Objetivos**

1. Reconhecer hemorróidas e fissuras no orifício anal.
2. Determinar o tamanho, consistência e nodularidade da próstata.
3. Determinar a presença de tumor ou pólipos do reto.

#### **Procedimentos**

1. Lubrificar o dedo indicador enluvado
2. Pedir ao paciente para curvar-se sobre a mesa de exame.
3. Observar hemorróidas e fissuras.
4. Introduzir o dedo no do ânus, notando o tônus muscular.
5. Palpar a próstata notando a rafe mediana, tamanho e consistência do lobo direito e esquerdo.
6. Mover o dedo numa circunferência para examinar o reto, a procura de tumor ou pólipos.