

Exame Clínico

Roteiro Estruturado



Autores: Arnaldo Aires Peixoto Júnior, Elcineide Soares de Castro, João Erivan Façanha Barreto, José Saraiva Barbosa Filho, Marcos Kubrusly, Maria do Livramento Leitão Vilar, Olga Vale Oliveira Machado, Renata Araújo Pinto, Tiago Perez Leitão Maciel e Wilzie Enny Soares Sales

Organizadores: Antônio Miguel Furtado Leitão e Antônio Ribeiro da Silva Filho



Exame Clínico

Roteiro
Estruturado

Exame Clínico

Roteiro Estruturado

Autores

Arnaldo Aires Peixoto Júnior

Elcineide Soares de Castro

João Erivan Façanha Barreto

José Saraiva Barbosa Filho

Marcos Kubrusly

Maria do Livramento Leitão Vilar

Olga Vale Oliveira Machado

Renata Araújo Pinto

Tiago Perez Leitão Maciel

Wilzie Enny Soares Sales

Organizadores

Antônio Miguel Furtado Leitão

Antônio Ribeiro da Silva Filho



Fortaleza
2008

Projeto Gráfico
Sérgio Linhares

Revisão
Ana Luísa Castro
Antônio Miguel Leitão

Ficha Catalográfica
Carmem Araújo

Impressão
Gráfica e Editora LCR Ltda.
Rua Israel Bezerra, 633
Dionísio Torres | 60135-460
Fone (85) 3272.7844 | Fax (85) 3272.6069
Fortaleza - Ceará
atendimento@graficalcr.com.br
www.graficalcr.com.br

Ficha catalográfica

E96 Exame clínico : roteiro estruturado / organizadores, Antônio Miguel Furtado Leitão, Antônio Ribeiro da Silva Filho, autores, Arnaldo Aires Peixoto Júnior ... [et al.] -- Fortaleza : Gráfica LCR, 2008.
132 p.

ISBN 85-86627-96-5

1. Exame clínico. 2. Anamnese. 3. Diagnóstico.
4. Clínica médica. I. Peixoto Júnior, Arnaldo Aires. II. Leitão, Antônio Miguel Furtado. II. Silva Filho, Antônio Ribeiro da.

CDU 616.071

Dedicatória

A todos os alunos que optaram pelo belo, desafiante e difícil caminho da Medicina.

Ao Dr. George Magalhães, amigo, médico, conselheiro e professor cuja sabedoria e capacidade investigativa é referência e orgulho para a Medicina cearense e brasileira.

Os autores

À nossa inesquecível Gláucia, cuja vida foi a síntese da capacidade de superação, do amor à família e da paixão pela Medicina.

*Maizinha Leitão
Tiago Leitão*

Apresentação

*"Diga-me e esquecerei,
ensina-me e aprenderei,
envolva-me e entenderei."*
Confúcio

Há um momento mágico em que, qual um verdadeiro big-bang às avessas, fundem-se a arte e a ciência, as habilidades e as competências, a sensibilidade e a atenção, a vivência e o saber. Esse momento ímpar se inicia quando o médico (ou o aprendiz de Medicina) se posta diante do paciente para proceder ao exame clínico (anamnese e exame físico) na busca de informações (sinais e sintomas) que ajudam a descobrir e tratar os males de que a pessoa padece.

A despeito de toda a evolução tecnológica, a vivência, o conhecimento científico e o raciocínio clínico, embasados por uma anamnese e um exame físico criteriosos, continuam a ser os fundamentos para o exercício pleno da prática médica.

Esse compêndio, escrito com simplicidade e maestria, paradoxalmente compacto e completo, representa uma importante ferramenta de apoio ao estudante no proceder de um exame clínico bem escrito, rico em detalhes e conduzido de forma sistematizada, o que, certamente, vai otimizar o estabelecimento de um diagnóstico e de uma conduta terapêutica mais eficaz, além de fortalecer a relação médico-paciente, aspectos essenciais para o prognóstico e a cura.

*Antônio Miguel Furtado Leitão
Antônio Ribeiro da Silva Filho*

Índice

Introdução	13
Anamnese	19
Identificação	23
História Clínica.....	26
1. Queixa Principal (QP)	26
2. História da Doença Atual (HDA)	26
3. História Pessoal (Antecedentes Pessoais).....	28
a) Fisiológica (HPF)	28
b) Patológica Pregressa (HPPP) e Doenças Preeexistentes.....	29
4. História Epidemiológica (HE) e Ações Preventivas.....	30
5. História Familiar e Familiar (HF)	31
6. História Social (HS)	31
7. Interrogatório Sintomatológico (IS)	33
a) Sintomas Gerais	33
b) Pele e Fâneros	33

c) Cabeça	33
d) Pescoço	34
e) Tórax: Mamas, Sistema Respiratório e Cardiovascular	34
f) Sistema Digestório e Abdome	35
g) Região Inguinal	35
h) Região Perineal	35
i) Sistema Genital	35
j) Sistema Urinário	35
k) Sistema Locomotor	36
l) Sistema Hemolinfopoiético	36
m) Sistema Endócrino	36
n) Sistema Vascular Periférico	37
o) Sistema Nervoso	37
p) Psiquismo	37
 Exame Físico	39
 Sinais Vitais	42
 Exame Físico Geral, Somatoscopia ou Ectoscopia	43
1. Estado Geral	43
2. Nível de consciência.....	43
3. Estado nutricional.....	44
4. Estado de hidratação.....	44
5. Fácies.....	44
6. Biótipo, tipo constitucional ou tipo morfológico	45
7. Peso e Medidas antropométricas.....	46
8. Atitude	46
9. Marcha.....	47

10. Fala	47
11. Movimentos involuntários.....	48
12. Mucosas.....	48
13. Pele	48
14. Fâneros	49
15. Musculatura.....	50
Exame Físico Especial ou Segmentar.....	50
1. Cabeça	50
2. PESCOÇO	52
3. Tórax e Sistema Respiratório	53
4. Sistema Cardiovascular	61
5. Sistema Digestório e Abdome.....	63
6. Região Inguinal.....	73
7. Região Perineal, Ânus e Reto	73
8. Sistema Genital	74
9. Sistema Urinário	74
10. Sistema Locomotor.....	76
11. Sistema Vascular Periférico.....	81
12. Sistema Nervoso	83
Lista de Problemas	99
Hipóteses Diagnósticas	103
Conduta e Assinatura(s)	107
Anexos: Documentos da Rotina Médica	111
Bibliografia Consultada e Recomendada.....	125



Introdução



O exame clínico tem a proposta de formular hipóteses diagnósticas a fim de elucidar o diagnóstico final de um quadro clínico, tratar o paciente, obter dados para o prognóstico e prevenção da própria enfermidade e suas complicações, possibilitando ao profissional de saúde intervir com mais segurança na melhoria da qualidade de vida do paciente. Para tanto, é necessário conhecer e integrar as inúmeras áreas do conhecimento, principalmente em saúde: embriologia, anatomia, histologia, fisiologia e patologia, o domínio das manifestações das síndromes clínicas, da história natural das entidades nosológicas, dos termos médicos, das expressões populares na área da saúde, assim como desenvolver habilidades psicomotoras e atitudinais.

O método clínico ou semiológico constitui o instrumento estruturado e sistematizado utilizado na realização do exame clínico, onde estão incluídos a anamnese e o exame físico. Trata-se de uma ferramenta que padroniza os questionários aplicados na entrevista e a estrutura observada no exame físico para auxiliar o raciocínio clínico do profissional. A capacitação para realizar o método clínico está diretamente relacionada ao desenvolvimento da habilidade para executar o exame clínico, que é conquistada tão somente pela vivência. Portanto, é imprescindível a prática exaustiva do exame

clínico baseado na sistematização inserida no método clínico.

A anamnese consiste em uma entrevista, que implica interação entre o médico e o paciente/acompanhante envolvido em um potencial problema de saúde. Nessa entrevista são obtidos dados de identificação e da história clínica, sendo esta classicamente dividida em queixa principal, história da doença atual, história pessoal fisiológica, pessoal patológica pregressa, familiar, familiar, social e interrogatório sintomatológico. O entrevistador deve aparelhar-se não somente de habilidades, mas também de sensibilidade, que o torne capaz de realizar a transdução de queixas relatadas pelo paciente em seus sintomas correspondentes, dentro de um contexto complexo influenciado pelo aspecto social, cultural, moral e ético, respeitando particularmente os princípios bioéticos da relação médico-paciente como a autonomia, beneficência, não-maleficência, sigilo e justiça. A entrevista deve ser elaborada através de perguntas abertas ou dirigidas, nunca sugeridas, respeitando o nível educacional e cultural, bem como, observando o aspecto do escutar o paciente com o devido interesse, atenção e paciência.

As alterações sugeridas pelos dados colhidos na anamnese são averiguadas através do exame físico, que, por vezes, fornece dados importantes não aventados durante tal entrevista. Esta etapa do exame clínico utiliza-se de procedimentos como a inspeção, palpação, percussão e ausculta, além de instrumentos e aparelhos que foram incorporados ao método clínico, como o estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro clínico, martelo

de reflexos, lanterna, fita métrica, abaixador de língua, entre outros.

O raciocínio clínico é desenvolvido ao longo do exame clínico e deve resultar na geração de hipóteses diagnósticas. Algumas vezes, exames complementares são solicitados para auxiliar na confirmação diagnóstica, prognóstico, acompanhamento do paciente e, inclusive, na terapêutica.

O processo do raciocínio clínico tem início desde o primeiro contato visual, auditivo, olfativo ou tátil com o paciente. Cerca de 60 a 75% dos diagnósticos já são preconcebidos na conclusão da história clínica. É imprudente estabelecer um diagnóstico precocemente e encerrar a investigação diagnóstica nesta etapa, pois a conclusão diagnóstica ou o diagnóstico definitivo somente devem ser selados após a elaboração de um raciocínio clínico, baseado em uma anamnese e exame físico cuidadosos e detalhados, bem como da listagem de problemas pertinentes ao caso em questão.

Na atualidade, com o progresso acelerado da tecnologia da informação e dos recursos diagnósticos complementares, constata-se um certo descuido/descaso em relação ao exame clínico. O foco da prática clínica é o paciente e é nele que se deve investir, tratando-o de forma holística. Portanto, deve-se iniciar esse atendimento semeando de forma cuidadosa a relação médico-paciente, que permeará em todas as etapas dessa assistência, contribuindo até com a terapêutica.

Apesar de todo avanço tecnológico, como o desenvolvimento da inteligência artificial, somente o ho-

mem tem a percepção e a sensibilidade para avaliar as mensagens verbais e não-verbais, como os sentimentos e outros fatores imensuráveis envolvidos na relação médico-paciente e no processo do adoecer na sua visão mais abrangente. Assim, o exame clínico, sistematizado pelo homem (Hipócrates) para apoiar o processo de cuidar do homem, foi edificado com o concreto da ciência e lapidado pelo toque da arte.

“Este instrumento presta-se a resgatar uma síntese da sistematização do exame clínico, que previamente deverá ser estudado de forma detalhada e aprofundada em diversas fontes, pois cada uma delas se reveste de nuances que somente quem as navega, poderá processar e assimilar os sentimentos, as mensagens e os ensinamentos transmitidos por seus autores.”



Anamnese



Antes mesmo dessa etapa do exame clínico, alguns itens devem ser observados:

- Ambiente adequado (consultório, hospital): silencioso, agradável, higienizado, bem iluminado e reservado.
- Paramentação adequada: jaleco, sem exagero de adereços, sapatos.
- Aparência e higiene pessoal: cabelos penteados, barba feita ou cuidada, unhas cortadas e limpas.
- Atitude: receptiva, educada sem exaltações ou apatia.

O processo de obtenção da anamnese permite a observação do comportamento do paciente e a detecção de aspectos que devem ser explorados com mais detalhes no decorrer do exame físico. Classicamente, a anamnese se divide em identificação e história clínica. Esta última pode ser feita de duas maneiras principais: anamnese livre (o paciente relata por conta própria a história da doença) e anamnese dirigida (o médico faz perguntas mais específicas no interrogatório sintomatológico).

A Anamnese deve ser iniciada com a apresentação entre o médico/acadêmico e o paciente. Nessa ocasião, o médico deve explicar as etapas e o objetivo daquele atendimento ao paciente. O próprio ato de ob-

ter a anamnese proporciona ao médico a oportunidade de estabelecer ou intensificar a ligação singular que é a base ideal da relação médico-paciente. É recomendado desenvolver uma idéia sobre como o paciente percebe sua doença, suas expectativas com relação aos médicos e ao sistema de saúde e as implicações sociais e financeiras da doença do paciente. O paciente deve ser avisado que as informações prestadas são sigilosas e deve ficar à vontade para tirar dúvidas ou informar algo que não foi perguntado e que julgue relevante.

O Médico não pode permitir que seus valores morais, culturais, preconceitos ou julgamentos, bem como os do paciente, interfiram na qualidade de seu atendimento. Deve-se ter o máximo de cuidado em controlar suas reações, como expressões que possam ser captadas e influenciar o comportamento do paciente que passará a responder dentro de um novo contexto. Além disso, o Médico deve perceber expressões e atitudes do paciente que possam significar a incompreensão da pergunta, uma recusa (defesa/insegurança) a responder a pergunta ou uma dificuldade de falar sobre o assunto. É preciso dar atenção especial à linguagem utilizada na entrevista, pois podem surgir barreiras na comunicação devidas ao desconhecimento recíproco do conjunto de símbolos utilizados tanto pelo médico quanto pelo paciente.

Nesse contexto, portanto, é necessário levar em conta os aspectos culturais da medicina popular, da linguagem do paciente e a necessidade do entrevistador de se fazer entender dentro dos aspectos educacionais e culturais do entrevistado.

Outras orientações são pertinentes, principalmente nas primeiras anamneses, quando o estudante ainda não está habituado ao questionário utilizado rotineiramente. Tais orientações são:

- Tentar registrar a entrevista em blocos ou ao término da conversa com o paciente, de modo que ele não se sinta inibido. Os principiantes podem ter em mãos um roteiro já impresso desde que seja utilizado de maneira sutil;
- Evitar o uso de gravadores;
- Explicar ao paciente o que está fazendo no momento do registro e o informar de que isso é necessário para que se possa comparar com os exames posteriores ou prévios.
- Aferir a interpretação que o paciente dá à doença e o impacto que esta está causando no seu cotidiano.

Diante do exposto, as etapas da anamnese (identificação e história clínica) serão detalhadas a seguir.

Identificação

A identificação fornece vários dados de interesse que podem guiar o raciocínio clínico. Inicia o processo de comunicação da relação médico-paciente.

Os principais dados colhidos na identificação são listados abaixo e comentados sucintamente.

1. Nome: escrever por extenso e registrar a forma como o paciente prefere ser chamado.

- 2. Idade (data do nascimento):** a faixa etária pode estar associada a determinadas manifestações clínicas.
- 3. Sexo:** algumas doenças são mais comuns ou inerentes a um determinado sexo.
- 4. Cor (raça):** determinadas enfermidades predominam ou são mais graves sob a influência da raça. É controversa a determinação da cor ou raça, sendo aceito o registro da cor como: branca, parda ou negra, ou interrogando o paciente sobre como ele considera a sua cor.
- 5. Naturalidade:** relação com doenças regionais.
- 6. Nacionalidade:** maior incidência de determinadas doenças em certos países.
- 7. Estado civil:** associado a aspectos psicossomáticos e a doenças transmissíveis.
- 8. Grau de escolaridade (instrução):** proporcional ao nível de cuidados dispensados à saúde. Referência para o entrevistador adequar a linguagem da entrevista para torná-la acessível ao paciente.
- 9. Profissão/ocupação atual e ocupações anteriores:** relacionadas a riscos ocupacionais. Registrar as profissões/ocupações atuais e anteriores. Se aposentado, questionar sobre sua ocupação antes da aposentadoria. Ocupações fora do ambiente de trabalho antes informado.
- 10. Religião:** associação de alguns grupos religiosos com certas doenças ou recusa terapêutica. Grupos religiosos que se isolam do restante da população podem conservar suas características étnicas, sendo acometidos de doenças

quase que exclusivas de tais grupos. As diferenças entre as religiões podem ter suas raízes nos hábitos e costumes que lhes são peculiares.

11. Nome da mãe: auxiliar na identificação do indivíduo em caso de homônimo.

12. Procedência (residência anterior): registrar as residências anteriores e o tempo de moradia. Diz respeito à geografia médica, através da associação das condições climáticas, hidrográficas, sanitárias e do acesso às unidades de saúde do local de moradia com a distribuição geográfica de determinadas endemias/epidemias.

13. Endereço (residência atual): registrar o endereço completo atual. Diz respeito à geografia médica, através da associação das condições do local de moradia com a distribuição geográfica de determinadas endemias/epidemias.

14. Telefone de contato

15. E-mail

16. Plano de saúde

17. Nº do prontuário, leito, enfermaria

18. Fonte e qualidade (confiabilidade) da informação da anamnese: próprio paciente, acompanhante.

19. Data da Admissão

20: Local, data e hora do Exame Clínico

História Clínica

A história clínica é o relato da afecção em potencial e de outros dados relacionados à saúde, realizado pelo próprio paciente e/ou acompanhante (quando se trata de crianças, de pacientes com doenças mentais ou impossibilitados de falar). A aquisição dos dados poderá ser feita através de entrevista livre, contendo perguntas ou solicitações abertas, como "Fale sobre a sua doença", ou dirigida (orientada) com perguntas mais específicas, como "Sua dor no peito tem relação com o esforço físico?". Deve-se formular perguntas acessíveis, compreensíveis e condizentes com a situação educacional e cultural do paciente. O importante é que nunca se façam perguntas que induzam respostas as quais não correspondam necessariamente à realidade.

1. Queixa Principal (QP)

Motivo(s) pelo(s) qual(is) o paciente procurou auxílio médico, registrado com as palavras do paciente e colocado entre aspas. Caso existam muitas queixas, questionam-se aquelas que estão incomodando mais, e registram-se, no máximo, três delas. Se possível, anotar a duração da(s) queixa(s). E evitar o registro de diagnósticos.

Nem sempre a queixa principal corresponde ao sintoma-guia ou sintoma principal.

2. História da Doença Atual (HDA)

A história da doença atual é o ponto crítico da anamnese e, geralmente, traz as peças necessárias para a montagem do diagnóstico.

As observações anteriores sobre a anamnese aplicam-se perfeitamente à elaboração da história da doença atual. O relato do paciente deve ser transcrito, sempre que possível, em termos técnicos, porém as expressões que não encontram correspondência com termos ou expressões técnicas devem ser transcritas literalmente com as palavras do paciente, entre aspas e seguido da palavra *sic* entre parênteses. *Sic* é um advérbio latino que significa *assim sendo* e é usado internacionalmente para indicar que aquilo que está escrito, mesmo que pareça errado ou estranho, é assim mesmo.

A HDA não é simplesmente a transcrição do relato do paciente, mas o produto da assimilação e interpretação dos dados relevantes colhidos pelo entrevistador, que os interpreta sob o prisma da ciência médica.

Algumas orientações podem ser de grande valia na execução de uma HDA para torná-la concisa, clara e fiel, principalmente em seu aspecto cronológico e nas relações entre os sintomas. Os dados colhidos e registrados na história da doença atual seguem uma ordem cronológica:

a) Início:

- época do aparecimento dos primeiros sintomas ou quando o paciente deixou de se sentir saudável;
- determinação do(s) sintoma(s)-guia;

b) Meio:

- desdobramento das manifestações clínicas;

- utilização do sintoma-guia como núcleo do raciocínio clínico;
- identificação das relações entre o sintoma-guia e outros sintomas;
- evolução da sintomatologia e influência de tratamentos efetuados;

c) Fim:

- situação atual do quadro sintomatológico (quando o paciente procurou ajuda médica – momento atual).

Todos os sintomas referidos devem ter suas características analisadas no que se concerne a: a) início: época do seu aparecimento e tempo de duração; alternância entre aparições e remissões ou se é manifestado constantemente; modo como se apresenta – gradativamente ou subitamente; b) características semiológicas: localização, qualidade, intensidade, relação com funções de órgãos que direta ou indiretamente estão ligados ao sintoma; c) evolução: modificações das características iniciais de tais sintomas, fatores precipitantes, fatores agravantes, fatores atenuantes, resposta a tratamentos; d) associação entre sintomas: identificar correlação entre o sintoma em questão e outros sintomas, principalmente com o sintoma-guia; e) características atuais.

3. História Pessoal (Antecedentes Pessoais)

a) Fisiológica (HPF): remete às condições de nascimento e de desenvolvimento do paciente. Condições da gravidez materna e parto (intercorrências na gestação e parto, dieta, uso de drogas, álcool, tabagismo, infec-

ções, se fez pré-natal, se nasceu a termo, pré termo ou pós termo, parto hospitalar ou domiciliar, vaginal ou cesariano). Desenvolvimento Neuropsicomotor (se chorou quando nasceu, se teve alguma doença neonatal, época em que engatinhou, andou, falou, surgiu a dentição, passou a ter controle esfíncteriano, se foi amamentado, se amamentou), início e desenvolvimento da vida escolar, início da puberdade, menarca, caracterização do ciclo menstrual, início da atividade sexual, gestações (número de gestações, partos e abortos – causa do aborto e período da gestação), dia da última menstruação, climatério/menopausa.

- b) **Patológica Pregressa (HPPP) e Doenças Preexistentes:** investiga as doenças que acometeram o paciente previamente e aquelas que ainda persistem (*colocar entre parênteses a data do acometimento*). Investigar as doenças mais freqüentes na infância (sarampo, varicela, parotidite epidêmica, coqueluche, difteria, poliomielite, tonsilites recorrentes, rubéola), passando para transição com a adolescência (escarlatina, febre reumática, mononucleose infecciosa) e vida adulta (diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, acidentes vasculares encefálicos, doença de Chagas, hepatopatias, doenças sexualmente transmissíveis (gonorréia, sífilis, cancro mole, condiloma acumulado, linfogranuloma inguinal, herpes genital), infecção por HIV ou aids, febre tifóide, malária, hepatites, tuberculose, infestações, varizes, hemorróidas, rinites, asma, doenças mentais.

Além das patologias acima, investigar alergias (medicamentosas e alimentares), passado cirúrgico e

traumático (acidentes), transfusões de sangue, hospitalizações e procedimentos endoscópicos.

Inquirir sobre a condição de portador de doenças preexistentes, bem como dos seus respectivos tratamentos. Anotar os medicamentos utilizados, como automedicação, de forma contínua ou esporádica.

4. História Epidemiológica (HE) e Ações Preventivas

A história epidemiológica diz respeito a doenças infecciosas transmissíveis ou não e a agravos, que podem ou não ser prevenidos ou atenuados.

Questionar a ocorrência de endemias e epidemias nas regiões freqüentadas ou habitadas pelo paciente, correlacionar esses locais com a profissão e o lazer do paciente (principalmente quando ocorrem viagens). Também é importante verificar as condições de imunização, principalmente para tuberculose (BCG), tétano, coqueluche, difteria, parotidite, poliomielite, sarampo, rubéola e hepatite B e colher dados sobre medidas preventivas com relação ao câncer de mama (auto-exame, mamografia), de colo do útero (Papanicolau), de próstata (PSA e toque retal), às doenças sexualmente transmissíveis (número de parceiros, uso de preservativos) e ao planejamento familiar (métodos contraceptivos).

Registrar data e conclusão dos últimos exames odontológico, oftalmológico, ginecológico, urológico e também data da última radiografia simples de tórax e eletrocardiograma.

Verificar o uso de cinto de segurança e de equipamentos de proteção individual (EPI), como o uso de capacetes para ciclistas e motociclistas e filtro solar.

5. História Familiar e Familiar (HF)

As histórias familiar e familiar fazem menção às condições de saúde dos ascendentes, colaterais, descendentes e outras pessoas e animais que convivem com o paciente, iniciando pelos pais, seguidos dos irmãos, cônjuges e filhos, avós e netos, vizinhos, colegas de trabalho e animais de estimação. No caso de óbito, indagar a causa e a idade da sua ocorrência.

Registrar as seguintes afecções: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, cardiopatias, doenças vasculares cerebrais, doenças renais, câncer, alergias, pneumopatias, doenças osteomioarticulares, endocrinopatias, glaucoma, cefaléias, epilepsia, doença mental, etilismo, tabagismo, toxicomania, doenças hematológicas e doenças que apresentem sintomas semelhantes aos do paciente.

6. História Social (HS)

A história social avalia os aspectos sociais relacionados com o doente e com o processo saúde-doença, como as condições e estilo de vida do paciente. Nessa etapa, são abordados os itens:

- a) **Nível educacional:** nível de instrução. Se houve interrupção dos estudos, investigar o motivo dessa ocorrência;
- b) **Ocupação:** relacionada à ocorrência de certas doenças designadas como ocupacionais, decorrentes da exposição ocupacional a agravos e/ou riscos físicos, químicos, mecânicos, ergonômicos e biológicos. Per-

guntar a respeito do tipo de ocupação, local de trabalho, exposição a riscos, acidentes de trabalho, jornada de trabalho, tempo de serviço em cada ocupação atual e anteriores, satisfação com o trabalho.

- c) **Habitação:** tipo de casa (alvenaria, madeira, taipa), tipo de piso (barro, cimento, azulejo), telhado da casa (telha, palha, se tem forro), quantos cômodos, se tem banheiro dentro de casa, água encanada, fossa séptica, esgoto, energia elétrica, coleta de lixo. Perguntar sobre a qualidade da água que ingere, se conhece o barbeiro e se já foi picado por ele.
- d) **Condições socioeconômicas:** Quantas pessoas vivem na mesma casa, quem contribui com a renda familiar, qual a renda familiar.
- e) **Condições culturais:** religião, doutrinas e crenças. Influenciam na percepção da saúde-doença e na adesão ao tratamento.
- f) **Alimentação:** quantas refeições diárias, a quantidade e o tipo de alimento em cada refeição.
- g) **Dinâmica das relações familiares e extra-familiares:** qualidade dos relacionamentos interpessoais.
- h) **Atividades de lazer:** exercícios físicos (tipo, freqüência), perguntar se toma banho de rio ou açude que apresentem caramujos (prurido após o banho).
- i) **Vícios:** etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas. Discriminar qualidade, quantidade, freqüência e há quanto tempo utiliza tais drogas. Perguntar se convive com fumantes e há quanto tempo.

j) **Viagens:** deslocamentos para áreas endêmicas ou sob epidemia. Exposição a riscos ou agravos próprios da área visitada.

7. Interrogatório Sintomatológico (IS) (Interrogatório Sistêmico, Anamnese Especial, Anamnese Ativa, Revisão por Órgãos e Aparelhos ou Revisão dos Sistemas)

O interrogatório sintomatológico não só complementa a HDA, mas também permite levantar suspeitas ou detectar afecções que não têm relação direta com as manifestações clínicas exibidas na HDA.

Essa etapa completa as lacunas existentes na HDA, tanto determinadas pelo paciente, que pode omitir alguns sintomas por esquecimento ou intencionalmente, quanto pelo entrevistador.

No interrogatório sintomatológico, a seqüência da investigação dos sintomas, sempre que possível, deve ser crânio-caudal e por segmentos. Registrar os sintomas presentes e negados. Todos os sintomas presentes devem ser devidamente caracterizados.

- a) **Sintomas Gerais:** febre, calafrio, desidratação, anorexia, astenia, sudorese, perda ou ganho ponderal (determinar o intervalo de tempo);
- b) **Pele e Fâneros:** alterações da cor (cianose, icterícia, palidez), textura, relevo, umidade, temperatura e sensibilidade; prurido; edema, alteração de fâneros (modificações dos cabelos ou unhas), circulação colateral;
- c) **Cabeça:** cefaléia, tontura, vertigem, perda de consciência;

- Olhos: alterações da acuidade visual, dor, lacrimejamento exacerbado, secreção nos olhos, fotofobia, escotomas, queimação, sensação de areia nos olhos, diplopia, nistagmo, estrabismo, eritema, hemorragias conjuntivais, prurido.
 - Nariz e Seios (paranasais) da face: congestão nasal, corrimento, rinorréia (coriza e secreções), epistaxe, prurido, dor na topografia dos seios paranasais, alterações no olfato (aumento, diminuição, mudança da percepção), espirros;
 - Ouvidos: alteração da sensopercepção (alucinações auditivas), autofonia, zumbidos, dor, otorragia, otorréia, alterações da acuidade auditiva, prurido;
 - Boca (cavidade oral) e Garganta: estado de conservação dos dentes, sangramentos, lesões e ressecamento da mucosa oral, halitose, sialorréia, disfagia, dor, alteração da voz, inflamação das tonsilas, secreção purulenta, fenda palatina, palato ogival;
- d) **Pescoço:** dor, limitação do movimento, rigidez, abaulamentos, aumento do volume dos linfonodos, aumento do volume da tireóide.
- e) **Tórax:** alterações da forma e da simetria.
- Mamas: alterações do tamanho e da simetria, nódulos, retracções, dor, desvio do mamilo, secreções e sangramentos papilares, ulcerações, prurido.
 - Sistema Respiratório: tosse, expectoração (cor, volume, odor, presença de sangue), dor torácica, vômica, dispneia, hemoptise, sibilância, sudorese noturna, cianose.

- Sistema Cardiovascular: dor ou desconforto precordial, palpitações, dispnéia paroxística noturna, dispnéia de esforço, ortopnêia, edema, cianose, hemoptise, sibilância, síncope.
- f) **Sistema Digestório e Abdome:** disfagia, odinofagia, pirose, anorexia, náuseas, regurgitação, vômitos, empachamento (plenitude gástrica), hematêmese, melena, enterorragia, eructações, distensão abdominal, alterações do hábito intestinal (constipação intestinal, diarréia), tenesmo, esteatorréia, icterícia, dor abdominal, intolerância alimentar, prurido, sangramento, fissuras e fístulas anais.
- g) **Região Inguinal:** dor, prurido, eritema, descamação, tumoração, ulcerações, fístulas e abaulamento.
- h) **Região Perineal:** dor, prurido, ulcerações, fissuras, alterações da pigmentação, tumorações.
- i) **Sistema Genital:** sintomas comuns ao sexo masculino e ao feminino: alteração na distribuição dos pêlos e no volume dos órgãos genitais, prurido, dor na região genital, dispareunia, ulcerações genitais, corrimento uretral, infertilidade, esterilidade, dor no abdome inferior.
 - Feminino: alterações do fluxo (volume) e da duração do ciclo menstrual, dismenorréia, metrorragia, sinusorragia, corrimento genital, fogachos.
 - Masculino: massas escrotais, impotência.
- j) **Sistema Urinário:** disúria, estrangúria, oligúria, anúria, polaciúria, poliúria, nictúria, retenção, hesitação, urgência, incontinência e gotejamento urinário; tenes-

mo vesical, alterações da coloração da urina (colúria, hematúria macroscópia), intensidade e continuidade do jato urinário, edema, dor lombar ou abdominal, eliminação de cálculos.

- k) **Sistema Locomotor:** dor e deformidades ósseas, artralgia, rigidez pós-reposo, edema, calor, rubor, crepitações articulares, limitação de movimento, alteração da força, trofismo e tônus muscular, mialgia, espasmos musculares, nódulos, fraturas espontâneas, lombalgia, dificuldade para deambular ou para subir degraus.
- l) **Sistema Hemolinfopoiético:** palidez, astenia, perda de peso, febre, prurido, dor e deformidades ósseas, priapismo, sangramentos (petéquias, equimoses, hematomas, gengivorragias, epistaxe, hematúria, hemorragia digestiva), aumento de volume e dor nos linfonodos, aumento do volume abdominal (hepatosplenomegalia), icterícia, alterações da coloração da urina (hematúria macroscópica). Além de sintomas de outros sistemas.
- m) **Sistema Endócrino:** cefaléia, alterações do desenvolvimento físico (estatural) e sexual, alterações visuais, dor e aumento de volume da região cervical anterior, disfonia, disfagia, dispneia, intolerância ao calor ou ao frio, alterações ponderais, aumento ou redução da sudorese, palpitações, insônia ou sonolência, obstipação intestinal ou diarréia, irritabilidade ou apatia, astenia, alterações do ciclo menstrual, impotência sexual, virilismo, galactorréia, ginecomastia, pele seca, alteração na distribuição de pêlos, cabelos e unhas quebradiças,

escurecimento da pele e das mucosas, exoftalmia, macroglossia, anorexia, polifagia, polidipsia, poliúria, alteração do comportamento, parestesias, câimbras, tetania, fraqueza muscular; dor óssea e articular, alterações ósseas, alterações dentárias, arritmias cardíacas, acúmulo de gordura facial, cervical e dorsal.

- n) **Sistema Vascular Periférico:** dor em membros à deambulação e em repouso, palidez, cianose, rubor, edema, redução localizada da temperatura da pele, alterações tróficas (atrofia da pele e tecido subcutâneo, rarefação de pêlos, distrofia ungueal, hiperceratoses, hemorragias), hiperpigmentação cutânea, úlceras, veias varicosas.
- o) **Sistema Nervoso:** perda da consciência; crises de ausência; amnésia; convulsões; tontura; vertigem; cefaléia; dor facial; alterações da fala, do estado emocional, da orientação, da memória, da visão, da audição, do sono, da coordenação motora, da marcha, da motricidade voluntária e da sensibilidade (parestesias, dor neural); paresias; paralisias; tremores; tiqües; distúrbios esfincterianos e das funções cerebrais superiores.
- p) **Psiquismo:** atos conscientes; atenção; idéia de suicídio; nervosismo; alteração do humor, da memória e da concentração; labilidade emocional; depressão; agitação; delírio; alucinação.



Exame Físico



O exame físico tem o objetivo de investigar alterações (sinais) que podem ou não ter sido sugeridas durante a anamnese. A partir dessa informação, o raciocínio clínico será reforçado ou reformulado. Em alguns casos, o sinal detectado durante o exame físico pode ser a única manifestação clínica de uma enfermidade.

Os sentidos são a base para os procedimentos utilizados no exame físico: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Em algumas situações, a intervenção do sentido do olfato colabora com o raciocínio clínico acrescentando elementos que podem contribuir para a formulação das hipóteses diagnósticas.

A realização do exame físico segmentar, tal como o interrogatório sintomatológico, segue uma sistematização, obedecendo uma seqüência no sentido crânio-caudal. O examinador deve executar os procedimentos do exame físico, preferencialmente, à direita do paciente. Se for necessário, deve deslocar-se para outros pontos.

O paciente deve ser posicionado adequadamente para o exame, nas posições a seguir, de acordo com cada situação específica: decúbito dorsal, ventral e lateral; sentado e de pé (ortostase). Posições especiais podem ser necessárias em alguns casos. O paciente também deve ser observado durante a deambulação.

Deve-se informar ao paciente cada passo do exame durante a sua realização. O paciente terá que ser visto como um todo constantemente, mesmo nos momentos em que segmentos específicos do corpo são avaliados. O ambiente adequado (reservado, silencioso, bem iluminado), neste momento, torna-se ainda mais importante. Deve-se levar em conta o conforto do paciente e do examinador. Além da preservação da privacidade, deve-se respeitar o pudor do paciente, desnudando por partes as regiões a serem examinadas. Preferencialmente, o acompanhante deve estar presente durante o exame físico.

Sinais Vitais

- 1. Temperatura (°C):** a verificação da temperatura é mais comumente realizada na fossa axilar, porém esse procedimento pode ser feito na boca (temperatura oral) e no reto (temperatura retal). Para se aferir a temperatura axilar (normal: 35,5 a 37°C), deve-se baixar a coluna de mercúrio, secar o oco axilar, colocar o termômetro deixando-o permanecer o tempo orientado pelo fabricante, geralmente 3 a 5 minutos;
- 2. Pulso (P)** (normal: 60 a 100 ppm ou bpm): aferir a freqüência, amplitude, ritmo e simetria dos pulsos periféricos (geralmente, são utilizados os pulsos carotídeo, radial, femoral, tibial posterior e pedioso). Utilizam-se, para tanto, as polpas digitais dos 2º e 3º quirodáctilos (em semiflexão) na topografia das artérias;
- 3. Freqüência respiratória (FR)** (Normal: 16 a 20 irpm): observar, por um minuto, a expansibilidade torácica ou abdominal;

- 4. Pressão Arterial (PA)** (Hipertensão arterial: $\geq 140 \times 90$ mmHg): Verificar a pressão arterial inicialmente pelo método palpatório e, em seguida, pelo método auscultatório, em ambos os membros superiores, nas seguintes posições e seqüência: paciente em decúbito dorsal, sentado e em ortostase (para flagrar hipotensão ortostática ou postural); e, nos membros inferiores, com o paciente em decúbito dorsal.

Exame Físico Geral, Somatoscopia ou Ectoscopia

A somatoscopia (exame físico geral ou ectoscopia) corresponde à avaliação global do paciente. Tem início desde o primeiro contato do examinador com o paciente e permeia toda a anamnese e o exame físico. Nessa etapa, são analisados os seguintes elementos:

- 1. Estado Geral:** corresponde à avaliação subjetiva da situação geral de saúde do paciente e sinaliza o impacto da doença sobre a vitalidade daquele ser. Utiliza-se a seguinte classificação: Bom Estado Geral (BEG), Regular Estado Geral (REG) e Grave Estado Geral (GEG);
- 2. Nível de consciência:** determina o nível de percepção e interação do paciente com seu mundo interior e com o meio externo. Pode ser classificado como: Estado de vigília (estado em que o indivíduo tem a percepção adequada de si mesmo e do meio externo, assumindo suas responsabilidades), Obnubilação (diminuição do nível de consciência em que há decréscimo das percepções, com desorientação, comprometimento da memória e, em alguns casos, sonolência; todavia

não se perde a atividade voluntária consciente), Torpor (rebaixamento do nível de consciência em que há perda da atividade voluntária consciente – turvação da consciência – responde monossilabicamente e com atividade motora simples, após fortes estímulos). Coma (grau mais profundo do rebaixamento do nível de consciência – perda das atividades voluntárias e da interação com o meio externo). Atualmente, tem-se dado uma atenção especial ao uso da escala de coma de Glasgow (vide exames do sistema nervoso) na avaliação de pacientes com alterações da consciência.

- 3. Estado nutricional:** na avaliação do estado nutricional (nutrido, desnutrido e obeso), devem ser levados em conta o peso, a musculatura, o volume do panículo adiposo, o estado geral, a pele, os pêlos, os olhos e o desenvolvimento físico.
- 4. Estado de hidratação:** verificado principalmente por meio da umidade das mucosas oral e conjuntivais e da pele, sendo nesta também avaliado através do turgor, que é pesquisado pelo pinçamento da pele com o polegar e o indicador, englobando o tecido subcutâneo – após desfazer o pinçamento, se a prega se desfaz lentamente é sugestivo de desidratação. A desidratação pode ser mensurada em uma escala de 1 a 4 cruzes, onde +/4+ é o menor grau de desidratação e + + + +/4+ é o mais grave grau de desidratação.
- 5. Fácies:** representada pelo conjunto de elementos visualizados na face do paciente, como características anatômicas e expressão facial. Muitas vezes, a hipótese diagnóstica é sugerida na primeira visualização de

uma fácies por esta apresentar características peculiares a uma entidade clínica, sendo, nesse caso, chamada de fácies típica. Denomina-se atípica a fácies que não contém traços sugestivos de uma alteração clínica. São exemplos de fácies típica: fácies renal, mixedematosa, acromegálica, parkinsoniana, basedowiana, cushingóide, hipocrática, leonina, da paralisia facial periférica.

6. Biótipo, tipo constitucional ou tipo morfológico: corresponde às características morfológicas do paciente. Vários elementos são considerados na definição do biótipo; entre eles, está a variação do ângulo de Charpy. Esse ângulo tem, como lados, as últimas cartilagens costais (anteriormente), com vértice correspondendo ao ponto de suas inserções no esterno. O biótipo pode ser classificado em:

- a) normolíneo ou mediolíneo: caracterizado pela harmonia entre o tronco e os membros, como, também, entre a musculatura e o tecido subcutâneo, e pela mensuração do ângulo de Charpy, que se encontram em torno de 90°;
- b) brevilíneo: tem, como características, os membros curtos em relação ao tronco, o tórax alargado, o abdome globoso, o pescoço curto e largo, o panículo adiposo desenvolvido e o ângulo de Charpy maior que 90°;
- c) longilíneo: identificado devido a membros longos em relação ao tórax, pescoço longo e afinado, tórax delgado e chato e escassez de panículo adiposo e musculatura.

7. Peso e Medidas antropométricas

- a) Peso: verificar e registrar o peso de preferência com o paciente em jejum, utilizando balança previamente calibrada. Se o objetivo é flagrar edemas não perceptíveis à inspeção e à palpação, essa aferição deverá ser realizada sempre no mesmo horário. O peso pode ser tido como normal, magreza (constitucional / patológica) ou obesidade (exógena / endógena).
- b) Altura: determinar a altura e a interpretar comparando-a com os valores normais para idade e sexo.
- c) IMC (Índice de Massa Corpórea): calcular o IMC, que é igual ao peso, em kg, dividido pelo quadrado da altura em metros ($IMC = P/A^2$).
- d) Envergadura: corresponde à distância entre os extremos dos membros superiores – com esses em abdução de 90°. Aproxima-se da medida da altura;
- e) Distância pubovértice: refere-se à distância entre a sínfise pública e o ponto mais alto da cabeça (vértice);
- f) Distância puboplantar: diz respeito à distância entre a sínfise pública e a região da planta dos pés.

8. Atitude:

remete à posição adotada pelo paciente para se manter confortável, por hábito ou para alívio de algum desconforto. Pode ser estática (postura) ou dinâmica, voluntária ou involuntária. A atitude pode ainda ser classificada em:

- a) Atípica ou indiferente: corresponde àquelas que não possuem elementos que sugiram uma alteração clínica, nas quais o paciente assume posições variadas sem que isso lhe cause desconforto;
- b) Típica: nesse caso, o paciente assume a posição que traz alívio ao seu desconforto ou o deixa mais confortável diante de um novo contexto. São exemplos de atitudes típicas voluntárias: atitude ortopnéica, genupeitoral, de cócoras, antalgica, posição em gatilho. São exemplos de atitudes típicas involuntárias: atitudes passiva e contraturais (ortótonto, opistótonto, emprostótonto, pleurotótonto).

9. Marcha: é o modo como o indivíduo deambula. Deve ser observada desde o primeiro momento em que se visualiza o paciente. Pede-se para que o paciente ande alguns metros de forma livre e, preferencialmente, sem apoio, observando-o tanto na ida quanto no retorno. A alteração da marcha é denominada disbasia e pode ser unilateral ou bilateral. São exemplos de disbasia: marcha hemiplégica (ceifante, helicópode, helicoidal, em foice, marcha de Todd), parética, espástica em tesoura, cerebelar (marcha do ébrio), tabética, festinante (parkinsoniana), dos passos miúdos, do pato, do sapo, claudicante.

10. Fala: é o uso da capacidade de emitir sons com a finalidade de comunicação. É constituída de três elementos: voz, palavra e linguagem. As principais alterações da fala são disfonia, disartria, disfasia, dislalia, disritmolalia, dislexia, disgrafia, afasia.

11. Movimentos involuntários: o examinador deve estar atento, a fim de observar movimentos involuntários que podem ter um padrão constante ou surgir de forma episódica. Alguns movimentos involuntários cessam por ocasião do sono. Os movimentos involuntários de maior ocorrência são: tremores de extremidades, convulsões, mioclonias, mioquimias, fasciculações, tiques, movimentos coréicos e atetóticos, hemibalismos, asterixis (*flapping*), nistagmo.

12. Mucosas: as mucosas comumente avaliadas são as conjuntivais, oral, lingual e gengival. Exames especiais podem ser dispensados às mucosas nasal, vulvar e retal. Os elementos analisados durante o exame físico das mucosas, são alterações da coloração, grau de umidade e lesões (ex.: ulcerações, tumorações, manchas, vesículas, bolhas).

13. Pele: deve ser examinada em toda sua extensão, sob os seguintes aspectos:

- a) Superfície cutânea: coloração, temperatura, umidade, textura, espessura, turgor, mobilidade, elasticidade, sensibilidade, vascularização (circulação colateral: tipo cava superior, tipo porta, tipo cava inferior), lesões cutâneas elementares (lesões primárias: mácula ou mancha, pápula, nódulo, tumor, vesícula, bolha, pústula; lesões secundárias: escamas, crosta, erosão ou exulceração, ulceração, fissura, liquenificação, atrofia, cicatrização);
- b) Tecido subcutâneo: alterações do tecido subcutâneo (lipomas, inflamação e infiltração gasosa ou líquida – edema).

Os mecanismos fisiopatológicos que determinam a produção do edema podem atuar de forma isolada ou com a participação de dois ou mais desses mecanismos. São exemplos de determinantes fisiopatológicos dos edemas: aumento da pressão venosa capilar, redução da pressão oncotica do plasma (hipoproteinemia), aumento da permeabilidade capilar, redução da filtração glomerular (retenção de sódio e água) e obstrução dos vasos linfáticos.

O exame de um edema deve constatar a sua localização, volume ou semiquantificação (por meio de níveis registrados em cruzes: + a ++++, a medida do perímetro da área com edema ou da aferição diária do peso corporal, pela manhã com o paciente em jejum), consistência (classificado em mole, intermediário ou duro), elasticidade (elástico ou inelástico), temperatura (pele com temperatura inalterada, pele fria ou quente) e sensibilidade (doloroso ou indolor).

Semiotécnica

Pesquisa de edema: pode ser feita por meio da pressão digital (polegar ou indicador) sob a área investigada, resultando em uma depressão, fóvea ou fosseta local, que é reversível em alguns minutos (sinal do cacifo ou godet – é mensurado em uma escala de 1 a 4 cruzes ++++/4+).

14. Fâneros: observar a presença de alterações de pêlos e de unhas. Os seguintes aspectos devem ser considerados na avaliação dos cabelos: coloração, quantidade, espessura, consistência, brilho, textura, implantação e distribuição; enquanto, na avaliação das unhas: implantação, forma, superfície, espessura, consistência, coloração e brilho.

15. Musculatura: o exame da musculatura deve ser baseado na análise do trofismo (trofismo normal, hipertrófica ou hipotrófica) e do tônus (tônus normal, hipertonicidade ou hipotonicidade).

Exame Físico Especial ou Segmentar

Representa o exame específico de cada sistema ou segmento corporal.

1. Cabeça: avaliar tamanho (normal, macrocefalia, microcefalia), forma (acrocefalia, escafocefalia, dolicocefalia, braquicefalia, plagiocefalia), superfície (depressões, abaulamentos, retracções, lesões), couro cabeludo (implantação e distribuição dos pêlos e cabelos), alteração de cor, sensibilidade, posição e movimento.

- a) Face: observar a expressão e os contornos faciais, assim como as simetrias, movimentos involuntários, edema, lesões e “geada” (“neve”) urêmica.
- b) Olhos, sobrancelhas e pálpebras: no exame dos olhos, testar a acuidade visual e campos visuais; observar desvios e movimentos oculares, protrusão ocular, conjuntivas (palidez, hiperemia, queimose, secreção, petequias, hemorragias); escleróticas (manchas pigmentares e vasculares, icterícia, hemorragias); íris; córneas (transparência, úlcera, cicatrizes); pupilas (tamanho, reflexo fotomotor direto e consensual, reflexo de acomodação e convergência, arco senil) e fundo de olho. Com relação às sobrancelhas, averiguar a quantidade e distribuição dos pêlos (madarose: rarefação dos pêlos no terço distal da sobrancelha; isso pode ser visto

na hanseníase, no hipotireoidismo e na dermatite atópica). Nas pálpebras, procurar edema palpebral, alterações da fenda palpebral, ptose, blefaroespasmo, pápulas ou placas amareladas (xantelasmas) e lagoftalmo e avaliar a adequação do fechamento palpebral.

- c) Nariz e seios paranasais: examine os dois vestíbulos nasais; pressionando a ponta nasal com o polegar e com o auxílio de um foco luminoso, observar a simetria ou as deformidades nasais, obstruções. Comprimir alternadamente as narinas e pedir para o paciente inspirar. Observar a mucosa nasal e o septo nasal na busca de lesões. Pesquisar a hipersensibilidade dos seios da face pressionando a área óssea das sobrancelhas de cima para baixo (seios frontais); em seqüência, pressionar os seios maxilares de baixo para cima.
- d) Boca e garganta: verificar se o paciente faz uso de próteses dentárias e, se for o caso, solicitar para que o mesmo remova a peça para facilitar o exame. Calçar luvas antes de realizar a palpação de cavidades, quando da visualização de alguma lesão; investigar a presença de halitose (hálito cetônico – observado no jejum prolongado, diabetes mellitus; hálito hepático ou *fetor hepaticus* – encontrado na insuficiência hepática; hálito urêmico - característico da insuficiência renal); lábios (coloração, umidade, lesões, desvios, deformidades); gengivas (sangramentos, ulcerações, hipertrofia); dentes (estado de conservação, prótese, deformidades, dentes de Hutchinson – vistos na sífilis congênita).

ta tardia); língua (tamanho, aspecto, mobilidade, lesões); orofaringe (palato mole, pilares, tonsilas, parede posterior e úvula – na insuficiência aórtica ,ocorre pulsação da úvula sincrônica com os batimentos cardíacos). Com a ajuda de foco luminoso e de abaixador de língua, analisar a mucosa oral com relação à coloração, à umidade e à presença de lesões, como úlceras, placa esbranquiçada, tumoração e manchas, dentre outras.

- e) Ouvidos: inicialmente, analisar a orelha externa (coloração, tamanho e forma, implantação, presença de tumoração, hipertricose); posteriormente, com auxílio de um otoscópio (otoscopia), examinar o conduto auditivo (corpo estranho, cerume, otorréia, otorragia). Avaliar a acuidade auditiva.
- 2. PESCOÇO:** inspecionar o pescoço verificando, pele (tumoração, cistos, fistulas ou cicatrizes), forma e volume, posição (desvios), simetria, mobilidade, jugulares (avaliar o pulso venoso e a presença de turgência jugular com a cabeceira do paciente a 45°), batimentos arteriais e venosos. Palpar e auscultar as jugulares e carótidas na busca de frêmitos e sopros, respectivamente. Examinar as glândulas parótidas e as submandibulares e verificar a presença de linfonodos (localização, número, coalescência, tamanho ou volume, consistência, mobilidade, sinais flogísticos, flutuação, fistulização). Na avaliação da tireóide, observar o volume, forma, consistência, mobilidade, sensibilidade, superfície, sinais flogísticos, frêmito, sopros. Devem-se observar o contorno e a simetria da tireóide no momento da deglutição. Para proceder à palpação da

tireóide, o examinador posiciona-se atrás do paciente, colocando as polpas digitais de ambas as mãos na porção anterior e os polegares na porção posterior do pescoço. O lobo direito da tireóide será palpado pelos dedos indicador e médio da mão esquerda, enquanto os dedos da mão direita afastam o esternocleidomastóideo. O lobo esquerdo será palpado de forma semelhante, no sentido inverso.

3. Tórax e Sistema Respiratório: no exame do tórax, preferencialmente, avaliar a porção posterior com o paciente sentado e a anterior com o paciente em decúbito dorsal, na seguinte seqüência de procedimentos: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Nesse momento, é importante ter em mente a disposição das estruturas internas na parede torácica.

Cabe alertar que sinais associados ao sistema respiratório podem ter um caráter geral ou envolverem outros sistemas, como: atitude e posicionamento típicos do paciente no leito, alterações do estado nutricional, cianose (central, periférica ou mista), edema (localizado ou generalizado), desvio da traquéia com relação à linha média, turgência jugular, refluxo hepatojugular, pulso hepático, hepatomegalia, baqueteamento digital (hipocratismo digital ou dedos em baqueta de tambor), unhas em vidro de relógio, dependência de oxigenioterapia.

a) Inspeção estática:

- Lesões cutâneas: vistas na somatoscopia;
- Abaulamentos, retracções ou desvios;

- Forma ou tipo de tórax: normal (diâmetro lateral maior que o ântero-posterior), em tonel, *pectus excavatum* (infundibuliforme ou “tórax de sapateiro”), *pectus carinatum* (cariniforme ou em “peito de pombo”), piriforme ou em sino, cfoescoliótico.
- Mamas: analisar número, volume, simetria, mamilos (desvio, retração, fissuras e secreções enegrecidas ou sanguinolentas ou purulentas), ginecomastia, ulcerações, descamação, tumorações, pigmentações, eritema, edema.

b) Inspeção dinâmica:

- Tipo de respiração: a identificação é realizada pela observação dos movimentos torácico e abdominal. Tipos respiratórios normais: costal superior, predominante no sexo feminino, e toracoabdominal, predominante no sexo masculino e em crianças de ambos os sexos;
 - Ritmo respiratório: respiração eupnéica, dispnéica, de Cheyne-Stokes, de Biot, de Kussmaul;
 - Freqüência respiratória (FR: 16 a 20 irpm);
 - Uso de musculatura acessória: revelada por tiragem intercostal, supraclavicular, subcostal, supra-esternal e batimento de asa nasal;
 - Expansibilidade;
 - Avaliação do precórdio: vista no exame do sistema cardiovascular.
- c) Palpação: visa a complementar o exame de alterações detectadas à inspeção a identificar regiões dolorosas,

pesquisar nódulos a avaliar a expansibilidade, o frêmito toracovocal (FTV) e o atrito pleural.

- Pele: temperatura, espessura, textura, edema, dentre outros;
- Complementar o exame de alterações detectadas à inspeção;
- Investigar hipertrofia de linfonodos em região supraclavicular e axilar (linfonodos satélites);
- Mamas: pesquisar nódulos mamários, secreções (engredidas, sanguinolentas, purulentas) pela compressão do mamilo;
- Expansibilidade;
- Frêmito toracovocal (FTV);
- Atrito pleural;
- Avaliação do precórdio: vista no exame do sistema cardiovascular.

O FTV consiste na palpação, quando o paciente fala, das ondas vibratórias originadas na árvore broncopulmonar e transmitidas à parede torácica. Geralmente, o FTV é mais intenso no ápice e na região interescapular direita. Pode estar normal, aumentado (síndromes pulmonares com condensação), reduzido ou abolido (atelectasia, derrame pleural, pneumotórax).

O frêmito do atrito pleural traduz a sensação tátil da vibração produzida pelo atrito entre a pleura viscerai e a parietal. As regiões axilares inferiores são o sítio,

onde se detecta, mais comumente, o frêmito pleural. É ventilatório-dependente.

Semiotécnica

Expansibilidade: para a avaliação da expansibilidade, o tórax deve ser dividido em 3 setores (superior, médio e inferior) e examinado no sentido crânio-caudal. Com o examinador atrás do paciente, iniciar colocando os dedos nas fossas supraclaviculares e os polegares na vértebra proeminente (7^a vértebra cervical) e solicitar ao paciente que respire, inspirando pelo nariz e expirando pela boca entreaberta, enquanto o examinador observa a elevação das mãos à inspiração (manobra de Ruault). Em seguida, para a região posterior, colocar as mãos espalmadas lado a lado, simétrica e horizontalmente, abarcando os hemitórax, posicionando os polegares na coluna vertebral, de modo a formar uma prega cutânea entre eles; novamente, solicitar ao paciente que respire, inspirando pelo nariz e expirando pela boca entreaberta, enquanto o examinador observa o afastamento dos polegares, que deve ser simétrico. Na região anterior do tórax, posicionar os polegares apontando para o apêndice xifóide, um a lado do outro, sobre a borda costal de cada lado e as mãos estendidas para a região lateral de cada hemitórax. Entre os polegares, formar uma prega cutânea. Novamente, solicita-se que o paciente respire, para que seja observado o afastamento dos polegares.

Frêmito toracovocal (FTV): apoiar a borda cubital da mão ou a superfície palmar dos quirodáctilos no tórax; solicitar ao paciente que pronuncie “trinta e três”, enquanto se verifica a propagação da onda vibratória

nas diversas áreas do tórax; avaliar no sentido crânio-caudal, comparando regiões homólogas.

Frêmito de atrito pleural: para a verificação desse frêmito, apoiar a borda cubital da mão ou a superfície palmar dos quirodáctilos no tórax; observar se há modificação do frêmito, quando o paciente suspende os movimentos respiratórios temporariamente.

d) Percussão: orienta a respeito da natureza física (sólida, líquida ou gasosa) do material situado na área examinada. Com a percussão, pesquisam-se os sons produzidos na projeção dos campos pleuropulmonares. O som pulmonar normal obtido na percussão é o som claro, atimpânico. As alterações da percussão que podem ser observadas são macicez (síndromes pulmonares com condensação, atelectasia, derrame pleural), submacicez (pequenas áreas de condensação e derrame pleural com pequeno volume, áreas de transição de macicez para som claro atimpânico ou hipersonoridade), hipersonoridade (pneumotórax, síndromes de hiperinsuflação).

Semiotécnica: percutir as regiões anteriores e laterais com o paciente sentado ou em decúbito dorsal; para o exame da região posterior, o paciente assume a posição sentada. Na percussão direta, a ponta dos dedos da mão examinadora aplica os golpes diretamente na área em questão, enquanto, na percussão dígitos-digital, o punho do lado examinador gera os movimentos de martelo transmitidos ao dedo médio da mão examinadora (direita), que aplica golpes (dois golpes por vez) sobre o dedo médio ou indicador (dedo plexímetro, mantido

em hiperextensão) da mão de apoio (esquerda), que repousa sobre a parede torácica; pesquisar nos espaços intercostais; observar o som produzido; avaliar no sentido crânio-caudal, comparando regiões homólogas.

- e) Ausculta: verifica os sons pleuropulmonares (som ou respiração traqueal, respiração brônquica, murmúrio vesicular ou respiração vesicular e respiração bronco-vesicular) e os ruídos adventícios (anormais), como roncos, sibilos, crepitacões, estridor ou cornagem e atrito pleural.

Os sons pleuropulmonares normais são comentados a seguir:

- Som ou respiração traqueal e respiração brônquica: tem origem na passagem do ar através da glote e da traquéia; audível na projeção da traquéia, no pescoço e na região esternal; tem componente inspiratório e expiratório; a respiração traqueal e a respiração brônquica diferem apenas no componente expiratório, que, nesta, é menos intenso; a presença da respiração brônquica em outras áreas denota condensação pulmonar, atelectasia ou proximidade de lesão cavitária, desde que existam alvéolos permeáveis, nessas áreas, para a produção do som vesicular;
- Murmúrio vesicular ou respiração vesicular (MV): resulta da turbulência do ar em trânsito de inspiratório e expiratório através das estruturas de diversos calibres da árvore broncoalveolar; audível nos campos pulmonares, exceto nas áreas esternal superior, interescapulovertebral direita e na projeção da 3^a e 4^a vértebras dorsais; alterações: aumentado, reduzido ou abolido;

- Respiração broncovesicular: tem características da respiração brônquica e vesicular; audível nas áreas esternal superior, interescapulovertebral direita e na projeção das 3^a e 4^a vértebras dorsais; a presença da respiração broncovesicular em outras áreas denota condensação pulmonar, atelectasia ou proximidade de lesão cavitária, desde que existam alvéolos permeáveis, nessas áreas, para a produção do som vesicular.

Os sons anormais ou ruídos adventícios são classificados em:

- Contínuos:

Sibilos: sons musicais e de duração superior a 250ms. Devem-se à vibração das paredes das grandes vias aéreas que contêm secreções e em vias de obstrução. Tal vibração é ocasionada pela intensa turbulência do ar que está em alta velocidade. Na intensa obstrução com redução do fluxo aéreo, não existe mais a vibração das paredes brônquicas, ocorrendo o desaparecimento dos sibilos (“tórax silencioso”).

Roncos: sons graves e de baixa tonalidade. São correspondentes aos sibilos com um menor grau de obstrução, ocorrendo em grandes brônquios. Determinam frêmito e podem ser audíveis à distância.

- Descontínuos:

Crepitações: são sons explosivos e de curta duração (20ms). A gênese das crepitações é explicada por dois mecanismos: vibração das paredes das grandes vias aéreas contendo secreções, ocasionada pela turbulência do ar; abertura súbita de brônquios pré-colapsados. Modificam-se com a tosse.

Estridor ou cornagem: produzido pela obstrução das vias aéreas ao nível de laringe ou de traquéia (corpo estranho, laringite aguda, estenose de traquéia, neoplasia de laringe, difteria).

Atrito pleural: ruído irregular, semelhante ao som produzido pelo atrito de couro; apresenta componente inspiratório mais acentuado, resultando do atrito da pleura visceral e parietal inflamada. A pleurite (exsudato) é a principal causa de atrito pleural. A produção de derrame pleural determina o afastamento das pleuras, fazendo cessar o atrito. É ventilatório-dependente.

Os sons vocais são baseados na ressonância vocal, que é a ausculta da voz na parede torácica. É mais intensa nas áreas esternal superior, interescapulovertebral direita e na projeção das 3^a e 4^a vértebras torácicas (como na respiração broncovesicular), e está reduzida no espessamento e derrame pleural e na atelectasia. As alterações da ressonância vocal coincidem com aquelas do FTV. São alterações da ressonância vocal: a broncofonia (aumento da ressonância vocal, presente na condensação pulmonar ou em área pericavitária), a egofonia (broncofonia com timbre metálico), a pectorilóquia fônica (ausculta nítida da voz falada) e a pectorilóquia afônica (ausculta da voz sussurrada).

Semiotécnica: o paciente deverá estar preferencialmente sentado, podendo assumir o decúbito dorsal ou lateral, em caso de impedimento de estar naquela posição; com o tórax exposto parcial ou totalmente, coloca-se o estetoscópio (diafragma) sobre os espaços intercostais das regiões anterior, posterior e laterais do tórax e sobre

as fossas supraclaviculares (ápices); solicitar ao paciente que respire, inspirando pelo nariz e expirando pela boca entreaberta; auscultar no sentido crânio-caudal, realizando o procedimento de forma simétrica, comparando áreas homólogas. Para a pesquisa da ressonância vocal, o paciente é auscultado enquanto pronuncia “trinta e três”.

4. Sistema Cardiovascular: os procedimentos adotados no exame físico do sistema cardiovascular seguem a ordem: inspeção, palpação e ausculta. O paciente pode assumir as posições de decúbito dorsal, lateral esquerdo e de semiflexão do tronco. Observar a localização anatômica dos achados com relação aos pontos ou focos e linhas de referência. O *ictus cordis* localiza-se no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo na intersecção com a linha hemiclavicular (LHC) ou medialmente a esta.

Observar que alguns sinais relacionados ao sistema cardiovascular podem ter um caráter geral ou ter sede em outras áreas do corpo, como: atitude e posicionamento típicos do paciente no leito, alterações do estado nutricional, sudorese fria, cianose (central, periférica ou mista), edema (localizado ou generalizado), sinal de Musset (movimento da cabeça, alternando flexão e extensão, sincrônico com os batimentos cardíacos - aparece na insuficiência da valva aórtica), turgência jugular, sinal de Kussmaul (turgência jugular na inspiração), hum venoso - sopro - , refluxo hepatojugular, pulso hepático, hepatomegalia, pulsação abdominal (aneurisma de aorta), frêmito e/ou sopro abdominal (estenose de artéria renal, aneurisma de aorta), hipotensão postural, peté-

quias, baqueteamento digital, unhas em vidro de relógio, dependência de oxigenioterapia.

- a) Inspeção do precórdio: verificar a presença de abaulamentos, de retracções, de pulsações anormais; visualizar o *ictus cordis* (localização, extensão, intensidade, mobilidade e duração).
- b) Palpação: utilizar a mão espalmada sobre o precórdio. Avaliar o *ictus cordis* de acordo com os seguintes aspectos: localização, extensão, amplitude, mobilidade (reduzida nas pericardites e enfisema pulmonar) e duração. O decúbito lateral esquerdo facilita a palpação do *ictus cordis*. Pesquisar a presença de choque valvar (de primeira bulha na estenose mitral, do componente aórtico na hipertensão arterial sistêmica, do componente pulmonar na hipertensão pulmonar), frêmitos de sopros cardíacos (localização, intensidade e posição no ciclo cardíaco: sistólico, diastólico ou contínuo) e frêmitos de atrito pericárdico (assemelham-se à sensação tática do atrito de couro).
- c) Percussão: permite a delimitação da área precordial.
- d) Ausculta: os focos de ausculta cardíaca localizam-se na sede do *ictus cordis* (foco mitral); no segundo espaço intercostal direito com linha paraesternal (foco aórtico); no terceiro espaço intercostal esquerdo com linha paraesternal (foco aórtico acessório); no segundo espaço intercostal esquerdo com linha paraesternal (foco pulmonar); na base do apêndice xifóide, ligeiramente à esquerda (foco tricúspide). O decúbito lateral esquerdo (decúbito de Pachón) intensifica os

achados de palpação e de auscultação dos eventos da valva mitral, enquanto que a semiflexão do tronco acentua os achados da segunda bulha. Em relação à auscultação, avaliar:

- Freqüência cardíaca (FC) (Normal: 60 a 100 bpm);
- Bulhas cardíacas: regularidade (regular ou irregular, como nas arritmias); tempos do ciclo cardíaco (dois tempos, galope: três e quatro tempos); intensidade (normo, hipo ou hiperfonéticas); desdobramentos (fisiológico ou anormal);
- Sopros (posição no ciclo cardíaco-sistólico, diastólico ou contínuo; localização, irradiação, intensidade e timbre), estalidos, atrito pericárdico.

5. Sistema Digestório e Abdome: é importante que se tenha a imagem virtual de cada estrutura anatômica projetada na parede abdominal. A seqüência dos procedimentos utilizados no exame físico do abdome difere das anteriores, assumindo a seguinte ordem: inspeção, auscultação, percussão e palpação. O abdome é dividido em quatro quadrantes (superior direito e esquerdo e inferior direito e esquerdo) e em nove regiões (epigástrico, mesogástrico ou região umbilical, hipogástrico ou região suprapúbica, hipocôndrio direito e esquerdo, flanco direito e esquerdo, fossa ilíaca direita e esquerda). Essas áreas são importantes para localizar os achados de exame físico do abdome.

Atentar para o fato de que alguns sinais associados ao sistema digestório e abdome podem ser gerais ou ter localização em outros sistemas, tais como: atitude e

posicionamento típicos do paciente no leito, alterações do estado nutricional, icterícia, edema (localizado ou generalizado), irritabilidade, asterixis (*flapping*), aumento das parótidas, turgência jugular, ginecomastia, atrofia testicular, hematúria, epistaxe, petequias, equimoses, aranhas vasculares (*spider nevus*), alterações dos pêlos, eritema palmar, baqueteamento digital, unhas em vidro de relógio, hálito hepático (*fetor hepaticus*).

a) Inspeção: examinador em pé e, preferencialmente, à direita do paciente no leito.

Observar:

- Pele: lesões cutâneas, distribuição dos pêlos, cicatrizes, fistulas, estrias (da síndrome de Cushing, da obesidade e da gravidez), equimose periumbilical (sinal de Cullen, visto na pancreatite), equimose em flancos (sinal de Gray-Turner, visto na pancreatite), icterícia, eritema palmar, aranhas vasculares e circulação colateral (braquiocefálica, cava superior, cava inferior e porto-cava);
- Cicatriz umbilical: localização/deslocamento, sinais inflamatórios, equimoses, hérniação, circulação colateral (cabeça de medusa; recanalização da veia umbilical – síndrome de Cruveilhier-Baumgarter), nódulos (linfonodo metastático);
- Contorno abdominal: distribuição do panículo adiposo e musculatura (diástase dos retos abdominais), herniação.
- Tipo de abdome: atípico ou típico, como globoso, protuso, gravídico, em batráquio, escavado, em avental.
- Abaulamentos, retrações, assimetria;

- Movimentos peristálticos: inspecionar tangencialmente à superfície abdominal. Podem ser visíveis em indivíduos magros e na obstrução ou semi-oclusão intestinal.
 - Pulsações: em indivíduos magros, pode-se observar a pulsação aórtica na região epigástrica. Pulso hepático pode ser visível à inspeção abdominal de pacientes portadores de insuficiência tricúspide.
- b) Ausculta: deve ser realizada antes da percussão e da palpação, porque esses procedimentos podem modificar os movimentos peristálticos. Para auscultar o abdome, utilizar o diafragma do estetoscópio. Em relação à ausculta, tem-se:
- Ruídos peristálticos ou ruídos hidroaéreos: auscultar todos os quadrantes por alguns minutos (cerca de dois minutos). A peristalse pode mostrar-se normal, reduzida a ausente (silêncio abdominal) ou aumentada. Na fase inicial das obstruções intestinais, a peristalse geralmente se encontra bastante aumentada (peristalse de luta), podendo produzir um ruído metálico. Com a evolução do quadro obstrutivo, a peristalse pode entrar em involução e chegar ao silêncio abdominal (abolição da peristalse).
 - Auscultar as áreas de projeção da aorta abdominal, das artérias renais (região abdominal e lombar) e ilíacas, na busca de atritos (peri-hepatites, periesplenites), sopros (na estenose de artéria renal, estreitamento ou aneurisma de aorta, shunts arteriovenosos, neoformação vascular das neoplasias hepáticas, cirrose hepática, de origem mesentérica por ateromas ou outras obstruções). Fazer a ausculta abdominal, principalmente, nas projeções hepática e esplênica, na busca de atritos.

- c) Percussão: esse procedimento pode resultar na produção de sons sugestivos de macicez (área líquida ou sólida), submacicez (área líquida ou sólida interposta por alça intestinal) ou timpanismo (presença de gases em víscera oca ou ar livre na cavidade abdominal). A percussão também se presta a orientar a palpação.
- Percutir todo o abdome para investigar a quantidade e a distribuição de gases; identificar estruturas sólidas ou de conteúdo líquido;
- Avaliar o limite superior (aproximadamente no quinto espaço intercostal direito na linha hemiclavicular) do fígado (componente da hepatometria);
- Percutir o espaço de Traube, que corresponde à projeção da bolha de ar do fundo do estômago. O encontro de macicez à percussão do espaço de Traube pode sugerir esplenomegalia, a presença de líquidos ou de sólidos no estômago ou no colo).

Semiotécnica

A percussão abdominal é, predominantemente, executada com o paciente em decúbito dorsal e com o examinador à direita do leito. A técnica mais utilizada é a percussão dígi-to-digital, onde o punho do examinador gera movimentos de martelo transmitidos ao dedo médio da mão examinadora (direita), que aplica golpes (dois por vez) sobre o dedo médio ou indicador (dedo plexímetro, mantido em hiperextensão) da mão de apoio (esquerda). Observar o som produzido. Se existir um ponto ou área dolorosa, sempre iniciar a percussão pela área mais distante dele. Evoluir no procedimento, concluindo-o com a percussão da área sensível.

- d) Palpação: antes de palpar, aquecer as mãos e perguntar ao paciente sobre o ponto abdominal mais doloroso, iniciando a técnica na área mais distante desse ponto.
- Superficial: avaliação da sensibilidade (normo, hipo ou hiperestesia) abdominal, da tensão ou resistência muscular (normo, hipo ou hipertonia, podendo ocorrer contratura muscular involuntária ou defesa abdominal nas peritonites – abdome em tábua), da diástase dos músculos retos abdominais e de massas e/ou visceromegalias. Pesquisa de frêmitos provenientes de estenose ou aneurisma de aorta, de estenose de artéria renal ou de fistulas arteriovenosas. Análise do sentido do fluxo da circulação colateral.
 - Profunda: visa esclarecer os achados da palpação superficial e da percussão. Diante da existência de massas abdominais, caracterizá-las quanto a localização, a forma, ao tamanho, a consistência, a superfície, a sensibilidade, a mobilidade e a pulsação (presente no aneurisma de aorta). Na presença de visceromegalia, determinar sua localização, contorno, dimensões, consistência, bordas, sensibilidade e mobilidade. Pesquisar a sensibilidade nos pontos ureterais. A palpação profunda pode ser realizada com uma mão, com as duas mãos (bimanual), com as “mãos em garra” (método de Mathieu) ou combinada – método de Lemos Torres (uma mão empurra no sentido poster-anterior, aproximando a estrutura da parede abdominal, enquanto a outra mão faz a palpação na superfície abdominal).
- e) Palpação do fígado: o paciente deve estar em decúbito dorsal, com a parede abdominal relaxada. Deve-se

palpar o hipocôndrio direito, flanco direito e epigástrico no sentido ascendente, a partir da cicatriz umbilical, coordenando esse procedimento com os movimentos respiratórios. Na expiração, posicionar a(s) mão(s) e, na inspiração, comprimir e movimentar de forma ascendente, tentando tocar a borda hepática. Pode-se também posicionar a mão esquerda na área do ângulo costovertebral ipsilateral, comprimindo no sentido póstero-anterior, na tentativa de aproximar o fígado da parede anterior do abdome.

O método de Mathieu pode ser executado com o paciente em decúbito dorsal ou semilateral esquerdo.

A hepatometria é concluída durante a palpação, devendo ser aferida ao nível da linha hemiclavicular, linha axilar anterior e paraesternal direitas.

f) Palpação da vesícula biliar: a vesícula biliar somente é palpável em condições patológicas onde há aumento da pressão em seu interior associada à dificuldade de esvaziamento de seu conteúdo (vesícula hidrópica) – sinal de Couvoisier-Terrier.

Para palpação da vesícula, o paciente deve estar em decúbito dorsal. Espalmar a mão esquerda sobre o hipocôndrio direito, posicionando o polegar no rebordo costal, no ponto de interseção com a linha hemiclavicular direita (ou com a bissetriz do ângulo reto cujo vértice localiza-se na cicatriz umbilical) - Ponto cístico ou vesicular. Solicita-se ao paciente que inspire profundamente. Nesse momento, a vesícula, se estiver aumentada, poderá ser palpada, como na colecistite ou na obstrução biliar.

por carcinoma pancreático. O surgimento de dor local súbita, com interrupção brusca da respiração e contratura de defesa, corresponde ao sinal de Murphy.

g) Palpação do baço: A palpação do baço assemelha-se à palpação do fígado, no entanto, é realizada no flanco e hipocôndrio esquerdo.

Uma variante na palpação do baço: realiza-se o procedimento com o paciente em decúbito lateral direito ou na posição de Schuster (paciente numa posição semidecúbito lateral direito com a perna direita estendida e a esquerda flexionada sobre a pelve, ficando o braço esquerdo na frente do tórax).

h) Palpação de vísceras ocas: algumas vísceras ocas podem ser palpadas deslizando-se a(s) mão(s) em movimentos de vai e vem, no sentido contrário ao maior eixo dessas estruturas. A maioria delas apresenta conformação cilíndrica.

Os sítios de palpação dessas vísceras são: fossa ilíaca direita (ao longo de uma linha que liga a cicatriz umbilical à espinha ilíaca antero-superior) - ceco; região mesogástrica – colo transverso; quadrante inferior esquerdo – colo sigmóide.

No caso de fecaloma, a palpação com descompressão brusca provoca seu deslocamento com interposição de ar entre a parede intestinal e o fecaloma, percebendo-se crepitações, o que caracteriza o sinal de Gersuny.

i) Palpação da aorta abdominal: com ambas as mãos, dispostas lado a lado, à linha média, discretamente à es-

querda, na região superior do abdome, comprime-se profundamente essa área até se identificar a pulsação aórtica. A facilidade da palpação vai depender da espessura da parede abdominal e do diâmetro ântero-posterior do abdome.

j) Palpação dos rins: os rins não são facilmente palpáveis.

O polo do rim direito pode ser palpado, com certa facilidade, em indivíduos esbeltos e sem tensão da parede abdominal. Nos casos de ptose renal, o rim pode ser palpado sem necessidade de manobras especiais. Se palpável, o rim deve ser analisado com relação a tamanho, contorno e sensibilidade. Os rins apresentam mobilidade reduzida.

A palpação dos rins pode ser realizada por meio de:

- Método bimanual: paciente em decúbito dorsal, com a mão de apoio do examinador pressionando a região lombar (área do ângulo costovertebral) no sentido pós-tero-anterior, enquanto a mão palpadora (a do mesmo lado do rim palpado) palpa o quadrante superior na projeção da linha hemiclavicular, paralelamente ao músculo reto abdominal correspondente, ao encontro do rim deslocado pela mão de apoio. Na inspiração, aprofunda-se a pressão da mão palpadora e de apoio na tentativa de sentir, com a ponta dos dedos, o pólo inferior do rim.
- Método de Guyon (manobra do rechaço renal ou do choque lomboabdominal): a técnica assemelha-se à do método bimanual, diferindo apenas na manobra realizada na mão de apoio, que impulsiona rápida e sucessivamente (rechaço) a área lombar (área do ângulo costovertebral).

- Método de Israel: a técnica assemelha-se à do método bimanual, diferindo apenas no decúbito. Paciente em decúbito lateral oposto ao rim examinado e com os membros inferiores em semiflexão.

Procedimentos e sinais de interesse para o exame do sistema digestório e abdome:

- Manobra do rechaço: utilizada para palpação do fígado, do baço ou de massas abdominais, nos casos de ascite volumosa, onde a resistência da parede abdominal está aumentada. A mão comprime a parede abdominal, e as polpas digitais provocam um impulso, em golpe. Imediatamente após essa manobra, pode-se perceber o impacto na mesma mão, provocado por uma estrutura sólida, imersa em líquido, que foi deslocada pelo impulso (ida) e, no seu movimento de retorno, colidiu com ponto onde o impulso foi originado.
- Sinal de Blumberg: com o paciente em decúbito dorsal, por ocasião da palpação, provoca-se uma descompressão no ponto que corresponde à porção distal dos 2/3 da linha que liga a cicatriz umbilical à espinha ilíaca ântero-superior direita (ponto apendicular ou de Mc Burney). Esse sinal está presente quando a descompressão brusca resulta em dor súbita e intensa, denotando irritação peritoneal, como ocorre na apendicite aguda.
- Sinal de Rovsing: é definido pela dor referida pelo paciente na fossa ilíaca direita, provocada pela distensão do ceco causada pela mobilização dos gases resultantes da compressão do cólon descendente no sentido ascendente, estando o paciente em decúbito dorsal. Esse sinal está presente na apendicite aguda.

- Sinal de Jobert: com o paciente em decúbito dorsal, percut-se o hipocôndrio direito. A presença do Sinal de Jobert é definida pelo encontro do som timpânico na área pesquisada (desaparecimento da macicez hepática).
- Pesquisa de macicez móvel: utilizada para pesquisar ascite de médio volume (entre 500 e 1500mL) com o paciente em decúbito dorsal. Identificar as áreas de timpanismo e macicez. Em seguida, posicionar o paciente em decúbito lateral e iniciar a percussão para verificar se houve mudança no seu padrão anterior. Nos casos de ascite, a macicez (líquido) desloca-se para as áreas mais baixas, e o timpanismo, para as mais altas.
- Teste da onda líquida (manobra do Piparote): com o paciente em decúbito dorsal, comprimir a linha média abdominal com a borda cubital da mão de um auxiliar, para que não haja a transmissão da onda provocada pelo piparote através da parede abdominal. O examinador mantém a mão de apoio sobre o flanco de um lado e, no flanco oposto, aplica um golpe (piparote) com o dedo indicador da outra mão. Se a mão esquerda percebe o impacto das ondas líquidas desencadeadas pelos golpes, têm-se um teste positivo, ou seja, existe líquido livre na cavidade peritoneal, num volume geralmente superior a 1500mL (ascite volumosa).
- Sinal da Poça: utilizado para a pesquisa de ascite com pequeno volume de líquido (menor que 500 mL). Com paciente em posição genupeitoral, percut-se o abdome. Esse sinal está presente quando a percussão revela macicez na região periumbilical, envolta por área de timpanismo.

- Pesquisa de Vascolejo: revela a presença de líquido no estômago. Prende-se o estômago com a mão dominante, realizando movimentos de um lado para o outro. Existe vascolejo se houver a produção de ruídos (murmúrio) hidroaéreos aumentados .
- Pesquisa de gargarejo: revela a presença de líquido no colo. Realizam-se movimentos compressivos e sucessivos na área do colo. Existe gargarejo se houver a produção de ruídos (murmúrios) hidroaéreos aumentados.
- Pesquisa do refluxo hepatojugular: comprimir o fígado no sentido ascendente e observar o surgimento da turgência jugular. A compressão hepática determina o aumento do retorno venoso para o átrio direito. Se houver insuficiência cardíaca direita, com pressão hidrostática atrial direita elevada, o sangue toma a direção da veia cava superior, findando em ingurgitamento jugular.

6. Região Inguinal: pesquisar a presença de tumorações (volume, forma, consistência e sensibilidade), linfonodos e herniações (manobra de Valsalva).

- Manobra de Valsalva: realizar uma inspiração profunda e, em seguida, forçar a saída do ar com a glote fechada. Esse procedimento aumenta a pressão intratorácica, intrabdominal e intracraniana, além de reduzir o retorno venoso e estimular os barorreceptores, que induzem a uma resposta parassimpática.

7. Região Perineal, Ânus e Reto - Inspeção e palpação: pesquisar a presença de lesões de pele, mucosa, semi-mucosa e subcutâneo, como fistulas, fissuras, erosões, ulcerações, nódulos, plicomas, ectasia venosa. Realizar o toque retal.

O toque retal analisa o esfíncter anal, as condições da parede retal e do tecido subjacente e a glândula prostática.

Semiotécnica

No toque retal, deve-se, inicialmente, explicar ao paciente todo o procedimento. Utilizar luva com vaselina ou com xilocaína gel a 2%. O paciente assume a posição genupeitoral ou lateral de Sims. O dedo indicador exerce uma pressão sobre o esfíncter externo e, após vencer sua resistência, realiza movimento de rotação em 360º para exame do reto (tumorações, rugosidades e estreitamentos). No homem, palpa-se a face anterior para o exame da próstata (identificação do sulco médiano, nódulos, abaulamentos, consistência e alteração de superfície). Investigar, ao final do exame, se há presença de fezes, muco ou sangue na luva.

8. Sistema Genital

Masculino: para o exame da genitália externa, o paciente pode manter-se na posição de pé ou deitado. Proceder à inspeção e à palpação do pênis, do períneo e da bolsa escrotal. O toque retal é o procedimento utilizado para examinar a próstata e as vesículas seminais.

Feminino: para o exame dos órgãos genitais femininos, utilizam-se a inspeção (desarmada e armada – utilização de espéculos) e a palpação (do períneo, toque vaginal); em menor escala, fazem-se a percussão e a ausculta (gestação).

9. Sistema Urinário: sinais relacionados ao sistema urinário podem ter caráter geral ou surgir em outros sítios. São exemplos: atitude e posicionamento típicos

do paciente no leito; alteração neurológica, psíquica e do estado nutricional; edema (localizado ou generalizado); escoriações pruríticas; distrofia ungueal; palidez; equimoses; epistaxe; fraqueza muscular; dispneia e vômitos.

a) Região abdominal:

- Inspeção: abaulamentos nos quadrantes superiores, principalmente nos flancos.
- Palpação: realizar os procedimentos comentados no exame do sistema digestório e abdome, além de palpar a região suprapúbica antes e após a micção.

b) Região lombar:

- Inspeção: observar a existência de abaulamentos (tumores, rins policísticos, hidronefrose), equimoses e sinais flogísticos (abscesso perinefrético).
- Palpação: pesquisar a presença de frêmitos (na estenose de artéria renal e nas fistulas arteriovenosas), de massas e de sensibilidade dolorosa na região dos ângulos costovertebrais;
- Percussão: realizar a percussão com a borda cubital da mão ou a punho percussão lombar. Essa manobra, quando resulta em dor, caracteriza o sinal de Giordano.
- Auscultação: pesquisar sopros (na estenose de artéria renal e nas fistulas arteriovenosas).

Investigar a presença de malformações: meato uretral ectópico, extrofia vesical.

10. Sistema Locomotor: o exame do sistema locomotor é realizado com o paciente de pé, sentado, em decúbito (dorsal, ventral e lateral) e em marcha. Essa avaliação deve ter um caráter comparativo. Na inspeção, analisar atitude, posição preferida no leito, marcha, deformidades, amplitude dos movimentos ativos, alterações articulares (nódulos de Bouchard e de Heberden), trofismo muscular e pele. Na palpação, avaliar pontos ou áreas dolorosas, temperatura local (utilizar o dorso da mão), edema, derrame articular, crepitações à mobilização articular, nervos, movimentos passivos e força muscular.

No exame da coluna vertebral, utiliza-se a inspeção (frontal e sagital) para detectar posições antalgicas, anormalidades posturais, deformidades, alterações das curvaturas (escoliose, cifose, lordose) e sinais traumáticos. Prossegue-se com a palpação, verificando-se os pulsos carotídeos, a presença de pontos dolorosos de contratura muscular paravertebral de massas paravertebrais, de anormalidades da rafe mediana, dentre outras alterações.

Procedimentos e sinais de interesse para o exame do sistema locomotor:

- Teste de Adson: o examinador palpa o pulso radial, abduz, estende e faz a rotação externa do membro superior. A seguir, o paciente realiza uma inspiração forçada, estende e gira a cabeça para o lado sob exame. A positividade do teste é dada pela redução ou desaparecimento do pulso, indicando compressão da artéria subclávia ou braquial, ocasionada, principalmente, pela presença de costela cervical supranumerária e por

hipertrofia do músculo escaleno (síndrome do desfiladeiro torácico ou do escaleno).

- Teste da apreensão anterior do ombro: o examinador, com uma das mãos, realiza uma abdução e rotação externa do membro superior do lado sob avaliação, estando o cotovelo flexionado em 90°, em seguida, com a outra mão, pressiona a cabeça do úmero. Nesse momento, o paciente com instabilidade crônica anterior da articulação genoumral manifesta expressão de medo e de apreensão, além de fazer movimentos que evitem o deslocamento da cabeça do úmero.
- Teste da apreensão posterior do ombro: o examinador, com uma das mãos, realiza uma adução e rotação interna do membro superior do lado sob avaliação, estando o cotovelo flexionado em 90° e com a escápula estabilizada. Em seguida, com a outra mão, o examinador pressiona posteriormente o cotovelo. Nesse momento, o paciente com instabilidade crônica posterior da articulação genoumral reagirá como no teste da apreensão anterior do ombro.
- Sinal do cabide ou da dragona: denota luxação do ombro ou luxação glenoumral.
- Teste de Yergason: o paciente, com o braço junto ao tronco e o cotovelo flexionado em 90° tem seu antebraço colocado em supinação, contra resistência. O surgimento de dor localizada no sulco bicipital (intertubercular) revela a instabilidade do tendão da porção longa do bíceps no referido sulco.

- Teste da queda do braço: feito em paciente com o membro superior elevado em 90°, previamente, pelo examinador. Uma discreta pressão exercida sobre esse membro provoca a sua queda abrupta, se houver lesão do manguito rotador. Na presença dessa lesão, o paciente é incapaz de baixar seu membro superior lentamente.
- Teste de Phalen: manter o punho em flexão máxima por, no mínimo, um minuto, forçando uma mão contra a outra por sua face dorsal. A queixa de formigamento ou de dormência na mão indica a positividade do teste, sugerindo comprometimento do nervo mediano. Esse teste é utilizado como apoio diagnóstico da síndrome do túnel do carpo.
- Teste de Tinel: compressão ou percussão do ligamento transverso do carpo. O teste é positivo se a manobra resultar em dor ou em parestesia na área de abrangência do nervo mediano, na mão.
- Teste de Galeazzi: paciente, em decúbito dorsal, com os membros inferiores flexionados e com os pés lado a lado sobre o leito. Quando há encurtamento do membro inferior, os joelhos ficam posicionados em alturas diferentes. O encurtamento do membro pode ser anatômico ou funcional (como na luxação congênita do quadril).
- Teste de Patrick ou FABERE (Flexão, Abdução e Rotação Externa): estando o paciente em decúbito dorsal, coloca-se o pé do lado sob exame sobre o joelho do lado oposto (quadril em semiflexão, abduzido e sob rotação externa). A seguir, o joelho é pressionado para baixo na direção do leito. Dor no quadril, na região inguinal

ou na região glútea do lado sob exame denota um teste positivo para patologias do quadril. Se, simultaneamente, o examinador força o joelho, como realizado anteriormente, e a área da espinha ilíaca ântero-superior oposta, o surgimento de dor, em resposta a essa manobra combinada, revela também anormalidades sacroilíacas.

- Teste de Trendelenburg: o paciente mantém a posição de pé apoiando-se apenas em uma das extremidades. O teste é positivo quando a pelve oposta à extremidade de apoio pende, indicando insuficiência do glúteo médio.
- Teste de Thomas: paciente, em decúbito dorsal, flexiona os quadris até desfazer a hiperlordose compensatória. O quadril normal é mantido em flexão, para segurar a pelve, enquanto o quadril sob exame é estendido lentamente. Na contratura em flexão, o quadril não completa a extensão. O grau de contratura corresponde ao ângulo formado pela face posterior da coxa do paciente e pelo leito.
- Teste de Ober: feito com paciente em decúbito lateral do lado oposto ao membro inferior sob exame. O joelho do lado examinado é flexionado em 90° e o membro é abduzido pelo examinador. Na presença de contratura da faixa iliotibial, o membro permanecerá na posição de abdução.
- Manobra de Barlow – com o quadril flexionado em ângulo reto e com os joelhos em flexão, posicionar o dedo médio da mão que examina sobre o trocânter maior e o polegar em posição oposta sobre o trocânter menor, na face medial da coxa. Em seguida, mantendo as coxas

em média abdução, faz-se pressão com o polegar sobre o trocanter menor na direção oposta ao quadril e dirigida ao leito, enquanto a outra mão fixa a bacia e o fêmur oposto. Nesse momento, percebe-se que a cabeça do fêmur desloca-se do acetábulo.

- Manobra de Ortolani: realiza-se uma abdução gradual do quadril flexionado em ângulo reto. O dedo médio da mão que examina é colocado sobre o trocanter maior e o polegar em posição oposta sobre o trocanter menor, na face medial da coxa. Em seguida, faz-se pressão com o dedo médio sobre o trocânter maior na direção do quadril e dirigida ao leito, enquanto a outra mão fixa a bacia e o fêmur oposto. Nesse momento, percebe-se que a cabeça do fêmur escorregue para o interior da cavidade acetabular, produzindo um estalido palpável e/ou audível.
- Prova de Lasègue: o paciente em decúbito dorsal, tem seu membro inferior estendido e elevado em 30°. O teste é positivo quando a manobra produz dor na face posterior do membro examinado.
- Teste de McMurray: o examinador segura o pé do paciente com uma mão e provoca alternância de movimentos de flexão e extensão do joelho. O teste revela positividade pela produção um estalido audível e/ou palpável na região da linha articular. Este procedimento a ruptura de menisco posterior.
- Teste de compressão de Apley (joelho): paciente em decúbito ventral e com os joelhos flexionados em 90°. O examinador segura o pé do paciente com as duas mãos, exercendo uma compressão e realiza movimen-

tos de rotação interna e externa. O teste é positivo se o paciente referir dor no joelho, indicando lesão de menisco correspondente ao lado que se produziu a dor.

Sinal da tecla: com o paciente em decúbito dorsal, comprime-se verticalmente a patela e observa-se esta apresentando um movimento de vai-e-volta.

- Teste de apreensão da patela: paciente em decúbito dorsal e joelho discretamente flexionado (30°). O examinador desloca cautelosamente a patela para um dos lados. Então, o paciente demonstra expressão de medo e apreensão, executando movimentos que evitam o deslocamento da patela.
- Sinal da gaveta anterior e posterior: com o paciente em decúbito dorsal, joelho flexionado em 90° , pé sobre o leito, o examinador senta sobre o pé do paciente e segura com ambas as mãos a porção proximal da perna (tibia) puxando e empurrando. Se há lesão do ligamento cruzado anterior, o deslocamento anterior da tibia é excessivo. No caso de lesão do ligamento cruzado posterior, há excessivo deslocamento posterior da tibia.
- Teste de Adams: paciente com o tronco em flexão total é examinado com relação ao aparecimento de saliência em um dos hemitórax (giba). Se presente, esta assimetria revela uma escoliose estrutural.

11. Sistema Vascular Periférico: a avaliação do sistema vascular periférico deve englobar a inspeção dos membros superiores e inferiores, palpação dos pulsos, pesquisa de edemas e a auscultação dos vasos na busca de sopros.

- Inspecionar nos membros superiores e inferiores, enfatizando os seguintes elementos: trajeto, calibre, estado da parede, simetria, padrão venoso (direção do fluxo sangüíneo), coloração, sensibilidade, frêmitos, sopros, estado da pele envolvida (temperatura, coloração, espessura) e coloração dos leitos ungueais. Nos membros inferiores verificar também a distribuição dos pelos (rarefeitos na insuficiência vascular periférica).
- Analisar de forma comparativa os pulsos carotídeo, braquial, radial, femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso por meio das seguintes características: ritmo (regular, irregular, anárquico); freqüência (taquisfigmia e bradisfigmia); amplitude (amplo, mediano e pequeno); estado da parede arterial (na aterosclerose ocorre o espessamento e na arteriosclerose o endurecimento da parede arterial); tipo de onda pulsátil (normal, pulso filiforme, pulso paradoxal de Kussmaul – desaparece na inspiração; pulso alternante – alterna onda ampla com fraca; pulso dícrótico – dupla onda em cada pulsação; pulso em Martelo D’água, célebre ou de Corrigan – surge com grande amplitude e desaparece rápido (na insuficiência aórtica)).
- Pesquisar a presença de aumento da pressão venosa através da busca de turgência ou ingurgitamento das jugulares, refluxo hepatojugular (por insuficiência cardíaca direita ou biventricular, ascite e massas abdominais compressivas) e de varizes ou veias varicosas (dilatação, sinuosidade e espessamento da parede por alterações da túnica média das veias).

O Teste de Allen avalia a irrigação sangüínea da

mão, sendo realizado como descrito a seguir: o paciente fecha a mão em punho cerrado, em seguida, o examinador comprime as artérias radial e ulnar com os polegares. Solicita-se ao paciente para abrir a mão que estará com palidez palmar. Então, libera-se a pressão na artéria radial, mantendo a compressão da artéria ulnar. Se a artéria radial distal ao punho estiver permeável, a mão tomará a cor rosada rapidamente e, se estiver obstruída, a mão permanecerá pálida. O mesmo procedimento é repetido com relação à artéria ulnar.

12. Sistema Nervoso: o exame do sistema nervoso tem por objetivo identificar a sede (sistema nervoso central ou periférico), o tipo (focal ou difusa), a natureza (vascular, degenerativa, inflamatória, metabólica) a simetria dos achados bem como o grau de acometimento determinado pela mesma.

Com o objetivo de agilizar a execução e tornar o exame neurológico menos cansativo essa avaliação poderá ser feita seguindo as seguintes etapas em seqüência: paciente deitado, sentado e em pé. Deve ser realizado de forma comparativa, tanto com relação as áreas homólogas quanto distais e proximais, para que ao finalizar o exame, achados assimétricos possam ser associados a lesões do sistema nervoso central, periférico ou a ambos. Antes da realização do exame, explicar ao paciente o procedimento a ser realizado e fazer sua demonstração, quando for o caso.

O exame neurológico tem início desde o primeiro contato com o paciente, momento em que o processo de avaliação já inclui alguma análise do nível de consciênc-

cia, do estado mental, da marcha, continuando com exame de outros sistemas.

As afecções do sistema nervoso podem apresentar manifestações gerais ou em outros sistemas tais como: atitude e posicionamento típicos do paciente no leito, alterações do estado nutricional, implantação e distribuição de pelos e cabelos, crânio deformidades da coluna vertebral, alterações cutâneas (manchas café com leite, alterações na rafe mediana da região lombossacra).

- Nível de consciência: avaliado de forma mais objetiva através da Escala de Coma de Glasgow, que a princípio era mais utilizada nos traumas. O estado de coma é definido por uma somatória menor ou igual a 8 escores, em uma escala de 15. Ela se presta ao auxílio do diagnóstico e da evolução neurológica do paciente.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
Parâmetros			Escores
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	
-	-	Ao comando verbal	6
-	Orientada	Localiza o estímulo	5
Espontânea	Desorientada ou confusa	Movimento de retirada ao estímulo doloroso	4
Ao comando verbal	Inapropriada	Flexão anormal ao estímulo doloroso (descerebração)	3
À dor	Incompreensível	Extensão anormal ao estímulo doloroso (decorticação)	2
Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta	1

- Estado mental: a posição sentada é mais cômoda para o paciente submeter-se ao Mini-exame do Estado Mental (MEEM).
- Sistema motor: avaliar trofismo, tônus de postura e de ação, força muscular e coordenação motora. Identificar o(s) músculo(s) comprometido(s), distribuição dos nervos na área afetada e a origem da anormalidade (central e/ou periférica).

Examinar a força muscular levando em conta aspectos como idade, sexo, condicionamento físico, lado dominante. Avaliar a força muscular utilizando os procedimentos de flexão e extensão contra resistência, contra a gravidade e com a neutralização desta.

A aferição da força muscular pode ser quantificada em uma escala de 0 a 5 (0 – ausência de contração muscular; 1 – vestígios de contração muscular; 2 – movimento ativo que não consegue vencer a gravidade; 3 – movimento ativo que supera a gravidade; 4 – movimento que supera a gravidade e alguma resistência; 5 – movimento ativo que supera a gravidade e a resistência sem apresentar fadiga aparente).

A investigação dos reflexos auxilia na localização do dano nervoso. Podem ser: superficiais, profundos, de postura e patológicos. A aferição dos reflexos pode ser mensurada de forma semiquantitativa em uma escala de 0 a 4 cruzes. A maioria dos reflexos pode ser pesquisada com o paciente deitado no leito ou sentado.

É importante lembrar que para cada músculo ou grupamento muscular e reflexo analisado existe uma raiz nervosa ou um nervo correspondente.

A coordenação motora depende da integridade do cerebelo, do sistema vestibular, da motricidade e da sensibilidade proprioceptiva (mantém o cerebelo informado das alterações de posição dos segmentos corporais). Lembrar que a visão corrige a incoordenação motora (ataxia) determinada por alteração da sensibilidade proprioceptiva, mas não aquela por lesão cerebelar. Deve ser avaliada no seu aspecto estático e dinâmico, observando o desempenho da marcha, a posição ortostática e os movimentos alternados rápidos e ponto a ponto. Os distúrbios da medida do movimento denominam-se dismetria e a alteração dos movimentos alternados, disdiadococinesia.

A avaliação do sistema sensorial relaciona-se à integridade dos receptores, das vias condutoras e dos centros encefálicos. Requer o exame de diversas formas de sensibilidade, como objetivas (superficial ou esteroceptiva - sensibilidade térmica, tátil e dolorosa cutânea - e profunda ou proprioceptiva - sensibilidade vibratória, à pressão, ao peso e artrocinética) e subjetiva (dor e parestesia) - visceral ou interoceptiva, discriminativa ou combinada. A sensibilidade pode ser avaliada com o paciente deitado, sentado ou em pé. A sensibilidade superficial pode ser testada atritando suavemente um chumaço de algodão ou pincel na área sob exame. A sensibilidade térmica pode ser testada tocando, alternadamente, um tubo contendo água fria e outro contendo água morna. A sensibilidade dolorosa é pesquisada com estilete de ponta romba. A avaliação da sensibilidade vibratória faz-se através do toque do diapasão nas saliências ósseas; a sensibilidade à pressão pela compressão digital em qualquer área do corpo; a artrocinética, pelo deslocamento de um seguimento do corpo para posições variadas; a dolorosa pela compressão de áreas musculares e tendínicas. Deve-se iniciar a investigação da sensibilidade artrocinética e vibratória pelas extremidades. A sensibilidade discriminativa ou combinada é testada, sem de outros sentidos, através da avaliação da esteriognosia – manipulação de objetos conhecidos com fins de identificação dos mesmos –, da grafestesia – pela identificação, pelo paciente, de um número escrito na sua região palmar – e da discriminação entre dois pontos.

a) Paciente deitado no leito:

Na inspeção avaliar o trofismo e tônus, muscular, movimentos involuntários e passivos. Analisar o volume e o relevo muscular e, observada alguma alteração, mensurar a circunferência dos membros.

Observar:

- Trofismo: normo, hipo, hipertrofia;
- Tônus: normo, hipo, hipertônico;
- Movimentos involuntários e passivos: atenção à musculatura proximal da cintura pélvica e escapular, bem como a das extremidades;
- Volume e o relevo muscular.

A palpação é utilizada para complementar os achados da inspeção e pesquisar restrições de movimentos e alterações do trofismo, tônus e força muscular. Os sinais do canivete (hipertonia espástica por lesão do sistema piramidal) e da roda dentada (hipertonia com rigidez por lesão do sistema extrapiramidal) traduzem hipertonia muscular. A investigação da força muscular nos membros inferiores é realizada através de manobras que utilizam a flexão, extensão, adução e abdução contra resistência, contra a gravidade ou apenas com a neutralização desta. Essas manobras são: flexão plantar e dorsiflexão do pé, flexão e extensão do joelho, adução e abdução do quadril, flexão e extensão dorsal do membro inferior. Se a deficiência motora dos membros inferiores for discutível ou leve, o examinador pode lançar mão das provas deficitárias como: a manobra de Mingazzini e a de Barré.

Observar:

- Flexão plantar (principalmente S1, nervo tibial - músculo Gastrocnêmio);
- Dorsiflexão do pé (principalmente L4, L5, nervo fibular);
- Flexão do joelho (L4, L5, S1, S2, nervo ciático);
- Extensão do joelho (L2, L3, L4, nervo femoral – músculo quadríceps);
- Adução do quadril (L2, L3, L4, nervo obturador – músculos adutores);
- Abdução do quadril (L4, L5, S1 – músculos glúteo médio e mínimo);
- Flexão do quadril (L2, L3, L4 - músculo iliopsoas);
- Extensão dorsal do membro inferior (L4, L5, S1, nervo ciático – músculo grande glúteo).

Os reflexos pesquisados nesse momento são: cutaneoabdominal, cremasteriano e clono do tornozelo. A avaliação do reflexo cutaneoplantar, patelar, aquileu, bicipital, tricipital, braquiorradial ou supinador podem ser feitas com o paciente deitado no leito ou sentado. A resposta anormal do reflexo cutâneoplantar constitui o sinal de Babinski.

Observar:

- Reflexo cutaneoabdominal (alto - T8, T9, T10; baixo – T10, T11, T12);
- Reflexo cremasteriano (S1, S2);

- Clono do tornozelo;
- Reflexo cutaneoplantar (L5, S1 e S2);
- Sinal de Babinski;
- Reflexo patelar (L2, C3, L4);
- Reflexo aquileu (principalmente S1);
- Reflexo bicipital (C5,C6);
- Reflexo tricipital (C6, C7);
- Reflexo braquiorradial ou supinador (C5, C6);

A coordenação motora pode ser avaliada, nesse momento, através de manobras como: prova calcanhar-joelho.

A sensibilidade pode ser investigada com o paciente deitado, sentado ou em pé, todavia é mais cômodo para o paciente e para o médico que esse procedimento seja realizado enquanto o paciente estiver deitado no leito.

Os sinais meníngeos e radiculares referem-se a manifestações de irritação meníngea e de dano neural compressivo ou inflamatório, respectivamente. Dentre os sinais menígeos destacam-se a rigidez de nuca, prova de Kernig, Brudzinski e Laségue bilateral.

Observar:

- Rigidez de nuca;
- Prova de Kernig;
- Prova de Brudzinski;
- Prova de Laségue bilateral.

b) Paciente sentado:

Na inspeção e palpação analisar, para os membros superiores, os mesmos aspectos observados durante o exame do paciente deitado no leito. Estar atento para presença de movimentos involuntários como: tremores, asterixis e clono.

A força muscular é pesquisada nos membros superiores e cintura escapular através de manobras que utilizam a flexão, extensão, abdução e adução contra resistência, contra a gravidade ou apenas a neutralização desta. Essas manobras são: oposição do polegar, abdução dos dedos da mão, apreensão, extensão do punho, flexão e extensão do cotovelo, adução do braço em relação ao tronco, abdução do braço até o plano horizontal. São avaliados os grupos musculares da mão (interósseos), do carpo, bicipital, tricipital, da cintura escapular. A prova deficitária, que corresponde à manobra ativa, pode auxiliar nos casos onde a deficiência motora não está bem definida.

Observar:

- Oposição do polegar (C8, T1, nervo mediano);
- Abdução dos dedos da mão (C8, T1, nervo ulnar);
- Apreensão (C6, C7, C8, T1 – nervo mediano e ulnar);
- Extensão do punho (C6, C7, C8);
- Flexão do cotovelo (C5, C6 – músculo bíceps);
- Extensão do cotovelo (C6, C7, C8, nervo radial – músculo tríceps);

- Adução do braço em relação ao tronco (C5, T1 – músculos peitorais);
- Abdução do braço até o plano horizontal (C5, C6, nervo axilar – músculo deltóide);
- Grupos musculares da mão (interósseos);
- Grupos musculares do carpo;
- Grupo muscular bicipital;
- Grupo muscular tricipital;
- Grupos musculares da cintura escapular;
- Prova deficitária.

Os reflexos pesquisados são: bicipital, tricipital, braquiorradial ou supinador, patelar, aquileu e cutaneoplantar.

Observar:

- Reflexo bicipital (C5,C6);
- Reflexo tricipital (C6, C7);
- Reflexo braquiorradial ou supinador (C5, C6);
- Reflexo patelar (L2, L3, L4);
- Reflexo aquileu (principalmente S1);
- Reflexo cutaneoplantar (L5, S1 e S2).

A coordenação relativa aos membros superiores pode ser analisada por: movimentos alternados rápidos, movimentos ponto a ponto (prova dedo-dedo, dedo-nariz).

Exame dos Nervos Cranianos:

- 1º Par Craniano (PC) - Nervo Olfatório: identificação de odores (ex.: café, cravo), anosmia, hiposmia, parosmia, cacosmia;
- 2º PC – Nervo Óptico: avaliação da acuidade visual (amaurose, ambliopia), campos visuais (hemianopsia), córnea, fundo de olho (papila e retina);
- 3º PC – Nervo Oculomotor; 4ºPC – Nervo Troclear e 6ºPC Nervo Abducente: avaliação dos movimentos do globo ocular, pupilas (tamanho, forma, fotorreatividade direta e consensual, acomodação visual), estrabismo, diplopia, nistagmo horizontal, vertical ou rotatório, ptose palpebral;
- 5º PC – Nervo Trigêmeo: pesquisa de atrofia da região temporal ou masseteriana, desvio da mandíbula, alteração do movimento lateral da mandíbula e sensibilidade da face, reflexo corneano;
- 7º PC – Nervo Facial: avaliação da simetria, mimica facial e movimentos anormais;
- 8º PC – Nervo Vestibulococlear: avaliação da audição (acuidade, condução aérea e óssea), nistagmo, zumbido, vertigem, desequilíbrio;
- 9º PC – Nervo Glossofaríngeo; 10º Nervo Vago: pesquisa de disfagia e avaliação do timbre da voz, movimento do palato, da úvula e reflexo do vômito;
- 11º PC – Nervo Acessório: analise da rotação da cabeça e elevação dos ombros contra resistência, atrofia do es-

ternocleidomastoideo e atrofia da porção superior do trapézio;

- 12º PC – Nervo Hipoglosso: investigação de desvios da língua, atrofia e disartria.

O estado mental tem sido freqüentemente avaliado através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que consiste em um instrumento de rastreamento de deterioração cognitiva. Nesse exame, são analisados vários parâmetros, como:

- orientação temporo-espacial;
- memória imediata;
- memória recente;
- atenção e cálculo;
- linguagem;
- praxia construtiva.

Os resultados do MEEM-adaptado são mensurados através de escores que variam em uma escala de 0 e 30, assim distribuídos:

- Demência leve: MEEM=18;
- demência moderada: $10 < \text{MEEM} < 18$;
- demência grave: $\text{MEEM} < 10$.

O teste é simples, confiável e de fácil manuseio, podendo ser aplicado inclusive por não médicos, em um tempo de 5-10 minutos. O nível de escolaridade in-

fluencia no desempenho do teste, assim foram sugeridos pontos de corte para nivelar a sua escala: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média, e 26 para alta escolaridade.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	
Parâmetros	Escores
Orientação Dia da semana e do mês, mês, ano, hora aproximada, local específico, instituição, bairro, cidade, estado	10
Memória imediata Repetir 3 palavras sem relação	3
Atenção e cálculo 100 – 7 sucessivos (cinco subtrações sucessivas)	5
Memória evocativa Recordar as três palavras ditas previamente	3
Linguagem Pedir para o paciente: <ul style="list-style-type: none"> • nomear um relógio e um lápis mostrados (2) • repetir a frase: “nem aqui, nem ali, nem lá” (1) • pegar um papel com uma das mãos, dobrá-lo ao meio e jogá-lo no chão (3) • executar o comando escrito em um papel: feche os olhos (1) • escrever uma frase (1) • copiar o desenho mostrado (pentágonos em interseção) (1) 	9

c) Paciente de pé:

A coordenação motora é investigada através da marcha com olhos fechados e abertos (equilíbrio dinâmico) e por meio da prova de Romberg (equilíbrio estático).

Durante a marcha avaliar a postura, o equilíbrio, o movimento das pernas e pés. Solicitar ao paciente que deambule em linha reta, pé ante pé e que salte várias vezes no mesmo lugar. As alterações da marcha foram citadas na somatoscopia.

Observar:

- Prova de Romberg;
- Marcha.

Procedimentos e sinais de interesse no exame neurológico:

- Manobra ativa dos braços estendidos ou de Mingazzini dos membros superiores: paciente permanece, por algum tempo, com os braços estendidos anteriormente em 90º com o plano vertical. Se existe redução da força muscular o membro comprometido cairá lentamente;
- Manobra de Barré: paciente em decúbito ventral flexiona as pernas sobre as coxas, num ângulo de 90º, e é solicitado a manter a posição por algum tempo. Será positivo quando as pernas começarem a oscilar ou cair (imediata ou progressivamente), evidenciando o déficit motor;
- Manobra de Mingazzini: paciente em decúbito dorsal deverá manter-se na seguinte posição por algum tem-

po: as coxas e as pernas flexionadas em 90°, sem contato direto entre os MMII. A manobra de Mingazzini é positiva, quando o membro ou os membros oscilam ou caem em pouco tempo;

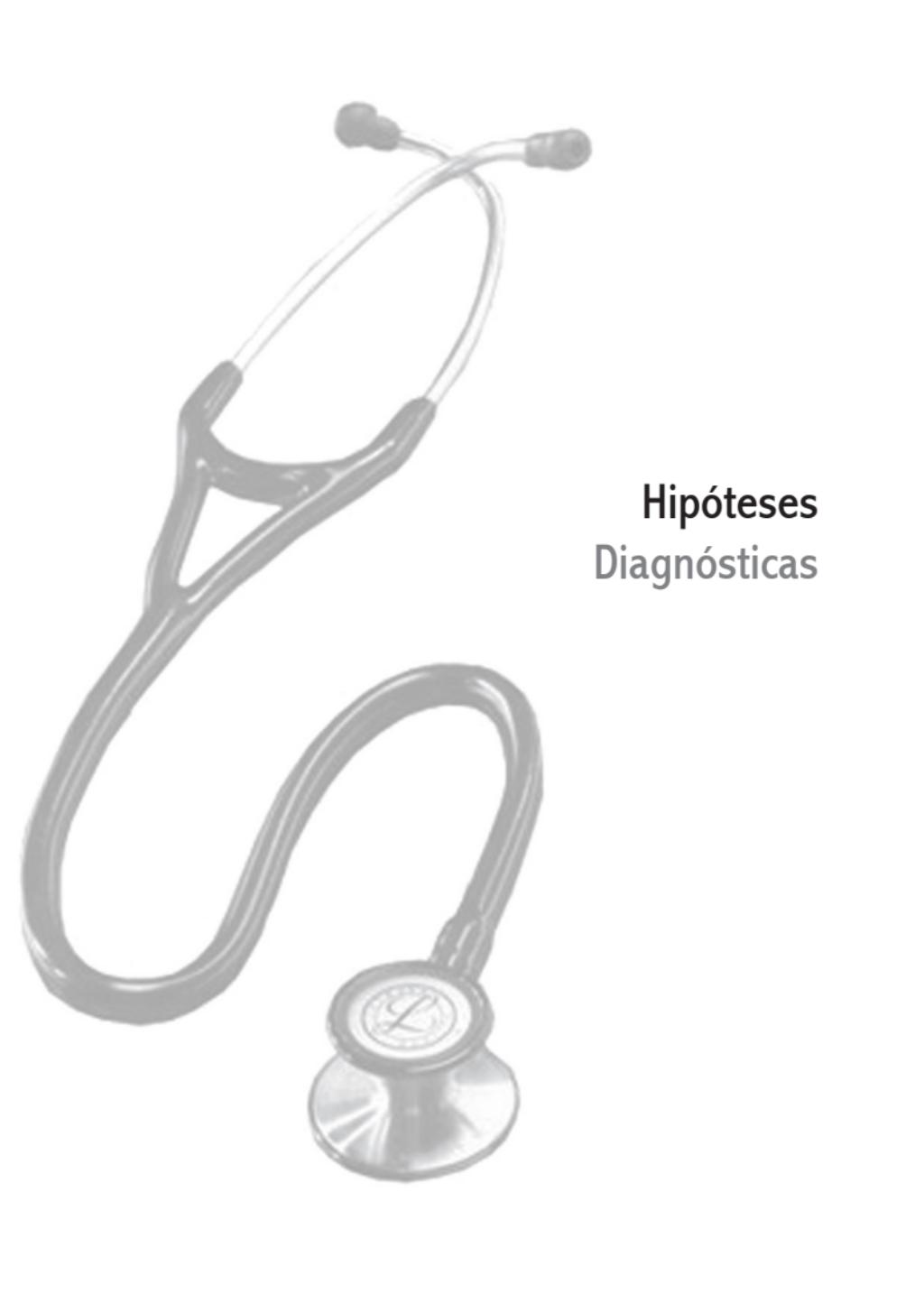
- Sinal do canivete: ao tentar aumentar o ângulo da articulação do cotovelo do membro flexionado, encontra-se uma resistência inicial que, quando vencida, resulta em um movimento livre;
- Sinal da roda dentada: ao tentar aumentar o ângulo da articulação do cotovelo do membro flexionado, encontra-se uma resistência inicial que é vencida por etapas, assemelhando-se aos movimentos de uma roda dentada;
- Teste de tração do pronador: paciente de pé, permanece com os braços estendidos anteriormente em 90° com o plano vertical com as mãos em supinação e com os olhos fechados por cerca de 30 segundos. A pronação de um dos antebraços sugere lesão contralateral do trato corticoespinhal, enquanto que a tração para o lado ou para cima indica perda do sentido de posição;
- Prova calcanhar-joelho: paciente em decúbito dorsal é orientado a tocar o calcanhar do lado sob exame no joelho contra-lateral. Posteriormente pede-se o paciente para repetir a manobra com os olhos fechados. Na prova sensibilizada, o paciente desliza o calcanhar através da crista tibial, no sentido ascendente, até tocar o joelho;
- Prova dedo-nariz: paciente estende o braço lateralmente, tenta tocar o dedo na ponta do nariz em movimentos sucessivos com os olhos abertos e fechados;

- Teste de Romberg: solicitar ao paciente que permaneça em pé sem apoio, com os pés lado a lado por 5 a 10 segundos, em seguida que feche os olhos e permaneça na mesma posição por mais 5 a 10 segundos. A prova será considerado Romberg positivo, se apresentar instabilidade, com tendência à queda;
- Rigidez de nuca: estando o paciente em decúbito dorsal, o examinador tenta flexionar a cabeça com uma das mãos na região occipital. Há rigidez de nuca quando existe resistência a esse movimento;
- Prova de Kernig: paciente em decúbito dorsal. Estando a coxa fletida em 90º com a perna e com a pelve, realiza-se a extensão da perna. A prova é positiva se o procedimento resulta em desconforto ou dor ao longo da porção posterior do membro inferior examinado. É sugestivo de irritação meníngea quando é positivo bilateralmente;
- Prova de Brudzinski: paciente em decúbito dorsal. O examinador apóia uma das mãos sobre o tórax do paciente e a outra sob a região occipital, executando o movimento de flexão forçada da cabeça. A prova é positiva quando o paciente flexiona os joelhos e o quadril e/ou expressa dor;
- Prova de Lasègue: descrita no exame do sistema locomotor (*pág. 80*);
- Sinal de Babinski: um estímulo na região plantar lateral do pé com objeto de ponta romba, no sentido do calcanhar em direção ao hálux. Resulta em extensão do hálux, associada ou não à abertura em leque dos demais dedos do mesmo pé.



Lista de Problemas

- Aspectos clínicos
- Aspectos epidemiológicos
- Dados de exames complementares



Hipóteses Diagnósticas

- Diagnóstico sindrômico
- Diagnóstico clínico
- Diagnóstico anatômico
- Diagnóstico etiológico



**Conduta e
Assinaturas**

- Orientações gerais e específicas
- Conduta terapêutica (medicamentosa ou não)
- Solicitação de exames complementares
- Consultoria/encaminhamento



Documentos da Rotina Médica

- Anexo A – Ficha de Exame Clínico
- Anexo B – Ficha de Evolução Clínica
- Anexo C – Ficha de Relatório de Alta
- Anexo D – Ficha de Resultados de Exames Complementares
- Anexo E – Declaração de Óbito

ANEXO A – Ficha de Exame Clínico

I – Anamnese

Identificação

Nome: _____

Nº prontuário/leito/enfermaria: _____

Idade: ____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: M () F () Cor: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Profissão: _____

Grau de instrução: () analf. () 1º grau () 2º grau () Superior

Religião: _____

Nome da mãe: _____ Procedência: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ E-mail: _____

Plano de saúde: _____

Fonte de informação: _____ Data da admissão: ____ / ____ / ____

Local, data e hora do Exame Clínico: _____

História Clínica

1. Queixa Principal (QP): _____

2. História da Doença Atual (HDA):

3. História Pessoal:

a) Fisiológica (HPF):

b) Patológica Pregressa (HPPP) e Doenças Preexistentes:

4. História Epidemiológica (HE) e Ações Preventivas:

5. História Familiar e Familiar (HF):

6. História Social (HS):

7. Interrogatório Sintomatológico (IS):

a) Sintomas Gerais: _____

b) Pele e Fâneros: _____

c) Cabeça: _____

d) Pescoço: _____

e) Tórax: Mamas, Sistema Respiratório e Cardiovascular:

f) Sistema Digestório e Abdome:

g) Região Inguinal: _____

h) Região Perineal: _____

i) Sistema Genital: _____

j) Sistema Urinário: _____

k) Sistema Locomotor: _____

l) Sistema Hemolinfopoiético:

m) Sistema Endócrino: _____
n) Sistema Vascular Periférico: _____

o) Sistema Nervoso: _____
p) Psiquismo: _____

Exame Físico

Sinais Vitais

1. Temperatura _____
2. Pulso _____
3. Freqüência respiratória _____
4. Pressão arterial _____

Geral (Somatoscopia ou Ectoscopia)

1. Estado Geral _____
2. Nível de consciência _____
3. Estado nutricional _____
4. Estado de hidratação _____
5. Fácies _____
6. Biotipo, tipo constitucional ou tipo morfológico _____
7. Peso e Medidas antropométricas _____
8. Atitude _____
9. Marcha _____
10. Fala _____
11. Movimentos involuntários _____
12. Mucosas _____
13. Pele _____
14. Fâneros _____
15. Musculatura _____

Exame Físico Especial ou Segmentar

1. Cabeça _____
2. Pescoço _____
3. Tórax e Sistema Respiratório _____

4. Sistema Cardiovascular _____
5. Sistema Digestório e Abdome _____
6. Região Inguinal _____
7. Região Perineal, Anus e Reto _____
8. Sistema genital _____
9. Sistema Urinário _____
10. Sistema Locomotor _____
11. Sistema Vascular Periférico _____
12. Sistema Nervoso _____

Lista de Problemas

Hipóteses Diagnósticas

Conduta

Assinatura e carimbo do Acadêmico

Assinatura e carimbo do Residente

Assinatura e carimbo do Médico Responsável

ANEXO B – Ficha de Evolução Clínica

Data	Nome do paciente			Nº do prontuário
Hospital	Clínica	Enfermaria	Leito	

ANEXO C – Ficha de Relatório de Alta

Data	Nome do paciente			Nº do prontuário
Hospital		Clínica	Enfermaria	Leito
Data da admissão	Hora da admissão	Data da alta	Hora da alta	Nº de dias de internamento

Resumo da História clínica e exame físico:

Resultado dos principais exames complementares:

Evolução e complicações:

Terapêutica:

Diagnóstico definitivo:

Condições de Alta:

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Médico Responsável

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Serviço

ANEXO D – Ficha de Resultados de Exames Complementares

Data	Nome do paciente			Nº do prontuário
Hospital	Clínica	Enfermaria	Leito	

Anexar os exames na ordem cronológica

ANEXO E – Ficha de Declaração de Óbito



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		Declaração de Óbito N°				
I Cartório	<input type="checkbox"/> Cartório	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Registro			
	<input type="checkbox"/> Municipio	<input type="checkbox"/> UF	<input type="checkbox"/> Data			
II Identificação do falecido	<input type="checkbox"/> Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Óbito Total	<input type="checkbox"/> Hora			
	<input type="checkbox"/> Nome do falecido	<input type="checkbox"/> RIC	<input type="checkbox"/> Naturalidade			
III Identificação da família	<input type="checkbox"/> Nome do pai	<input type="checkbox"/> Nome da mãe				
	<input type="checkbox"/> Data de Nascimento	<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Anos completos			
IV Ocorrencia	<input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vizinhos <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> União ¹ <input type="checkbox"/> Agredido	<input type="checkbox"/> Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1-Nonense <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-12 ou mais <input type="checkbox"/> 6-Ignorante	<input type="checkbox"/> Moradia da 1ª etapa <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Morada <input type="checkbox"/> Ignorante	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M-Mas <input type="checkbox"/> F-Fem. <input type="checkbox"/> 1-Homem <input type="checkbox"/> 2-Mulher		
	<input type="checkbox"/> Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	<input type="checkbox"/> Cidade	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	
V Óbito e morte que o sucede	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Municipio de residência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF		
	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1-Hospital <input type="checkbox"/> 2-Outro estab., salão <input type="checkbox"/> 3-Domicílio <input type="checkbox"/> 4-Via pública <input type="checkbox"/> 5-Outros <input type="checkbox"/> 6-Ignorante	<input type="checkbox"/> Endereço <input type="checkbox"/> Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1-Nonense <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-12 ou mais <input type="checkbox"/> 6-Ignorante	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo da atividade da mãe <input type="checkbox"/> 1-Aprendiz <input type="checkbox"/> 2-Doméstica <input type="checkbox"/> 3-Empresária <input type="checkbox"/> 4-Trabalho <input type="checkbox"/> 5-Administrador <input type="checkbox"/> 6-Ignorante	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF	
VI Óbito e morte que o sucede	<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência , se for do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc)	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> Código	
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Municipio de ocorrência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF	<input type="checkbox"/> Código	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAL E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE						
I Cartório	<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1-Nonense <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-12 ou mais <input type="checkbox"/> 6-Ignorante	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo da atividade da mãe <input type="checkbox"/> 1-Aprendiz <input type="checkbox"/> 2-Doméstica <input type="checkbox"/> 3-Empresária <input type="checkbox"/> 4-Trabalho <input type="checkbox"/> 5-Administrador <input type="checkbox"/> 6-Ignorante	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF	
	<input type="checkbox"/> Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1-Maior de 32 <input type="checkbox"/> 2-De 32 a 37 <input type="checkbox"/> 3-De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 4-De 41 a 42 <input type="checkbox"/> 5-De 42 a 43 <input type="checkbox"/> 6-De 43 a 44 <input type="checkbox"/> 7-De 44 a 45 <input type="checkbox"/> 8-De 45 a 46 <input type="checkbox"/> 9-Ignorante	<input type="checkbox"/> Tipo do Gravidez <input type="checkbox"/> 1-Unica <input type="checkbox"/> 2-Dupla <input type="checkbox"/> 3-Tripla e mais <input type="checkbox"/> 4-Ignorante	<input type="checkbox"/> Tipo do parto <input type="checkbox"/> 1-Vaginal <input type="checkbox"/> 2-Descolamento <input type="checkbox"/> 3-Trabalho <input type="checkbox"/> 4-Ignorante	<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1-Antes <input type="checkbox"/> 2-Durante <input type="checkbox"/> 3-Depois <input type="checkbox"/> 4-Ignorante	<input type="checkbox"/> Código	
II Óbito e morte que o sucede	<input type="checkbox"/> CUSTOS EM MULHERES <input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ? <input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante o puerpério ? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> Peso ao nascer <input type="checkbox"/> 1-1000g <input type="checkbox"/> 2-1001 a 1500g <input type="checkbox"/> 3-1501 a 2000g <input type="checkbox"/> 4-2001 a 2500g <input type="checkbox"/> 5-2501 a 3000g <input type="checkbox"/> 6-3001 a 3500g <input type="checkbox"/> 7-3501 a 4000g <input type="checkbox"/> 8-4001 a 4500g <input type="checkbox"/> 9-Ignorante	<input type="checkbox"/> ASISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocausou a morte <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF	
	<input type="checkbox"/> Duração ou estadiamento que recaiu diretamente a morte	<input type="checkbox"/> Crise(s) ? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> Necropsia ? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF	
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:						
I Cartório	<input type="checkbox"/> Exame complementar	<input type="checkbox"/> Exame clínico	<input type="checkbox"/> Exame anatômico	<input type="checkbox"/> Exame toxicológico	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	
	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	
CAUSAS DA MORTE - EXISTE SORTEIO UM DIAGNÓSTICO POR LERNA						
I Cartório	PARTE I Outra ou outras mortes que recaiu diretamente a morte					<input type="checkbox"/> Diagnóstico
	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> Devi(a) ao como consequência de <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Diagnóstico
I Cartório	CAUSAS ANTECEDENTES Existe mortes, se existirem, que produziram a morte ou que contribuíram para a morte, mencionando os últimos 5 dias Ligar a causa básica					<input type="checkbox"/> Diagnóstico
	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> Devi(a) ao como consequência de <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Diagnóstico
PARTE II Outras condições significativas que contribuem para a morte, que não rebaixam, porém, na causa básica						
I Cartório	<input type="checkbox"/> Nome do médico	<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> O médico que atendeu atendou ao falecido ? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Botulito <input type="checkbox"/> 3-ML <input type="checkbox"/> 4-EVD <input type="checkbox"/> 5-Outros			
	<input type="checkbox"/> Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	<input type="checkbox"/> Data do atestado	<input type="checkbox"/> Assinatura			
PROVISÓRIAS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter incitante epidemiológico)						
I Cartório	<input type="checkbox"/> Tipo <input type="checkbox"/> 1-Accidente <input type="checkbox"/> 2-Suicide <input type="checkbox"/> 3-Homicídio <input type="checkbox"/> 4-Outros <input type="checkbox"/> 5-Ignorante	<input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorante	<input type="checkbox"/> Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1-Sobrenome da Ocorrência <input type="checkbox"/> 2-Hospital <input type="checkbox"/> 3-Família <input type="checkbox"/> 4-Outra <input type="checkbox"/> 5-Ignorante	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF	
	<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	<input type="checkbox"/> Declaração	<input type="checkbox"/> Testemunhas <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF	
SE A OCORRÊNCIA FOR EM TERRITÓRIO PÚBLICO, ANOTAR O ENDEREÇO Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)						
IX Lerem-se Sobre Médico						

Bibliografia consultada e recomendada

AUSIELLO, D.; GOLDMAN, L. **Cecil: tratado de medicina interna.** 22^a ed. Elsevier, 2005.

BALLINGER, A. S.; PATCHETT, S. **Manual de fundamentos da clínica médica.** 3^a ed. São Paulo: Santos Ed., 2001.

BATES, B.; BICKLEY, L. S.; HOEKELMAN, R. A. **Propedêutica Médica.** 8^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BENSEÑOR, I. M.; MARTINS, M. A.; ATTA, J. A. **Semio-
logia clínica.** 1^a ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

BEVILACQUA, F.; BENSOUSSAN, E.; JANSEN, J. M.; CASTRO, F. S. **Manual do exame clínico.** 13^a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

EPSTEIN, O.; PERKIN, G. D.; COOKSON, J.; BONO, D. P. **Exame clínico.** 3^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2004.

FARRERAS, V. P. **Medicina Interna.** 13^a ed. Madrid: Mosby, 1995.

FORBES, Charles D.; William F. Atlas colorido e texto de clínica médica. 2.ed. São Paulo: Manole, 1998.

GONZALES, R.F; BRANCO, R. A Relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

HARRISON,T.R.; et al. Harrisom Medicina Interna. 16^a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

HARVEY, A. McGehee, Diagnóstico Diferencial: Interpretação da Evidência Clínica. 3^a ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

HEBERT, S.; XAVIER, R.; PARDINI Jr, A. G.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia: princípios e práticas. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOPPENFELD, Stanley. Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

KAHAN. S.; SMITH, E. G. Sinais e sintomas em uma página. 1^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LÓPEZ, M. Fundamentos da clínica médica: a relação paciente-médico. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

LÓPEZ, M. O processo diagnóstico nas decisões clínicas : ciência, arte, ética. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 4^a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5^a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

MACBRYDE, C. M. Sinais e Sintomas: Fisiopatologia Aplicada e Interpretação Clínica. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

MOORE, K. Anatomia Orientada para a Clínica. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. A Neurologia que todo médico deve saber. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

PORTO, Celmo Celeno. Exame clínico: bases para a prática médica. 5^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004

PORTO, Celmo Celeno. Semiologia Médica. 5^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RAMOS, Jr. J. Semiotécnica da Observação Clínica: Fisiopatologia dos Sintomas e Sinais. 7^a ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

RODRIGUES, Y.T.; RODRIGUES, P. P. B. Semiologia pediátrica. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROMEIRO, J. V. Semiologia Médica. 11^a ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1964.

ROMEIRO, J. V. Semiologia Médica. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

ROSA, A. A. A.; SOARES, J. L. M. F; BARROS, E. Sintomas e sinais na prática médica. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SALUM, F. A. Dicionário de sinais & síndromes e outros termos médicos: para o acadêmico de medicina. 3^a ed. rev. atual. e ampl. Goiânia: AB Ed., 2005.

SANTANA, J.C.; KIPPER, D. J.; FIORE, R. W. **Semiologia pediátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SEIDEL, H. M.; BALL, J. W; et al. **Mosby Guia de Exame Físico**. 1^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, R. M. **Semiologia para o estudante de medicina**. 1^a ed. Tubarão, SC: UNISUL, 2005.

SILVEIRA, I.C. **Dicionário de sinais e sintomas no diagnóstico**. 3. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2002.

STEFANI, S. D.; BARROS, E. **Clínica médica: consulta rápida**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

STERN, S.D.C.; CIFU, A. S.; ALTKORN, D. **Do sintoma ao diagnóstico: um guia baseado em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SURÓS Forns, Juan. **Semiología Médica e Técnica Exploratoria**. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

SUSTOVICH, D. R. **Semiologia do idoso para o clínico**. São Paulo: Sarvier, 1999.

SWARTZ, MARK H. **Tratado de Semiología Médica**. 1^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

TALLEY, N. J.; O'CONNOR, S. **Exame clínico: um guia do diagnóstico físico**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

WILLMS, J. L.; SCHNEIDERMAN, H.; et all. **Physical Diagnosis Bedside Evaluation of Diagnosis and Function**. Baltimore: Williams, 1994.

Este livro foi composto na fonte ZapfCalligr BT, corpo 9 e 16, Abadi MT Condensed, corpo 10 e 16. O miolo foi impresso em papel Ap 75 g/m² e a capa em Ap 150 g/m², na Gráfica LCR em outubro de 2008.

"Este instrumento presta-se a resgatar uma síntese da sistematização do exame clínico, que previamente deverá ser estudado de forma detalhada e aprofundada em diversas fontes, pois cada uma delas se reveste de nuances que somente quem as navega, poderá processar e assimilar os sentimentos, as mensagens e os ensinamentos transmitidos por seus autores."