



## **ÍNDICE DO CAPÍTULO**

### **PARTE 1: ANAMNESE**

- 1. O QUE É A ANAMNESE?**
  
- 2. SINTOMAS, SINAIS, SÍNDROME E ENTIDADE NOSOLÓGICA**
  - a. Sintoma
  - b. Sinal
  - c. Síndrome
  - d. Entidade nosológica
  
- 3. RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO**
  - a. Conceito de Raciocínio Clínico
  - b. Pensamento Crítico
  - c. Métodos de Hipótese
  
- 4. DADOS ESSENCIAIS DA ANAMNESE**
  
- 5. COMPONENTES PARA UMA ANAMNESE EFICAZ**

### **PARTE 2: EXAME FÍSICO**

- 1. INTRODUÇÃO AO EXAME FÍSICO**
  
- 2. EXAME FÍSICO GERAL**
  - a. Estado geral
  - b. Estado mental
  - c. Avaliação cutânea
  - d. Expressão facial (Fácies)
  - e. Postura
  - f. Locomoção
  - g. Tipo morfológico
  
- 3. EXAME DO APARELHO RESPIRATÓRIO**
  
- 4. EXAME DO APARELHO CARDIOVASCULAR**
  
- 5. EXAME DO APARELHO DIGESTÓRIO**

## 6. EXAME NEUROLÓGICO

- a. Exame dos Nervos Cranianos
- b. Exame da Sensibilidade
- c. Exame motor
- d. Exame da coordenação

## **PARTE 1 - ANAMNESE**

### **1) O QUE É ANAMNESE?**

A anamnese baseia-se mais em probabilidades do que em certezas absolutas. O conceito de probabilidade indica que o valor preditivo de um teste ou achado clínico não se apoia apenas em sua sensibilidade e especificidade, mas também na probabilidade prévia, ou seja, na prevalência da doença na população em questão. O raciocínio clínico pode ser descrito como um conjunto de processos cognitivos pelos quais os profissionais de saúde selecionam, interpretam, analisam e combinam informações para fundamentar suas decisões.

A entrevista médica é simultaneamente uma arte e uma habilidade, sendo predominantemente centrada no paciente. Esta abordagem “incentiva o paciente a compartilhar o que considera mais relevante, permitindo que ele expresse suas preocupações pessoais além dos sintomas”, criando assim uma narrativa que integra “o contexto pessoal dos sintomas e da condição do paciente.” Especialistas caracterizam a entrevista centrada no paciente como “seguir a direção do paciente para compreender seus pensamentos, ideias, preocupações e solicitações, sem adicionar informações provenientes da perspectiva do médico.”

Em contraste, uma abordagem mais focada nos sintomas e centrada no médico “orienta a intervenção com o objetivo de coletar dados sobre sintomas e outras informações que auxiliam na identificação de uma doença específica.” Essa estratégia pode levar a uma falha em reconhecer as dimensões pessoais da doença. As evidências indicam que os pacientes se beneficiam mais da combinação desses dois estilos de entrevista, resultando em uma compreensão mais abrangente da condição do paciente e na demonstração de atributos como respeito, empatia, humildade e sensibilidade. As evidências atuais mostram que essa abordagem, além de ser satisfatória tanto para o paciente quanto para o médico, promove os resultados de saúde desejados.

A avaliação do paciente envolve a integração de elementos essenciais do cuidado clínico, que incluem escuta empática, a habilidade de entrevistar pacientes de diversas idades, estados emocionais e origens, técnicas de exame para os vários sistemas orgânicos e, por fim, o processo de raciocínio clínico. Com o tempo, sua experiência na coleta da anamnese e na realização do exame físico se aprimorará, e as etapas do raciocínio clínico começarão a se manifestar desde os primeiros momentos do encontro com o paciente. Isso envolve a identificação de sintomas e achados anormais, a correlação desses achados com um processo fisiopatológico ou psicopatológico subjacente, e a formulação e teste de um conjunto de hipóteses explicativas. A evolução por meio dessas etapas revelará o perfil multifacetado do paciente que você atende. Paradoxalmente, as mesmas habilidades que permitem avaliar qualquer paciente também ajudam a enxergar a singularidade do ser humano que está sob seus cuidados.

À medida que você desenvolve suas habilidades para coletar a anamnese e realizar o exame físico, você se deparará com a questão: “Quão detalhado preciso ser?” e se perguntará: “A avaliação deve ser abrangente ou específica?”. Para pacientes que estão

sendo atendidos pela primeira vez em um consultório ou hospital, a prática comum é conduzir uma avaliação abrangente que inclua todos os componentes da anamnese e um exame físico completo. No entanto, em muitas situações, pode ser mais apropriado adotar uma abordagem mais flexível, com uma avaliação orientada por problemas ou focalizada, especialmente no caso de pacientes que você já conhece e que estão retornando para uma consulta de rotina, ou para aqueles com preocupações específicas e urgentes, como dor de garganta ou dor de joelho. Você deve ajustar o escopo da anamnese e do exame físico de acordo com a situação, considerando diversos fatores, como a magnitude e a gravidade dos problemas do paciente, a necessidade de detalhamento, o contexto clínico (se em ambiente hospitalar ou ambulatorial, atendimento primário ou subespecialidades) e o tempo disponível. O domínio de todos os componentes de uma avaliação abrangente permite a seleção dos elementos mais relevantes nas queixas do paciente, mantendo assim tanto os padrões clínicos das melhores práticas quanto a precisão diagnóstica. Como pode ser observado, o exame abrangente vai além da avaliação dos sistemas corporais; ele serve como uma fonte de conhecimento fundamental e personalizado sobre o paciente, fortalecendo a relação entre o profissional de saúde e o paciente. A maioria das pessoas que busca cuidados de saúde apresenta preocupações ou sintomas específicos, e um exame abrangente oferece uma base mais completa para abordar essas preocupações e responder às perguntas dos pacientes.

No caso de um exame mais focalizado, você escolherá os métodos adequados para realizar uma avaliação detalhada do problema em questão. Os sintomas, a idade e o histórico de saúde do paciente ajudam a determinar a extensão do exame focalizado, assim como seu conhecimento sobre padrões de doenças. Por exemplo, entre todos os pacientes que apresentam dor de garganta, é crucial identificar aqueles que podem ter mononucleose infecciosa, que exigiriam uma palpação cuidadosa do fígado e do baço, em contraste com aqueles que simplesmente estão resfriados e não necessitam desse exame.

## 2) SINTOMA, SINAL, SÍNDROME E ENTIDADE NOSOLÓGICA

### a) Sintoma

É uma sensação subjetiva anormal que o paciente percebe, mas que não é observada pelo examinador através de métodos como inspeção, palpação, percussão ou ausculta. Exemplos incluem dor, náuseas, dormência, insônia e dificuldades digestivas.

### b) Sinal

Refere-se a um dado objetivo que o paciente pode relatar e que o examinador consegue observar por meio de métodos clínicos ou exames complementares. Exemplos de sinais são tosse, edema, cianose, presença de sangue na urina (hematúria) ou condensação pulmonar em radiografias de tórax.

c) Síndrome

Do grego "syndromos", que significa "andar junto", é um conjunto de sinais e/ou sintomas que ocorrem em associação e podem ter diversas causas. Exemplos incluem a síndrome febril, caracterizada por hipertermia, taquicardia, sudorese, tremores, mialgias e artralguas, que podem estar relacionadas a infecções bacterianas, virais, fúngicas ou a neoplasias malignas. Outros exemplos são a síndrome diarreica, síndrome dolorosa e síndrome consumptiva.

d) Entidade nosológica

Refere-se, em geral, a uma doença bem definida que envolve alterações na função de órgãos ou sistemas, ou até mesmo a perda dessas funções, com suas respectivas consequências e repercussões. Existem doenças nas quais não podemos intervir ou onde a intervenção é muito limitada, como as doenças genéticas. Por outro lado, há doenças com causas bem definidas que podem ser curadas, como infecções bacterianas, virais ou fúngicas. Em algumas condições, conseguimos intervir de forma específica, como reduzir ou eliminar o edema na insuficiência cardíaca, mesmo sem restaurar completamente a função. Em outras situações, a participação do paciente é essencial, como em modificações de hábitos de vida, por exemplo, parar de fumar na doença pulmonar obstrutiva crônica, restringir carboidratos na dieta dos diabéticos, realizar atividades físicas em doenças cardiovasculares ou perder peso na obesidade.

A entidade nosológica é uma condição clínica cuja história natural é reconhecida total ou parcialmente, com características que conferem a ela personalidade e individualidade, permitindo sua catalogação e identificação.

### 3) RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

a) Conceito de Raciocínio Clínico

Entende-se como diagnóstico clínico a identificação de uma entidade nosológica (doença), contemplando aspectos técnicos e operacionais necessários ao seu reconhecimento, posterior registro e catalogação junto ao serviço de documentação científica e ao Código Internacional de Doenças. Não é um processo estático, sendo permeado de componentes variados da pessoa quando enferma (como os aspectos emocionais, sociais e situacionais), razão pela qual alguns autores propõem a substituição do conceito de diagnóstico como objetivo da consulta por "processo de resolver problemas médicos" (Titton, 1988).

O raciocínio clínico usa, na verdade, os princípios e as habilidades do pensamento crítico (critical thinking), que é o processo intelectualmente disciplinado para, ativa e habilmente, conceituar, aplicar, analisar, sintetizar e/ou avaliar uma informação, obtida ou gerada por observação, experiência, reflexão ou comunicação, como um guia para o aprendizado ou para a ação. O pensamento crítico é baseado em valores intelectuais que transcendem os conteúdos, tais como: clareza, acurácia, precisão, consistência, relevância, sólida evidência, profundidade, extensão e fidelidade (Gordan, 2017).

A resolução de um problema médico tem um ponto inicial claro e uma meta bem definida. A tarefa de resolver um problema de saúde (diagnóstico) consiste em achar o

caminho entre estes dois pontos. O método científico de testar hipóteses procurando qual das alternativas deixa a meta final mais próxima é o que deve ser aplicado em regra. Pode ser centrado em sintomas quando o conjunto de sintomas é comparado com o grupo de doenças que os apresentam, formando um grupo reduzido de possibilidades. É o reconhecimento de “padrões”. A identificação se aclara quando apenas uma doença se encaixa e permanece, justificando o quadro clínico apresentado.

O método também pode ser centrado na doença. Formulando-se a interrogação: tem o paciente a doença X? Conhecendo Se os sintomas reveladores, o arquétipo das entidades nosológicas e respectiva história natural, podemos checar no paciente quais dados serão úteis para o diagnóstico.

Grande parte deste processo é puramente mental, com elementos analógicos (intuição) atuando de forma intensa com os elementos lógicos (raciais) decorrentes da formação médica (cultura) e do aprendizado prático (habilidades e competências).

#### b) Pensamento Crítico

Esse processo não é estático, mas sim dinâmico, sendo influenciado por diversos componentes da pessoa que está doente, incluindo fatores emocionais, sociais e situacionais. Por essa razão, alguns autores sugerem substituir o conceito de diagnóstico como o objetivo principal da consulta por um “processo de resolução de problemas médicos” (Titton, 1988).

A resolução de um problema médico começa com um ponto inicial claro e uma meta definida. A tarefa de diagnosticar uma condição de saúde envolve encontrar o caminho entre esses dois pontos. O método científico de testar hipóteses busca identificar qual alternativa se aproxima mais da meta final e deve ser aplicado como regra. O raciocínio pode ser centrado nos sintomas, quando um conjunto de sintomas é comparado com um grupo de doenças que os apresentam, reduzindo assim as possibilidades. Trata-se do reconhecimento de “padrões”. A identificação se torna mais clara quando apenas uma doença se encaixa e justifica o quadro clínico apresentado.

#### c) Métodos de Hipóteses Diagnostica

O método hipotético-dedutivo, também conhecido como método crítico ou de tentativa e erro, foi apresentado por Popper no início do século XX. Ao identificar um problema, o pesquisador propõe uma hipótese como uma possível explicação. Em seguida, deduz-se a partir dessa hipótese os testes que podem servir para refutá-la. Se os resultados desses testes refutarem a hipótese, esta é descartada. Se os resultados não a refutarem, a hipótese é apoiada ou corroborada. É fundamental compreender bem o que se entende por hipótese e pelo método hipotético-dedutivo. Uma hipótese é uma declaração afirmativa que está relacionada a um fenômeno. Refere-se a uma proposição que pode ser verdadeira ou falsa, embora, na prática, sempre haja uma incerteza quanto à sua veracidade ou falsidade. O método hipotético-dedutivo consiste no processo de verificação da hipótese. Através da hipótese, é possível deduzir quais testes precisam ser feitos para medir sua plausibilidade (nível de verdade ou falsidade da hipótese).

#### 4) DADOS ESSENCIAIS DA ANAMNESE

Aqui estão os pontos essenciais a serem abordados na anamnese abrangente do adulto, organizados em sete componentes principais. Mas antes disso, lembre-se sempre de alguns comportamentos fundamentais durante a execução.

Escuta Ativa: Ouvir atentamente e compreender o estado emocional do paciente.

Respostas Empáticas: Criar vínculo e empatia, reconhecendo e aceitando os sentimentos do paciente.

Questionamento Direcionado: Fazer perguntas que ajudem a expandir e esclarecer a história do paciente, evitando interrupções.

Validação e Empoderamento do Paciente: Reconhecer e validar as preocupações do paciente, incentivando sua participação ativa no processo.

a) Dados de Identificação

Inclui informações como idade, sexo, profissão e estado civil do paciente.

b) Fonte da Anamnese

Normalmente, o paciente é a fonte, mas pode ser um familiar, amigo, encaminhamento ou prontuário. Se relevante, deve-se identificar a origem do encaminhamento, que pode exigir um relatório escrito.

c) Confiabilidade

A confiabilidade das informações pode variar de acordo com a memória, a confiança e o estado emocional do paciente.

d) Queixa Principal

Identifica um ou mais sintomas que motivaram a busca por atendimento. É importante entender detalhadamente a queixa principal, como surgiu, sentimentos do paciente sobre a doença e dados relevantes da revisão de sistemas, além de informações sobre medicações, alergias e hábitos como tabagismo e etilismo.

e) História Patológica Pgressa

Investigação de doenças passadas, incluindo infância e adultas, categorizadas em clínica, cirúrgica, obstétrica/ginecológica e psiquiátrica. Também se inclui práticas de manutenção de saúde, como imunizações e exames de rastreamento.

f) História Familiar

Esboça um diagrama de saúde e histórico de doenças de familiares (irmãos, pais e avós), documentando a presença de doenças específicas na família, como hipertensão e doenças coronarianas.

g) História Pessoal e Social

Descreve aspectos como escolaridade, família de origem, domicílio atual, interesses pessoais e estilo de vida.

## 5) COMPONENTES PARA UMA ANAMNESE EFICAZ

Esses componentes e técnicas são fundamentais para uma anamnese eficaz, promovendo um ambiente de confiança e compreensão entre o profissional de saúde e o paciente.

Para estabelecer uma parceria eficaz com os pacientes, é fundamental comunicar claramente o compromisso de apoio contínuo, independentemente da evolução da doença. Aqui estão algumas estratégias para fortalecer essa relação:

a) Compromisso de Apoio

Deixe explícito que você está comprometido em acompanhar o paciente em sua jornada de saúde, reforçando que estará presente em todas as etapas do tratamento.

b) Resumindo a Entrevista

Durante a conversa, é importante resumir o que o paciente compartilhou. Isso não apenas demonstra que você está ouvindo atentamente, mas também ajuda a identificar informações que ainda precisam ser exploradas. Por exemplo: “Para confirmar, você mencionou que está tossindo há 3 dias, principalmente à noite, e que o escarro é amarelo. Não apresentou febre, mas tem congestão nasal e dificuldade para respirar pelo nariz. Há mais algo que gostaria de adicionar?”

c) Momentos de Resumo

Utilize resumos em diferentes momentos da entrevista, especialmente em transições, para estruturar a conversa e facilitar a comunicação. Isso ajuda a organizar seu raciocínio clínico e torna a relação mais colaborativa.

d) Evoque a Percepção do Paciente

Esteja atento e sensível às percepções do paciente sobre sua condição, mostrando que você está interessado em entender sua experiência de forma mais ampla.

e) Interesse na Pessoa

Demonstre interesse não apenas na questão médica, mas também na vida e na história do paciente, criando uma conexão mais profunda.

f) Siga a Liderança do Paciente

Permita que o paciente guie a conversa em certos momentos, respeitando suas preocupações e prioridades.

g) Validação Emocional

Incite e valide os sentimentos do paciente, reconhecendo a importância das emoções no processo de cura.

h) Compartilhamento de Informações

Mantenha o paciente informado, especialmente durante transições na visita, para que ele compreenda o que está acontecendo.

i) Transparência no Raciocínio

Explique seu raciocínio de forma clara, permitindo que o paciente veja como você chegou a determinadas conclusões.

j) Reconhecimento de Limites

Seja honesto sobre os limites do seu conhecimento e das opções de tratamento, o que ajuda a construir confiança.

A imagem que você descreve reflete a importância da interação entre o profissional de saúde e o paciente, enfatizando a percepção mútua durante a consulta. Assim como o estudante ou profissional observa o paciente, este também avalia o comportamento e a apresentação do profissional. Mensagens são transmitidas não apenas por palavras, mas também pela postura, gestos, contato visual e tom de voz, que comunicam interesse e compreensão. Um entrevistador habilidoso mantém a calma, mesmo em situações de tempo limitado, evitando reações que possam transmitir desaprovação ou impaciência.

O profissional deve manter uma atitude profissional que inspire confiança, demonstrando estabilidade e aceitação. A aparência pessoal também desempenha um papel significativo; pacientes tendem a se sentir mais confortáveis com profissionais que se apresentam de maneira organizada e apropriada.

A arrumação do ambiente é crucial. Idealmente, as consultas devem ocorrer em locais tranquilos e confortáveis. Quando isso não é possível, como em um pronto-socorro, o profissional deve fazer o possível para criar um ambiente acolhedor, como ajustar a temperatura e, se necessário, usar biombos para garantir privacidade.

Nos primeiros momentos da consulta, é fundamental estabelecer um vínculo. O profissional deve cumprimentar o paciente pelo nome e se apresentar, explicando seu papel no atendimento. Isso deve ser repetido em consultas subsequentes até que o paciente reconheça o profissional. É preferível utilizar "senhor" ou "senhora" ao se dirigir a adultos, exceto em situações com crianças, a menos que haja permissão para usar o primeiro nome. Se houver dúvidas sobre a pronúncia do nome, é apropriado perguntar ao paciente.

Ao receber visitantes, o profissional deve respeitar a confidencialidade do paciente, permitindo que ele decida se os acompanhantes devem permanecer durante a consulta. O conforto do paciente deve ser uma prioridade, ajudando-o a se acomodar adequadamente e observando sinais de desconforto.

A disposição do espaço, a iluminação e a atenção total ao paciente são elementos essenciais para uma interação bem-sucedida. Durante a consulta, é importante evitar distrações, mantendo o foco no paciente e demonstrando empatia, especialmente ao abordar tópicos sensíveis. O objetivo é criar um ambiente acolhedor que promova a confiança e a comunicação efetiva.

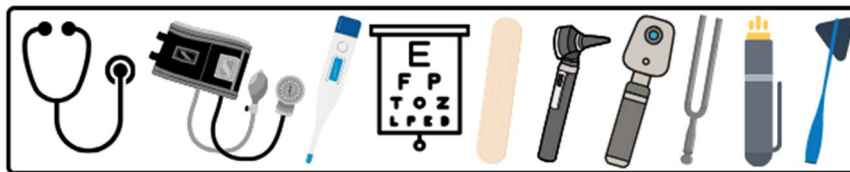
## PARTE 2 - EXAME FÍSICO

### 1) INTRODUÇÃO

O exame físico é uma das etapas mais importantes na prática médica, sendo fundamental para o correto diagnóstico e manejo das condições salutaras dos pacientes. Apesar dos avanços tecnológicos na área médica e de pesados investimentos na obtenção de exames laboratoriais e de imagem mais sensíveis e específicos, o exame físico perpetua-se, juntamente com a anamnese, como um dos principais identificadores dos sinais sugestivos de doenças específicas ou de demais condições concomitantes (HAMPTON, 1975), (ROSHAN, 2000), (SUMMERTON, 2008).

Antes mesmo de “colocar a mão na massa”, é necessário garantir um preparo adequado do ambiente, preocupando-se com a higiene, a iluminação e a privacidade do local. Desse modo, garantir-se-á que o exame seja feito de modo confortável não só ao profissional, mas também ao paciente. Para sua execução, sugere-se que o profissional disponha previamente de alguns instrumentos básicos tais como: estetoscópio, esfigmomanômetro, martelo neurológico, diapasão, tabela de Snellen, abaixador de língua, termômetro, otoscópio, oftalmoscópio e lanterna clínica, por exemplo (Figura 1).

Figura 1 - Sugestão de kit para uso na prática clínica.



Fonte: Elaborado pelo autor, programa de criação de imagens Canva

Passada a anamnese minuciosa, chegou a hora de realizar a avaliação física! Contudo, para melhor caracterização e identificação das hipóteses diagnósticas, o exame físico não pode ser feito de qualquer maneira, devendo-se lançar mão da famosa semiotécnica. Mas, afinal, o que isso significa? Semiotécnica é basicamente um termo utilizado para se referir aos principais métodos úteis à identificação dos sinais de uma doença, sendo composta por 4 habilidades principais: inspeção, palpação, ausculta e percussão.

*Inspeção* - Nessa etapa, você utilizará o sentido da visão para observar cuidadosamente aspectos do paciente, tais como postura, movimentos, coloração da pele, presença de lesões, edema, assimetrias e entre outros. A inspeção subdivide-se em estática - ou seja, quando o paciente encontra-se em repouso - ou dinâmica - quando se analisam a funcionalidade, a mobilidade e eventuais alterações dos movimentos realizados pelo paciente -.

*Palpação* - Aqui, o examinador utiliza o tato para sentir estruturas anatômicas, avaliando consistência, textura, temperatura, sensibilidade e presença de massas. A palpação pode ser superficial ou profunda.

*Percussão* - Ao bater levemente em uma área do corpo, um ruído sonoro que varia conforme a densidade dos tecidos subjacentes é produzido. Assim, por meio dessa avaliação, anormalidades como derrames pleurais, ascites ou órgãos aumentados podem ser detectadas.

*Ausculta* - Por intermédio da audição, o médico escuta sons gerados dentro do organismo, como batimentos cardíacos, sons respiratórios e peristálticos, podendo fornecer pistas que contribuem para o diagnóstico de uma patologia.

As informações que você verá a seguir foram estrategicamente organizadas, permitindo uma compreensão mais clara e didática de cada etapa do exame físico, facilitando o aprendizado e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

## 2) EXAME FÍSICO GERAL

### a) Estado geral

Subjetivamente, o profissional analisará o paciente de modo amplo, englobando variados fatores reveladores da sua condição de saúde global.

*a.1) BEG (bom estado geral)* - Paciente com aparência saudável, sem sinais graves de doença e/ou desconforto.

*a.2) REG (regular estado geral)* - Paciente com alterações possivelmente indicativas de doença, mas sem comprometimento grave.

*a.3) MEG (mau estado geral)* - Paciente visivelmente comprometido, com condições de saúde severamente debilitadas.

### b) Estado mental

O estado mental refere-se mormente à condição cognitiva de uma pessoa. No exame clínico, é avaliado por meio da observação do comportamento, nível de consciência, orientação, memória, fala e linguagem e capacidade de realizar tarefas cognitivas simples.

*b.1) Nível de consciência* - é um dos aspectos mais críticos no exame do estado mental, sendo uma medida da capacidade do paciente perceber e responder ao ambiente.

*b.1.1) Alerta* - Acordado, respondendo a estímulos, consciente em relação àquilo que ocorre no ambiente.

*b.1.2) Sonolento* - Acorda aos chamados e responde de modo adequado.

*b.1.3) Obnubilado* - Encontra-se em um sono mais profundo e responde em voz alta após algum estímulo moderado.

*b.1.4) Torpor* - Consciência profundamente rebaixada, despertável somente após estímulos vigorosos.





*b.1.5) Coma* - Inconsciente e não respondente a estímulos externos.

Na prática, especialmente em situações emergenciais, a Escala de Coma de Glasgow é usada para rapidamente avaliar o nível de consciência dos pacientes, sejam eles clínicos ou cirúrgicos. Nela, o paciente começa com uma pontuação máxima (15) e

perde pontos proporcionalmente aos déficits constatados pelo avaliador, podendo chegar ao valor mínimo de 3. Os três critérios principais são: a abertura dos olhos, a resposta verbal e a resposta motora, cada um deles recebe uma pontuação específica, que varia conforme a resposta observada.

No ano de 2018, com intuito de obter informações mais precisas sobre o prognóstico do paciente, a reatividade pupilar foi incluída nos antigos critérios. Desse modo, a nova versão (Glasgow-p) pode variar a pontuação de 1 a 15, de modo que devemos subtrair da pontuação anterior 2 pontos (se não houver reatividade em ambas as pupilas), 1 ponto (se não houver reatividade em só uma das pupilas) ou 0 pontos (se as duas pupilas estiverem reagindo normalmente).

Figura 2 - Escala de coma de Glasgow modificada.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
<p><b>ABERTURA OCULAR</b></p> <p>Espontânea ..... 4                      À voz ..... 3                      À dor ..... 2                      Nenhuma ..... 1</p> 	<p><b>RESPOSTA VERBAL</b></p> <p>Orientada ..... 5                      Confusa ..... 4                      Fala inapropriada ..... 3                      Fala incompreensível ..... 2                      Nenhuma ..... 1</p> 	<p><b>RESPOSTA MOTORA</b></p> <p>Obedece a comandos ..... 6                      Localiza a dor ..... 5                      Movimentos de retirada ..... 4                      Flexão anormal ..... 3                      Extensão anormal ..... 2                      Nenhuma ..... 1</p> 	<p><b>RESPOSTA PUPILAR</b></p> <p>Bilateral ..... -2                      Unilateral ..... -1                      Inexistente ..... 0</p> 

Fonte: Elaborado pelo autor, programa de criação de imagens Canva

**b.2) Orientação** - Refere-se à capacidade do paciente de reconhecer adequadamente o ambiente, o tempo e a si mesmo.

*b.2.1) Orientado temporalmente* - paciente sabe qual é o ano, mês, dia da semana e hora aproximada.

*b.2.2) Orientado espacialmente* - paciente reconhece o estado, a cidade, o local e o ambiente em que se encontra.

*b.2.3) Orientado em relação à pessoa* - paciente consegue identificar quem ele é, quem são seus parentes e o médico que lhe atende.

**b.3) Memória** - Dividida em imediata, de curto prazo e de longo prazo, também é um relevante componente na avaliação do estado mental.

*b.3.1) Memória imediata* - é possível avaliá-la solicitando que o paciente repita uma série de números ou palavras imediatamente após ouvi-las.

*b.3.2) Memória de curto prazo* - avaliada pedindo ao paciente que se recorde de informações fornecidas há minutos, tal como a repetição de palavras ou frases ditas durante a consulta.

*b.3.3) Memória de longo prazo* - avaliada solicitando que o paciente se recorde de eventos passados, como informações da sua história pessoal.

**b.4) Fala e Linguagem** - Deve-se atentar para o volume, a velocidade e a qualidade da fala. Algumas das alterações encontradas são dispostas à seguir:

*b.4.1) Disfonia* - refere-se a alteração na qualidade da voz, tal como rouquidão.

*b.4.2) Disartria* - transtornos de articulação da fala.

*b.4.3) Disfasia* - perda da capacidade de expressar ou interpretar as palavras de modo compreensível.

*b.4.4) Dislalia* - pequenas alterações da fala, tal como a substituição de uma letra por outra.

*b.4.5) Disfemia* - conhecida popularmente como gagueira, é um distúrbio de linguagem que afeta o ritmo da fala.

c) Avaliação cutânea

O maior órgão do corpo humano pode fornecer informações relevantes sobre a saúde sistêmica do paciente. Alterações na cor, textura, temperatura e hidratação devem ser atentados.

c.1) *Cor da pele*

*c.1.1) Pálida* - caracterizada pelo descoramento da pele e mucosas, devido à ínfima quantidade de hemoglobina circulante. Pode ser classificada de 1+ até 4++++.

*c.1.2) Ictérica* - presente quando há um acúmulo excessivo de bilirrubinas séricas ou altas concentrações do pigmento caroteno no organismo. Para ratificação, verificam-se, além da pele, as conjuntivas palpebrais e as escleras. Se a icterícia estiver presente, pode ser classificada de 1+ até 4++++. Em caso negativo, diz-se que o paciente é anictérico.

*c.1.3) Cianótica* - representativa de má oxigenação sanguínea periférica ou central, ocorre quando a oxihemoglobina sofre intensa desoxigenação e transforma-se em desoxiemoglobina, conferindo uma coloração azulada às extremidades. Pressionar a polpa digital, no teste de perfusão capilar, possibilita a avaliação da velocidade de perfusão periférica, sendo o limite superior da normalidade para TEC um valor  $\leq 3s$ . O grau de cianose também é classificado utilizando cruzes de 1+ até 4++++, mas, se ausente, afirmamos que o paciente encontra-se acianótico.

*c.1.4) Hiperemiada* - coloração caracteristicamente avermelhada decorrente do aumento do fluxo sanguíneo em uma determinada região.

c.2) *Textura da pele*

*c.2.1) Áspera ou escamosa* - geralmente relacionada à desidratação e à perda da função de barreira da epiderme. Pode estar associada a condições dermatológicas, tais como psoríase e eczema, por exemplo.

*c.2.2) Lisa e fina* - com essa característica, a pele torna-se frágil e suscetível a hematomas. Lembre-se de que o processo natural de envelhecimento leva à perda de componentes fundamentais da derme e resulta em uma pele mais delgada e enrugada.

c.3) *Mucosas* - Devem ser cuidadosamente examinadas, observando-se a coloração (que habitualmente é rósea) e a hidratação. A icterícia e a cianose podem ser melhor identificadas, respectivamente, na mucosa ocular e nos lábios/língua.

c.4) *Edema* - Avaliado pela presença de aumento de volume e depressão à palpação (sinal de Godet). Observe a localização, simetria e extensão do edema, sendo importante para a avaliação da retenção de líquidos e da integridade vascular.

d) Expressão facial (fácies)

Alterações na expressão, no tônus muscular e nas proporções da face podem indicar processos patológicos específicos. A observação detalhada deve incluir a simetria, o movimento dos músculos faciais, a postura dos olhos e a presença de sinais como palidez, rubor ou cianose. Aqui estão algumas das fácies clássicas que são comumente observadas.

d.1) *Fácies parkinsoniana* - Observada em pacientes com doença de Parkinson, a expressão facial torna-se fixa, com redução dos movimentos involuntários, resultando em uma aparência inexpressiva.

d.2) *Fácies cushingoide* - Caracteriza-se por uma face arredondada, chamada de "face em lua cheia", com pele fina e rubor malar. É típica de pacientes com síndrome de Cushing.

d.3) *Fácies mixedematosa* - Comum no hipotireoidismo, essa fácies é caracterizada por edema facial, pele espessa, muitas vezes com uma aparência pálida e amarelada. As pálpebras podem estar inchadas, e os olhos parecem pequenos.

d.4) *Fácies leonina* - Típica da hanseníase em estágio avançado, é caracterizada por espessamento da pele e deformidades faciais, com uma aparência rugosa e nodular, principalmente ao redor do nariz e das sobrancelhas.

d.5) *Fácies febril* - Rubor facial, olhos brilhantes, sudorese e, muitas vezes, uma expressão de cansaço e desconforto.

d.6) *Fácies acromegálica* - Ocorre em pacientes com acromegalia, condição causada pelo excesso de hormônio do crescimento (GH). Caracteriza-se por aumento das estruturas ósseas faciais, com mandíbula proeminente, nariz largo, e lábios e língua aumentados.

e) Postura

A postura do paciente pode revelar deformidades esqueléticas, como escoliose, lordose ou cifose. A presença de dor também pode ser percebida pela postura antálgica,

ou seja, posição adotada pelo paciente para evitar determinadas manifestações desconfortáveis.

f) Locomoção

A locomoção abrange a capacidade de se mover de modo coordenado por intermédio da interação entre o sistema nervoso central e periférico, os músculos, as articulações e os ossos. Um exame adequado deve levar em conta a postura, a amplitude do movimento, a força muscular e a coordenação. A marcha é uma parte importante dessa avaliação, podendo ser caracterizada como:

*f.1) Marcha hemiplégica* - também chamada de marcha ceifante, ocorre em pacientes com sequela de lesão do nervo motor superior. Há impossibilidade de flexão da perna e, por isso, o andar recorda o movimento de uma foice.

*f.2) Marcha parkinsoniana* - diminuição do movimento passivo dos braços, passos hesitantes e curtos, com camptocormia (postura encurvada para frente).

*f.3) Marcha atáxica* - passos caracteristicamente irregulares, cambaleantes e inseguros. Os pés são colocados de forma descoordenada e com base alargada. Comum em pacientes com lesões cerebelares.

*f.4) Marcha anserina* - conhecida como marcha de “pato”, é causada por fraqueza dos músculos proximais dos quadris. Os pacientes balançam o tronco de um lado para o outro durante a deambulação, com os quadris se projetando lateralmente de modo exagerado.

*f.5) Marcha escarvante* - ocorre devido à fraqueza ou paralisia dos músculos dorsiflexores do pé, resultando em dificuldade para sua elevação. Um exemplo de neuropatia periférica que apresenta esse padrão de marcha é a síndrome de Guillain-Barré.

*f.6) Marcha claudicante* - Em virtude da dor ou da fadiga nos MMII, o paciente interrompe a caminhada ou altera o ritmo. Geralmente, essa dificuldade está relacionada a condições subjacentes, como as que afetam o sistema musculoesquelético ou vascular.

Figura 3 - QR Codes com vídeos públicos da internet representativos de cada marcha.



Fonte: Elaborado pelo autor, programa de criação de imagens Canva

g) Tipo Morfológico

O tipo morfológico refere-se à constituição física do paciente, ou, em outras palavras, à forma do corpo, ao padrão de distribuição de massa muscular e gordura, à altura e ao peso. Em geral, classificamos em três tipos básicos.

*g.1) Longilíneo* - Apresenta pescoço fino e alongado, tórax estreito e membros consideravelmente maiores em relação ao tronco e há uma tendência à altura elevada.

*g.2) Normolíneo* - Mostra uma proporcionalidade entre membros e tronco, com musculatura bem distribuída e acúmulo de gordura equilibrado.

*g.3) Brevilíneo* - Caracteriza-se por um pescoço curto e robusto, tórax largo e volumoso, com membros mais curtos em relação ao tronco. A musculatura é desenvolvida e há maior espessura de gordura subcutânea, geralmente associados a uma estatura mais baixa.

### 3) EXAME DO APARELHO RESPIRATÓRIO

a) Inspeção

Inicialmente, diversos aspectos devem ser observados para uma avaliação das condições respiratórias do paciente, tais como:

a.1) *Formato do tórax* -

- a.1.1) Em barril
- a.1.2) Em funil (excavatum)
- a.1.3) Cifótico
- a.1.4) Cariniforme (carinatum)
- a.1.5) Chato

a.2) *Alterações de coluna lombar* - sugestivas de hipercifose, escoliose ou hiperlordose.

a.3) *Possíveis abaulamentos e retrações* - aumento do volume em qualquer região torácica ou restrição das porções torácicas.

a.4) *Condições variadas da pele* - coloração, hidratação, lesões e cicatrizes.

a.5) *Tipo respiratório do paciente* - homens apresentam tipicamente uma respiração mais abdominal, ao passo que em mulheres esse padrão é toracoabdominal.

a.6) *Frequência respiratória* - presença de taqui ou bradipneia.

a.7) *Ritmo respiratório* - identificação de padrões anormais de respiração, os principais são relatados a seguir

a.7.1) *Cheyne-Stokes* - ciclos de apneia seguidos por respirações que gradualmente aumentam em profundidade e frequência. Está relacionada a lesões cerebrais difusas ou nos hemisférios.

a.7.2) *Respiração de Kussmaul* - respiração profunda e rápida, sem padrão de ritmo regular. Frequentemente associado à cetoacidose diabética.

a.7.3) *Respiração de Biot* - apneia seguida de movimentos inspiratórios e expiratórios anárquicos tanto em relação à amplitude quanto ao ritmo.

a.8) *Uso de musculatura acessória* - verifique se há o uso de músculos adicionais, como intercostais ou esternocleidomastoídeos.

a.9) *Baqueteamento digital* - presença de dedos em baqueta de tambor, ou seja, com deformidade nas unhas e falanges distais.

a.10) *Simetria e expansibilidade* - Análise inspeccional dos movimentos torácicos e da expansibilidade do tórax durante a inspiração, identificando possíveis assimetrias.

b) Percussão

Comparando bilateralmente em sentido crânio-caudal (também conhecido como padrão em escada) tanto na porção anterior (6 focos) quanto posterior do tórax (8 focos), devemos buscar o som claro pulmonar, som intenso resultante do parênquima pulmonar regularmente arejado, indicativo de uma situação não-patológica.

c) Palpação

Nessa etapa, objetiva-se verificar a expansibilidade torácica. Para isso, as mãos do examinador são posicionadas de modo simétrico no tórax do paciente de modo a unir os polegares. Então, solicita-se que uma inspiração e expiração profundas sejam efetuadas. Para que o exame seja considerado normal, confirme se há simetria no afastamento dos polegares na fase inspiratória e retorno dos mesmos durante a expiratória. Repita o processo nos três campos pulmonares (terços superior, médio e inferior). Não é possível que a expansibilidade torácica esteja aumentada.

Tanto em região posterior quanto anterior, o frêmito toracovocal deve ser avaliado. Para tal, posicione a face palmar dos seus dedos nos mesmos focos pulmonares relatados no item “percussão” e peça para que o paciente pronuncie palavras com hipersonoridade, tal como o famoso “33”. Em certas situações, o frêmito pode estar aumentado (como na condensação ou na pneumonia) ou reduzido (como no derrame pleural ou no pneumotórax).

d) Ausculta

Posicione o diafragma do estetoscópio de forma comparada na mesma ordem e nos mesmos focos em que foi realizada a percussão. Na sequência, peça para que o

paciente realize um ciclo respiratório completo. Se mesmo assim não for possível auscultar claramente, solicite que faça o movimento respiratório com a boca entreaberta. Para um exame sem achados especiais, pesquisamos os murmúrios vesiculares. Em contrapartida, ruídos adventícios contínuos (sibilos ou roncos) e descontínuos (estridor, crepitações finas ou crepitações grosseiras) podem ser detectados em caso de anormalidades.

Observação: na literatura, são encontradas divergências relacionadas aos focos pulmonares que devem ser analisados. O relevante aqui é que todos os campos pulmonares sejam avaliados.

#### 4) EXAME DO APARELHO CARDIOVASCULAR

##### a) Inspeção

De início, tente visualizar o pulso carotídeo e procure por sinais de ingurgitamento venoso jugular. Identifique também deformidades, cicatrizes, abaulamentos e retrações torácicas e observe, por fim, a região precordial para identificar se o ictus cordis é visível.

##### b) Palpação

Por intermédio de diferentes regiões da face palmar da mão é possível palpar o tórax do paciente. Para a identificação de pulsações localizadas, usam-se as extremidades dos dedos. Já para bulhas e frêmitos, pode-se usar o terço distal da palma da mão. Por fim, para identificar levantamentos, como na sobrecarga do ventrículo direito, usa-se o terço proximal da palma da mão. Na linha hemiclavicular esquerda, o ictus cordis pode ser palpado próximo ao 4º ou 5º espaços intercostais, podendo alterar sua localização em casos de patologias ou diferentes tipos morfológicos. A bulha B1, por sua vez, será sentida mais intensamente nos focos tricúspide e mitral, enquanto a B2 será melhor identificada nos focos aórtico e pulmonar.

##### c) Ausculta

Identificando o ângulo de Louis (protuberância esternal localizada entre o manúbrio e o corpo do esterno), encontramos facilmente o 2º espaço intercostal, local onde estão o foco aórtico (à direita do esterno) e o foco pulmonar (à esquerda do esterno). Mais inferiormente, no 3º espaço intercostal esquerdo, localiza-se o foco aórtico acessório. Por fim, há o foco tricúspide, próximo ao apêndice xifoide, ligeiramente para a esquerda, e o mitral, no quinto espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular. Conforme descemos o estetoscópio em direção ao ápice do coração, é normal que ocorra uma transição de intensidades entre B1 (mais intensa no ápice) e B2 (mais intensa na base).

É relevante, concomitantemente, prestar atenção à regularidade dos batimentos, à frequência cardíaca e a possíveis ruídos anormais, como sopros sistólicos e diastólicos. Caso haja a suspeita de anormalidade, a auscultação dos focos de irradiação é recomendada. Para sopros de estenose aórtica identificados no foco aórtico, desloque o estetoscópio para a região da fúrcula esternal e da região das carótidas e constate a irradiação no sentido do turbilhamento de sangue (é o que chamamos de Fenômeno

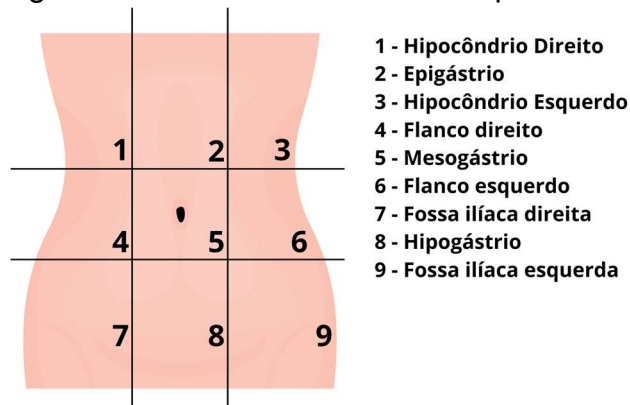
de Gallavardin). Defeitos da valva mitral, por sua vez, podem irradiar para linhas axilares à esquerda. Caso a identificação do sopro ainda esteja difícil, algumas manobras que aumentam a pré-carga (handgrip e agachamento) ou diminuem a pré-carga (manobra de valsalva e posição ortostática) alteram a intensidade de sopros específicos, podendo facilitar o diagnóstico.

## 5) EXAME DO APARELHO DIGESTÓRIO

### a) Inspeção

Após uma rápida visualização das 9 regiões do abdômen, é possível constatar se há abaulamento, retração ou circulação colateral, bem como definir o formato do abdome (plano, escavado, globoso, ascítico).

Figura 4 - Divisão do abdome em quadrantes



Fonte: Elaborado pelo autor, programa de criação de imagens Canva

### b) Ausculta

Diferentemente dos outros exames físicos, aqui realizamos a ausculta antes da palpação e da percussão. Essa priorização é fundamental, pois o estímulo mecânico na região pode levar à exacerbação dos fluidos aéreos intestinais.

O objetivo principal dessa etapa é constatar a presença dos ruídos hidroaéreos, preferencialmente nos 9 quadrantes abdominais. A ausculta inicia-se tradicionalmente na fossa ilíaca direita e deve durar um tempo relativamente suficiente para a manifestação sonora. A ausência de ruídos pode sugerir, por exemplo, íleo paralítico (quando ocorre parada temporária do peristaltismo intestinal, enquanto ruídos aumentados e de timbre alto podem estar associados à obstrução intestinal).

### c) Percussão

Assim como na ausculta, o ideal é realizar a percussão em todas as subdivisões do abdome. Antes de começar, certifique-se de que o paciente não apresenta nenhum desconforto na região a ser examinada. Em caso afirmativo, comece sempre do lado contralateral à dor relatada. O som produzido pode ser caracterizado como:

c.1) *Timpânico* - Presente em vísceras ocas, como nos pacientes com “estômago vazio”.

c.2) *Hipertimpânico* - Audível quando há obstrução intestinal ou perfuração de víscera oca com pneumoperitônio.

c.3) *Submaciço/maciço* - Em pacientes com líquido ascítico ou crescimento de massas (geralmente móveis).

c.4) *Maciço* - Ocorre quando há o crescimento de vísceras sólidas.

Com essa semiotécnica, também é possível estimar o tamanho hepático. Para isso, a percussão deve começar na área pulmonar, descendo até que o som claro pulmonar mude sua característica para maciço, indicando o início do fígado. A partir desse ponto, continue a percutir em direção ao abdômen até que o som se torne timpânico, o que indica o final do fígado. O intervalo espacial representado sonoramente pela macicez fornece uma noção relativa à medida do órgão. Em adultos, essa medida normal varia entre 8 e 12 cm.

#### d) Palpação

É dividida em duas etapas: a superficial e a profunda. Enquanto aquela visa à detecção de tensões da parede abdominal, esta relaciona-se à busca de dilatações aneurismáticas e massas. Analogamente à percussão, sempre questione o paciente se apresenta alguma dor e evite começar por essa localidade.

Após a execução da palpação superficial e profunda, algumas vísceras, como o fígado e o baço, devem receber uma atenção especial. Existem inúmeras técnicas para tal, sendo algumas expostas a seguir.

*Fígado (Processo de Lemos Torres)* - À direita do paciente posicionado em decúbito dorsal, coloque sua mão esquerda sob a região lombar do paciente com o fito de anteriorizar o fígado. Na sequência, usando a mão direita, identifique a crista ilíaca e inicie o teste posicionando a mão profundamente durante a expiração e palpando durante a inspiração para constatar se há uma eventual hepatomegalia.

*Baço (Manobra de Schuster)* - Para que o órgão seja deslocado em direção ao rebordo costal, o paciente deve estar na posição de Schuster (em decúbito lateral direito, com o membro inferior esquerdo fletido a 90°, membro inferior direito estendido, membro superior direito estendido e membro superior esquerdo fletido sobre a cabeça). Na sequência, estando à direita e com a mão não dominante na região póstero-inferior do tórax do paciente, o médico deve iniciar a palpação com as polpas digitais desde a região supra umbilical até o hipocôndrio esquerdo. Nos momentos de expiração, o examinador aprofunda as polpas digitais e, nos de inspiração, procura pelo aumento do baço.

*Fígado e baço (Manobra em garra)* - Simule o formato de uma garra com suas duas mãos e, de modo análogo ao Processo de Lemos Torres e da Manobra de Schuster, posicione e aprofunde-as na região a ser investigada para identificar possíveis hepato ou esplenomegalias.

Atenção, em indivíduos saudáveis a palpação do baço não é possível de ser realizada, por estar protegido pelos arcos costais. Logo, se houver um crescimento do órgão ele será passível de ser palpado devido ao seu crescimento em direção à fossa ilíaca direita.

e) Miscelânea

Outros sinais específicos recebem destaque no exame abdominal:

*e.1) Sinal de blumberg* - indicativo de apendicite aguda, é caracterizado por dor à descompressão brusca da parede abdominal no ponto de McBurney (localizado entre a espinha ilíaca ântero-superior e a cicatriz umbilical, na junção entre o terço lateral e o terço médio).

*e.2) Sinal de Murphy* - Procure o ponto de Murphy, normalmente abaixo do rebordo costal direito, e peça ao paciente realizar uma inspiração profunda, pois isso fará com que a vesícula biliar se abaixe e vá de encontro com a mão do médico. Em caso de inflamação da vesícula biliar (colecistite), o movimento inspiratório será cessado imediatamente e o sinal será considerado positivo.

*e.3) Semicírculo de Skoda* - Nos quadros de ascite, o líquido tende a se acumular na porção inferior do abdome, formando um semicírculo, que, à percussão, é possível ser identificada pela maciez da região.

*e.4) Sinal de Piparote* - Aqui, você vai precisar que o paciente lhe ajude colocando uma das mãos na região da linha média. Na sequência, coloque uma das suas mãos na região de fossa ilíaca/flanco esquerdo e, com sua outra mão, realize pequenos impactos na região de fossa ilíaca/flanco direito, prestando atenção se há transmissão de onda de impulso caracterizadora de ascite.

*e.5) Maciez Móvel* - Em decúbito lateral, o líquido ascítico tende a se acumular em região mais inferior. Por isso, nessa posição, realize percussões da área abdominal para diferenciar a região timpânica da região maciça.

*e.6) Sinal de Giordano* - Uma punho-percussão em região de dorso e região lombar deve ser feita bilateralmente. Analise a reação comportamental e fácies do paciente, que ajudarão a confirmar a positividade do sinal. Esse teste, entretanto, não é específico, podendo estar presente em doenças vertebrais, renais, pielonefrite e nefro ou ureterolitíase. Lembre-se de iniciar sempre pelo lado em que o paciente não está sentindo dor.

## 6) EXAME NEUROLÓGICO

### a) Exame dos nervos cranianos

a.1) *Nervo olfatório* - Com os olhos do paciente fechados, teste as narinas alternadamente utilizando algo com um odor característico, como, por exemplo, um copo de café.

a.2) *Nervo óptico* - Ele é o responsável por transmitir as informações captadas pela retina para o cérebro. Podemos subdividir essa avaliação em 3 etapas:

a.2.1) *Reatividade pupilar* - verifique se ela existe incidindo uma lanterna em cada um dos olhos individualmente para verificar se ocorre miose. Em uma segunda análise, aproveite para observar o olho contralateral e confirmar a presença ou não do reflexo fotomotor consensual.

a.2.2) *Acuidade visual* - Pedindo para que o paciente cubra um olho com a mão, use a Tabela de Snellen e peça para que repita as letras que enxerga. Repita o procedimento com o outro olho, cobrindo o olho oposto. Caso o paciente já use óculos, mantenha o uso durante a exame.

a.2.3) *Campos Visuais por Confronto*: Posicione-se frente ao paciente, que deve fixar seu olhar em algum ponto específico. Mova os dedos em quadrantes distintos, comparando a percepção visual dele com a sua. Este teste avalia a integridade da via visual, detectando hemianopsias ou escotomas.

a.2.4) *Fundoscopia* - Realize o exame do fundo do olho utilizando um oftalmoscópio. A semiótica é muito relevante aqui. Por exemplo, com o aparelho na sua mão esquerda, avalie o olho esquerdo do paciente com o seu olho esquerdo. Inspeção o disco óptico, a relação artério-venosa, e a presença de alterações como edema de papila ou retinopatia, que podem sugerir hipertensão intracraniana, glaucoma, entre outros.

### a.3) *Nervo oculomotor, troclear e abducente*

a.3.1) *Motricidade Ocular Extrínseca* - Peça ao paciente que siga seu dedo ou uma caneta enquanto realiza movimentos em forma de "H". Por fim, verifique a convergência, aproximando e afastando seu dedo do rosto do paciente. Isso testará as funções dos músculos retos superior, inferior, lateral e medial, além dos oblíquos.

a.4) *Nervo trigêmeo* - Lembre-se de sua função: realizar a sensibilidade da face e inervar músculos mastigatórios.

*a.4.1) Sensibilidade Facial* - Teste as divisões oftálmica (v1), maxilar (v2) e mandibular (v3), com estímulos suaves e dolorosos, em cada lado da face. Para isso, use um algodão ou até mesmo uma agulha. Durante a verificação, solicite ao paciente que indique se sente os estímulos e se há diferenças de intensidade entre os lados.

*a.4.2) Força da Mastigação* - Peça ao paciente que abra e feche a boca e aperte os dentes, enquanto você palpa os músculos masseter e temporal, verificando a simetria de contração.

*a.4.3) Reflexo Corneano* - Com uma gaze, toque suavemente a córnea de um olho e observe o piscar reflexo bilateral. A ausência desse reflexo pode indicar uma lesão na via sensitiva (V par craniano) ou motora (VII par craniano).

*a.5) Nervo facial* - Sua principal missão é inervar a musculatura facial.

*a.5.1) Movimentação Facial* - Solicite ao paciente que eleve as sobrancelhas, feche os olhos, sorria, faça uma cara de espanto e mostre os dentes. As simetrias e fraquezas são avaliadas. Uma paralisia facial periférica, tal como a de Bell, afeta a metade completa da face, enquanto uma central poupa o terço superior da face.

*a.6) Nervo vestibulo-coclear*

*a.6.1) Teste do impulso cefálico* - Quando íntegro, a movimentação dos olhos não acompanha a movimentação da cabeça. Isso ocorre pela função da porção vestibular no oitavo par craniano. Logo, ao exame físico, solicite para que o paciente fixe o olhar em um ponto. Após, o profissional deve conduzir a cabeça e executar movimentos para verificar se as pupilas permanecem no mesmo local. Em caso de movimentação concomitante, o exame encontra-se anormal.

*a.6.2) Teste de Romberg* - Peça ao paciente que fique em pé, com os pés juntos e os olhos fechados. Se houver instabilidade com olhos abertos e fechados, pode haver lesão cerebelar, contudo se for instável apenas de olhos fechados, a lesão é vestibular. Se o nervo estiver lesionado, o paciente cairá para o lado da lesão.

*a.6.3) Teste de Rinne* - Coloque um diapasão vibrando sobre a mastoide e, quando o paciente não mais ouvir o som, mova-o para o meato auditivo externo. O som deve ser ouvido por mais tempo pela condução aérea - Rinne positivo -. Se não for, há perda condutiva - Rinne negativo -.

a.6.4) *Teste de Weber* - Coloque um diapasão vibrante no centro da testa. O paciente deve relatar se o som é audível igualmente nos dois ouvidos. O som lateralizado indica perda auditiva condutiva (se percebido melhor no ouvido afetado) ou sensorineural (se escutado melhor no ouvido normal).

a.6.5) *Teste da sensibilidade auditiva grosseira* - Aqui se verifica a transmissão da informação sensorial auditiva, realizada pela porção coclear do VIII NC. Caso nenhum equipamento esteja disponível, é possível esfregar os dedos próximo aos pavilhões auriculares e questionar se há diferença na intensidade percebida.

a.7) *Nervo glossofaríngeo e nervo vago* - Sempre examinados de modo conjunto.

a.7.1) *Movimentação do Palato* - Solicite ao paciente que diga "Ah". O palato deve elevar-se simetricamente. Havendo algum desvio, sugere-se que haja lesão unilateral.

a.7.2) *Reflexo do vômito* - Toque a parte posterior da faringe com um abaixador de língua, observando a contração da musculatura faríngea.

a.7.3) *Voz e Deglutição* - Avalie a qualidade da voz através de exercícios de sons labiais e linguais. Pergunte também sobre dificuldades para deglutir.

a.8) *Nervo acessório* - Uma vez que realiza a inervação dos músculos trapézio e esternocleidomastóideo, basta solicitar que o paciente encolha os ombros contra resistência ou vire a cabeça para cada lado contra sua resistência. Dessa forma, será possível testar esses músculos e identificar perdas de força e/ou atrofias.

a.9) *Nervo hipoglosso* - Este é um nervo exclusivamente motor, assim, peça ao paciente para protrair a língua e mover para os lados. A atrofia, fasciculações ou desvio da língua para um dos lados sugere lesão do nervo hipoglosso.

#### b) Exame da sensibilidade

Aqui, se avalia a capacidade do paciente de perceber estímulos externos através das vias sensoriais. Esta parte do exame neurológico é dividida em sensibilidade superficial (toques leves, temperatura, dor) e sensibilidade profunda (pressão, propriocepção e parestesia). Para testá-las, podemos utilizar, respectivamente, uma tampa de caneta (realizando toques simétricos e de igual intensidade) e um diapasão (colocando-o nas saliências ósseas e observando a sensibilidade vibratória).

As alterações sensitivas podem se manifestar de várias formas, como hipoestesia (diminuição da sensibilidade), anestesia (perda total da sensibilidade), hiperestesia (aumento da sensibilidade), parestesia (sensações anormais, como formigamento), disestesia (sensações desagradáveis após estímulo normal) e alodinia (dor provocada por estímulos leves). Vale recordar que algumas alterações, como a perda de sensibilidade na região dos pés, podem ser frequentes em indivíduos idosos e

diabéticos mal compensados e pode não necessariamente estar relacionado com o quadro que engendrou a entrada em um serviço emergencial.

c) Exame motor

c.1) *Inspeção* - Visualmente, avalia-se a massa muscular em busca de atrofia ou hipertrofia, fasciculações ou movimentos involuntários.

c.2) *Tônus muscular* - Definido como estado de tensão do músculo no repouso, pode ser avaliado por intermédio da palpação e da movimentação passiva dos membros do paciente.

c.2.1) *Hipertonia* - Refere-se ao aumento anormal do tônus muscular, decorrente de rigidez ou espasticidade

c.2.1.1) *Rigidez* - É o aumento da resistência muscular ao movimento passivo, que ocorre de maneira uniforme, independentemente da velocidade do movimento. Um exemplo de paciente rígido é o parkinsoniano. Nele, é perceptível uma alternância de momentos de hipertonia e pequenas solturas durante o movimento (chamamos isso de “sinal da roda denteada”).

c.2.1.2) *Espasticidade* - É o aumento da resistência muscular ao movimento passivo, que depende da velocidade: quanto mais rápido o movimento, maior a resistência. Pode ser encontrada em pacientes com lesões do primeiro neurônio motor, como em AVC da área motora. Ao vencer a espasticidade, o membro ficará solto (a esse caso damos o nome de “sinal do canivete”).

c.2.3) *Hipotonia* - É a diminuição do tônus muscular, resultando em flacidez e baixa resistência ao movimento passivo

c.3) *Força muscular contra resistência* - Usando as manobras deficitárias (como a manobra dos braços estendidos nos MMSS e a manobra de Mingazzini nos MMII) e as manobras de oposição, é possível classificar a força em uma escala de 0 a 5.

- 0: Nenhuma contração muscular.
- 1: Contração visível, sem movimento.
- 2: Movimento possível apenas sem gravidade.
- 3: Movimento contra gravidade, mas sem resistência.
- 4: Movimento contra alguma resistência.
- 5: Força completa contra resistência total.

c.4) *Velocidade e amplitude de movimento* - O profissional deve observar a fluidez e a coordenação, identificar lentificações (como na bradicinesia, observada em doenças extrapiramidais) ou movimentos excessivamente rápidos e descoordenados (como na coreia). Para avaliar na prática, usa-se o “finger tapping”, que consiste em bater seguidas vezes o polegar contra o indicador, durante 10

segundos. Nos MMSS, o processo é similar, todavia é exigido que o paciente bata com o pé no chão.

*c.5) Reflexos miotáticos* - Avaliam-se os reflexos profundos com um martelo reflexo, incluindo o reflexo patelar, aquileu, bicipital, tricipital e braquiorradial. Os reflexos podem estar abolidos, aumentados (hiperreflexia) ou diminuídos (hiporreflexia). O reflexo cutâneo-plantar deve receber uma atenção especial nessa etapa, sendo normal quando não obtido ou em flexão (se em extensão, pensamos em lesão do trato corticoespinhal).

d) Exame da coordenação

O exame da coordenação avalia a função cerebelar, responsável por integrar as vias motoras e sensoriais e garantir a execução de movimentos suaves e precisos. As principais manobras para testar a coordenação incluem:

*d.1) Teste index-nariz* - O paciente, de olhos abertos, é instruído a tocar o próprio nariz e, em seguida, o dedo do examinador, posicionado à frente dele. Depois, o paciente deve repetir o movimento várias vezes, com os olhos fechados. Preste atenção se durante a execução há dismetria (incapacidade de acertar o alvo), tremor de intenção ou decomposição do movimento (dificuldade em realizar movimentos suaves e contínuos).

*d.2) Teste Calcanhar-Joelho* - Segue a mesma lógica do teste index-nariz, mas, dessa vez, o paciente em decúbito dorsal deve colocar o calcanhar de um pé no joelho oposto e deslizar o calcanhar ao longo da canela, até o tornozelo. Lembre-se de realizar o exame bilateralmente e avaliar presença de dismetria, tremor de intenção e decomposição do movimento.

*d.3) Teste da diadococinesia* - Para avaliar a capacidade de realizar movimentos rápidos e alternados, o paciente deve bater a palma da mão sobre a coxa e depois alternar rapidamente para o dorso da mão, repetindo o movimento de modo rápido.

*d.4) Teste de Romberg* - Já visto ao longo do exame dos nervos cranianos neste capítulo, este procedimento permite avaliar três fundamentos neurofisiológicos essenciais para o equilíbrio: o sistema vestibular, o sistema visual e o sistema proprioceptivo.

*d.5) Teste da Marcha* - Solicite ao paciente que caminhe normalmente e atente para o balanço passivo dos braços e se há algum padrão específico (relatado no item “exame físico geral” deste capítulo).

## REFERÊNCIAS:

Hampton, J. R., Harrison, M. J., Mitchell, J. R., Prichard, J. S., & Seymour, C. (1975). **Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients.** British Medical Journal, 2(5969), 486–489. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5969.486>

Roshan, M., & Rao, A. P. (2000). **A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis.** The Journal of the Association of Physicians of India, 48(8), 771–775. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11273467/>

Summerton, N. (2008). **The medical history as a diagnostic technology.** The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, 58(549), 273–276. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp08X279779>

MATTOS, Waldo; HILBIG, Arlete; TOVO, Cristiane Valle. **Semiologia do Adulto - Diagnóstico Clínico Baseado em Evidências.**

PORTO, Celmo C. **Semiologia Médica**, 8ª edição. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2019.

BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto.**

MARTINS, M. A, et al. **Semiologia clínica**, 1. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

BICKLEY, L. S. **Bates propedêutica médica**, 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

MARTINS, Milton de A. et al. **Semiologia clínica.** Disponível em: Minha Biblioteca, Editora Manole, 2021.

PORTO, C. C., PORTO, A. L. **Exame Clínico**, 8ª edição. Guanabara Koogan, 2017