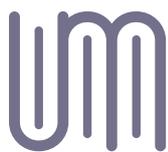




MinhoMD

Medicina à Cabeceira do Doente & Comunicação Clínica

Coleção Educação | Medicina e Saúde



Educação
Medicina e Saúde

UMinho Editora

AUTORES

Rita Sousa

Rui Silva

Marta Almeida

Ana Rita Silva

Vitor Hugo Pereira

Nuno Sousa

Equipa dos Laboratórios de Aptidões Clínicas
da Escola de Medicina da UMinho

CAPÍTULO 1

Pedro Morgado

Marta Almeida

CAPÍTULO 2

Rui Silva

Rita Sousa

Marta Almeida

Carolina Caminata

Vitor Hugo Pereira

Damião Cunha

CAPÍTULO 3

Rui Silva

Rita Sousa

Marta Almeida

João Cerqueira

Vitor Hugo Pereira

CAPÍTULO 4

Rita Sousa

Vitor Hugo Pereira

FOTO CAPA Escola de Medicina

Rui Silva

DESIGN

Tiago Rodrigues

PAGINAÇÃO

Tiago Rodrigues

EDIÇÃO UMinho Editora

LOCAL DE EDIÇÃO Braga 2020

ISBN: 978-989-8974-14-3

DOI: <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.14>

MINHOMD

Medicina à Cabeceira do Doente & Comunicação Clínica



Universidade do Minho
Escola de Medicina

	Prefácio	5
	Iconografia - Geral	6
	Iconografia - Região do Exame Físico	7
	Iconografia - Posição do Doente	8
1.	A ARTE DA ENTREVISTA CLÍNICA	9
1.1.	Fases da Entrevista Clínica	11
1.1.1.	Iniciar a Entrevista	11
1.1.2.	Recolher Informação	11
1.1.3.	Exame Físico	15
1.1.4.	Partilhar Informação	15
1.1.5.	Tomar Decisões e Planear	16
1.1.6.	Encerramento da Consulta	16
2.	EXAME FÍSICO DE SCREENING	17
2.1.	Princípios Básicos	18
2.2.	Aspeto Geral	20
2.3.	Sinais Vitais	21
2.4.	Exame Físico Anterior Sentado I	22
2.5.	Exame Físico Posterior Sentado	25
2.6.	Exame Físico Anterior Sentado II	27
2.7.	Exame Físico Deitado a 45°	28
2.8.	Exame Físico Deitado a 0°	30
2.9.	Exame Físico em Posição Ortostática	33
3.	EXAME FÍSICO COMPLETO	34
3.1.	Aparência Geral	36
3.2.	Dados Antropométricos	36
3.3.	Sinais Vitais	37
3.4.	Exame Físico da Cabeça e Pescoço	38
3.5.	Exame Físico do Tórax	44
3.6.	Exame Físico do Abdómen	48
3.7.	Rigidez da Nuca	50
3.8.	Exame Físico dos Membros Inferiores	51
3.9.	Exame Físico dos Membros Superiores	53
3.10.	Estação e Marcha	56
4.	ALGORITMOS DE SISTEMATIZAÇÃO	57
4.1.	Exame Físico Pulmonar	59
4.2.	Exame Físico Cardíaco	60
	Referências Bibliográficas	61
	Equipa dos Laboratórios de Aptidões Clínicas	62

“...Of this I am assured, that he will be the best practitioner who begins his life work as a student among patients, learning for himself under guidance how to observe, how to think, learning what disease is and how it is to be treated... you shall take me along with you, and I will be your guide.”

William Osler: The Natural Method of Teaching the Subject of Medicine, JAMA 36:1673–1679, 1901

O objetivo deste livro é criar um “guião” para o estudante de medicina, para o ajudar a tornar-se proficiente na ciência e na arte da Semiologia Médica. O livro é composto por quatro capítulos. O capítulo 1, “A Arte da Entrevista Clínica” fornece ao leitor uma visão da herança da comunicação clínica e da relevância da relação médico-doente. No capítulo 2 “Exame Físico de Screening” e no capítulo 3 “Exame Físico Completo” o estudante recebe um guia prático e sistematizado para duas abordagens, distintas, mas complementares, ao exame físico: uma mais curta e mais frequentemente aplicada e outra mais clássica e detalhada. O capítulo 4 “Algoritmos de Sistematização” agrega uma abordagem decisiva ao processo mental que cada clínico utiliza no processo de decisão clínica. E, com isto, pretendemos ajudar cada estudante a transformar-se num Médico.

Uma nota de agradecimento a todos os que ao longo de vários anos integraram a equipa de docentes dos Laboratórios de Aptidões Clínicas da Escola de Medicina da Universidade e, que são, de inteira justiça, os obreiros deste livro. Foi, é, e será sempre um privilégio trabalhar convosco.

Nuno Sousa

Geral



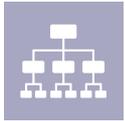
Entrevista Clínica



Exame Físico de Screening



Exame Físico Completo



Algoritmos de Sistematização

Região do Exame Físico



Aparência Geral / Dados Antropométricos



Sinais Vitais



Exame físico da Cabeça e Pescoço



Exame físico do Tórax Posterior



Exame físico do Tórax Anterior



Exame físico Abdominal



Exame Neurológico^[2]



Exame físico dos Membros Superiores



Exame físico dos Membros Inferiores



Estação e Marcha

Posição do Doente



Exame físico com o paciente na posição ortostática^[2]



Exame físico com o paciente na posição sentada^[2]



Exame físico com o paciente na posição deitada, com a cabeceira a 45°^[2]



Exame físico com o paciente na posição deitada, com a cabeceira a 0°^[2]

1. A Arte da Entrevista Clínica

1.1. Fases da Entrevista Clínica

1.1.1. Iniciar a Entrevista

1.1.2. Recolher Informação

1.1.3. Exame Físico

1.1.4. Partilhar Informação

1.1.5. Tomar Decisões e Planear

1.1.6. Encerramento da Consulta



1. A Arte da Entrevista Clínica

A Entrevista Clínica é uma arte no sentido de que a mesma pressupõe a construção de uma relação com o doente, que é dinâmica e bilateral, moldando-se à medida que decorre.

A entrevista clínica tem como tarefas nucleares a definição do motivo da consulta, mas também a consideração de outros problemas, proporcionando a compreensão global dos problemas e a partilha das conclusões com o doente, envolvendo-o e transferindo para si a responsabilidade das decisões acerca da sua vida. Esta deve centrar-se no doente como elemento mais importante da relação clínica. A confidencialidade e sigilo médico subjacentes à interação clínica são fundamentais para a confiança na relação que se estabelece com os doentes.

A consulta não se limita à recolha e organização de informação útil para a tomada de decisão. Mais do que isso, trata-se de uma interação que se reveste de uma enorme complexidade que transforma de forma dinâmica os seus intervenientes e que é influenciada quer por emoções reconhecidas e expressas quer por emoções não reconhecidas (por uma ou por ambas as partes). É um processo em construção permanente que tem como propósito responder às necessidades e preocupações do doente com vista a uma tomada de decisão partilhada que o inclui e valoriza a perspetiva deste.

A relação médico-doente é influenciada por quatro fatores principais: o médico, o doente, o contexto e a própria doença. A vocação profissional e as qualidades técnicas e pessoais do médico influenciam a relação com o doente. O papel subjetivo do médico determina também o seu entendimento acerca do que devem ser os limites da sua atuação. A personalidade, as experiências prévias, os mecanismos de *coping* e as crenças pessoais do doente são também fundamentais para a qualidade da relação. Adicionalmente, o contexto em que se exerce o ato da entrevista clínica, no que concerne quer às suas características físicas quer ao tipo de assistência e de exercício profissional, influenciam também esta relação médico-doente. Por fim, o modo de aparecimento e evolução da doença, a sua etiologia e, principalmente, o estigma associado, determinam de forma significativa a qualidade da relação entre médico e doente. De realçar que o estigma pode existir por parte da sociedade, mas também por parte dos profissionais de saúde ou dos próprios doentes.

A comunicação médico-doente pode ser melhorada com algumas estratégias:

1. Espaço adequado;
2. Cumprimento ao doente de acordo com as normas sociais e epidemiológicas;
3. Escuta ativa, empatia, respeito pela expressão emocional do doente e interesse;
4. Pergunta aberta no início do diálogo;
5. Silêncios "germinativos", isto é, momentos em que o médico fica em silêncio (que devem ser breves para evitar desconforto) permitindo ao doente introduzir espontaneamente algum tema que não tenha sido abordado;
6. Perguntas neutras, que evitem juízos de valor;
7. Organização cronológica dos acontecimentos;
8. Esclarecimento de expectativas e preocupações do doente.



1.1. Fases da Entrevista Clínica

1.1.1. Iniciar a Entrevista

1. Deve ser assegurada a apresentação cuidada do médico, a privacidade e organização do espaço físico, o conforto do doente, a gestão da presença de acompanhantes e devem evitar-se as interrupções;
2. O doente deve ser recebido à porta do gabinete e cumprimentado com um aperto de mão, acompanhado de um convite para se sentar;
3. A apresentação do médico deve incluir o nome clínico (habitualmente o primeiro e último nomes) e a função desempenhada;
4. Deve ser confirmado nome completo e data de nascimento do doente;
5. Podem ser recolhidos dados gerais do doente, como idade, profissão, com quem vive, estado civil, residência e centro de saúde onde se encontra inscrito;
6. Deve iniciar-se a recolha de informação sobre a doença atual com uma pergunta aberta;
7. Identificar a queixa, nas próprias palavras do doente.

1.1.2. Recolher Informação

Esta fase tem como objetivo a recolha de um conjunto de informações fornecidas pelo doente acerca de si próprio, da sua doença, dos seus antecedentes e dos antecedentes dos seus familiares.

A abordagem de um tema deve pressupor cinco fases características^[1]:

1. Início: apresentação de dados, normalmente escassos, pelo doente;
2. Apoio: auxílio, pelo médico, na construção narrativa do doente;
3. Focagem: definição e análise dos assuntos considerados importante pelo médico;
4. Colheita pormenorizada: avaliação sistemática e detalhada da informação relevante;
5. Encerramento: síntese final num problema legível pelo clínico e reconhecido pelo doente.

A linguagem deve ser clara, precisa, afirmativa e sem subjetividade.

Há determinadas questões que devem ser evitadas, nomeadamente: perguntas sugestivas ou antagónicas, que incluam minimizações e subavaliações, perguntas múltiplas, perguntas na negativa e perguntas que partam de pressupostos ou que sejam motivadas por curiosidade pessoal.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Deve ser organizada por ordem cronológica, de forma lógica, clara, precisa e concisa, com detalhe de cada um dos sintomas referidos pelo doente, tendo como orientação as seguintes dimensões do sintoma:



1. Tempo;
2. Instalação;
3. Quantidade;
4. Qualidade;
5. Gravidade;
6. Localização e Irradiação;
7. Fatores de alívio e de agravamento;
8. Sintomas associados;
9. Recorrência;
10. Contexto.

HISTÓRIA PREGRESSA

1. Doenças da infância;
2. Antecedentes médicos;
3. Antecedentes cirúrgicos;
4. Hospitalizações;
5. Traumatismos/Acidentes;
6. Transfusões de hemoderivados;
7. Alergias alimentares, ambientais ou medicamentosas;
8. Estado vacinal;
9. Rastreios oncológicos;
10. Medicação (nome, dosagem, frequência de tomas e data de início):
 - A. Utilizada no episódio atual;
 - B. Habitual, incluindo anticoncecionais;
 - C. Suplementos;
 - D. Produtos naturais;
11. Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos:
 - A. Menarca;
 - B. Interlúnios e cataménios;
 - C. Data da última menstruação;
 - D. Contraceção hormonal;
 - E. Gravidezes, partos e abortos (GPA interrupção da gravidez ou causa de aborto; complicações na gravidez ou parto);
 - F. Menopausa.



HÁBITOS PESSOAIS

1. Hábitos Alimentares:
 - A. Número de refeições/dia;
 - B. Tipo de dieta;
 - C. Intolerâncias alimentares;
2. Consumo de café/bebidas com cafeína (chávenas/dia);
3. Consumo de substâncias de abuso:
 - A. Álcool (g/semana);
 - B. Tabaco (UMA);
 - C. Drogas de abuso;
 - D. Fármacos de abuso;
4. Padrão de atividade física;
5. Padrão de sono;
6. História sexual:
 - A. Número de parceiros sexuais;
 - B. Comportamento de risco;
 - C. História de infeções sexualmente transmissíveis.

HISTÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL

1. Escolaridade;
2. Serviço militar;
3. Religião;
4. Habitação:
 - A. Condições de habitabilidade;
 - B. Animais domésticos;
5. Estrutura familiar;
6. Segurança económica;
7. História profissional:
 - A. Locais de trabalho prévios;
 - B. Local de trabalho atual;
 - C. Condições de trabalho;
 - D. Exposição a tóxicos;
8. Atividades extra-profissionais:
 - A. Obrigações;
 - B. Lazer;
 - C. Relações pessoais;
9. Viagens.



ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Idade, sexo, estado de saúde/causa de morte (para pais, irmãos, cônjuge, filhos, outros elementos pertencentes ao agregado familiar);
2. História de doenças relevantes na família (congénitas, genéticas, oncológicas, autoimunes, morte súbita ou outras diretamente relacionadas com a queixa principal).

REVISÃO POR APARELHOS E SISTEMAS

Como iniciação, sugere-se que seja exaustivo:

1. Sintomas gerais: febre, arrepios, mau estar, astenia, fatigabilidade, suores noturnos, alterações do apetite ou peso habitual, capacidade de trabalho ou estado psicológico;
2. Pele e faneras: eritema, erupções, prurido, secura de pele, modificações da cor da pele, alterações do cabelo e unhas ou sudorese excessiva, história de eczemas;
3. Cabeça: cefaleias ou tonturas;
4. Olhos: alterações da acuidade visual, diplopia, fotofobia, lacrimejo excessivo, dor ocular, sensações invulgares ou olho vermelho; história de infeções oculares, glaucoma, cataratas ou traumatismo ocular;
5. Ouvidos: alterações da acuidade auditiva, otalgia, zumbido, vertigens, otorreia ou história de infeção;
6. Nariz: obstrução nasal, rinorreia, epistaxis, espirros ou alterações do olfato, história de traumatismo;
7. Boca e faringe: alterações dos dentes/gengivas, odontalgia, abscessos, extrações dentárias, xerostomia, sialorreia, gengivorragias, faringites, rouquidão, modificações da voz, alterações do paladar ou exsudado orofaríngeo;
8. Pescoço: massas, pulsatilidades, dor ou rigidez cervical;
9. Mama: tumefações, galactorreia/ginecomastia, dor ou hipersensibilidade;
10. Respiratório: tosse, dor pleurítica, dispneia, expetoração, cianose, pieira ou hemoptise;
11. Cardiovascular: palpitações, dor torácica, síncope, dispneia de esforço, ortopneia, dispneia paroxística noturna ou edemas;
12. Gastrointestinal: alterações na deglutição, disfagia, enfartamento, pirose, náuseas, vômitos, intolerância alimentar, dor abdominal, obstipação, diarreia, icterícia, alteração dos hábitos intestinais, modificações da cor ou consistência das fezes, hematemeses, melenas, retorragias, hematoquézias, modificações do volume abdominal, hemorróides, dor retal ou tenesmo;



13. Genitourinário: disúria, dor no flanco ou suprapúbica, urgência miccional, polaquíúria, noctúria, hematúria, dificuldade no início da micção, modificações do jato urinário ou incontinência; história de retenção urinária, alterações da cor e odor da urina, lesões no pénis/vagina, exsudado uretral, dismenorreia ou leucorreia, história de doença venérea;
14. Sistema periférico vascular: claudicação intermitente, câibras, veias varicosas, extremidades frias, alterações da pilosidade do membro inferior ou alterações da cor dos dedos; história de trombose do membro inferior ou ulceração;
15. Aparelho músculo-esquelético/locomotor: diminuição da força muscular, paralisia, rigidez muscular, limitação de movimentos, dor articular, rigidez articular ou deformidades ósseas;
16. Endócrino: dor ou aumento da tiroide, intolerância ao frio/calor, polidipsia, poliúria ou polifagia;
17. Hematológico: tendência para hematomas, hemorragias ou petéquias, história de anemia ou reações transfusionais;
18. Nervoso: quedas, vertigens, convulsões, perda de conhecimento, anomalias sensitivas ou de coordenação, paralisias, parésias, tremor, alterações de memória ou de linguagem, alucinações ou desorientação;
19. Psiquiátrico: modificações de humor, labilidade emocional, dificuldade de concentração, nervosismo, irritabilidade ou ideias suicidas.

1.1.3. Exame Físico

Ver capítulos dedicados ao tema.

1.1.4. Partilhar Informação

Neste momento da consulta, é importante organizar com o doente uma narrativa compreensiva acerca da situação e/ou diagnóstico. A construção desta narrativa deve ter em conta o estado emocional e cognitivo do doente, bem como a ponderação daquilo que este pretende conhecer acerca da situação. A informação deve ser fornecida em pequenas quantidades, com uma linguagem compreensível. A rotulação nosológica do(s) problema(s) não pode ser excluída e o recurso a termos técnicos até então eventualmente desconhecidos pelo doente é importante contribuir para a sua literacia. De ressaltar, que a utilização de termos técnicos deve ser acompanhada de uma explicação compreensível para o doente, esclarecendo todas as suas dúvidas, prevenindo o recurso a fontes de informação alternativas que possam aumentar a sua ansiedade e garantindo que a mensagem foi cabalmente compreendida.

A partilha de informação deve ser um processo construído conjuntamente pelo doente e pelo clínico, garantindo uma compreensão mútua do(s) problema(s). A exploração das preocupações do doente e a validação das suas emoções são instrumentos fundamentais para a construção de uma aliança terapêutica bem como para o reforço da confiança mútua.



1.1.5. Tomar Decisões e Planear

A tomada de decisão é um momento fundamental da consulta médica. Após a construção de uma narrativa inteligível para médico e doente, importa partilhar informação sobre o prognóstico bem como as diferentes opções de ação disponíveis. Nesta fase, devem ser pesquisadas as preferências do utente e providenciado aconselhamento técnico que garanta ao doente as condições necessárias para que, em conjunto com o médico, possa ser definido um plano de ação. É comum os doentes apresentarem propostas alternativas em relação ao plano de cuidados. Estas propostas podem ser consideradas, devendo ser analisadas as vantagens e desvantagens associadas à sua implementação.

A tomada de decisão partilhada e acordada com o doente, coloca-a no centro da ação e da responsabilidade pelo plano de cuidados que for decidido conjuntamente, contribuindo para melhorar os resultados terapêuticos e a satisfação de médicos e doentes.

1.1.6. Encerramento da Consulta

1. Informar o doente do final próximo da entrevista, criando condições para que este se prepare para o encerramento;
2. Resumir, confirmar e verificar plano acordado;
3. Perguntar se há dúvidas ou outros temas a abordar;
4. Planear o seguimento, informando sobre a forma de agendamento das próximas consultas e/ou dos procedimentos acordados no plano terapêutico e garantindo que o doente sabe como contactar os serviços de saúde e onde recorrer em caso de agravamento da situação atual;
5. Despedir-se de acordo com as regras sociais (e epidemiológicas).

2. Exame Físico de Screening

2.1. Princípios Básicos

2.2. Aspeto Geral

2.3. Sinais Vitais

2.4. Exame Físico Anterior Sentado I

2.5. Exame Físico Posterior Sentado

2.6. Exame Físico Anterior Sentado II

2.7. Exame Físico Deitado a 45°

2.8. Exame Físico Deitado a 0°

2.9. Exame Físico em Posição Ortostática



2. Exame Físico de Screening

O exame físico de screening deve ser realizado de forma rotineira em todos os pacientes a quem esteja indicada a realização de um exame físico completo, independentemente do motivo de observação. Pretende-se que a sua execução, depois de devidamente treinada, seja rápida e ajustada à realidade da prática clínica diária. Este guião não substitui o guião do exame físico sectorial (mais extenso) que inclui manobras que habitualmente não são necessárias por rotina mas que podem ser muito úteis em contextos específicos ou perante achados patológicos.

Em primeiro lugar, descreve-se o modo de medição dos sinais vitais e dos dados antropométricos. Seguidamente, o exame físico encontra-se dividido em diferentes posições.

Previamente à realização das diferentes manobras descritas, sejam de percussão, palpação, auscultação ou mobilização, o examinador deverá proceder à inspeção cuidada de todas as áreas do corpo do paciente.

2.1. Princípios Básicos

A linha divisória entre a entrevista e o exame físico é artificial. Na realidade, a observação clínica inicia-se no exato momento em que o médico dirige o seu olhar sobre o examinando e prossegue durante toda a entrevista.

1. Pense sempre no conforto do paciente;
2. Respeite a sua privacidade;
3. Contribua para que o paciente esteja calmo;
4. Evite provocar desconforto desnecessário;
5. Explique certas manobras do exame;
6. Siga uma sequência sistemática.

O exame físico é um componente flexível que pode sofrer variações condicionadas pela apresentação do quadro clínico. A informação obtida na entrevista ou na própria sequência da observação pode exigir um exame mais detalhado de determinado segmento, órgão ou sistema.

Por conveniência, e para conforto do paciente, o exame é realizado por regiões, embora a presença de doença seja reconhecida pelos sistemas fisiológicos envolvidos. Consequentemente, examinamos por regiões, mas raciocinamos por sistemas.

É importante salientar que a chave para um exame adequado está numa sequência sistemática na sua execução, razão pela qual optamos por uma sequência anatómica, tendo em linha de conta que é importante reduzir ao mínimo o número de vezes que obrigamos o paciente a mudar de posição.



Contudo, este sistema não é rígido e deve permitir que o examinador tenha as suas preferências pessoais quanto ao enquadramento sequencial de determinadas fases do exame, como, por exemplo, o estudo do sistema músculo-esquelético ou do sistema nervoso.

A sequência sugerida é iniciar o exame físico pelos membros superiores. É uma forma menos “agressiva” para iniciar o contacto físico com o paciente e, após a informação colhida na anamnese e pela análise da mimica facial, a inspeção das mãos pode complementar o nosso juízo sobre a atividade profissional e de lazer do indivíduo bem como o seu comportamento social e de higiene...

O ambiente deve ter a luminosidade, temperatura e ruído adequados; a marquesa deve ter a altura e largura apropriadas.

Há aspetos que se devem repetir na avaliação das sequências anatómicas do exame físico:

1. Inspeção: em todas as áreas observadas, investigar o tegumento cutâneo e subcutâneo para textura, temperatura, humidade, presença de pigmentações, tatuagens, piercings, cicatrizes, lesões dérmicas ou subcutâneas (que devem ser descritas);
2. Palpação;
3. Percussão;
4. Auscultação.

Em todas as massas musculares detectar a presença de atrofas, fasciculações, movimentos involuntários, tónus, rigidez, espasticidade e quantificar a força muscular (0-5 graus):

0. Sem movimento perceptível;
1. Movimentação ligeira;
2. Amplitude normal mas sem vencer a gravidade;
3. Amplitude normal contra gravidade mas não contra resistência;
4. Amplitude normal contra alguma resistência;
5. Amplitude normal contra gravidade e vencendo resistência adequada.



2.2. Aspeto Geral

Os seguintes dados semiológicos podem e devem em certa medida serem colhidos durante a entrevista.

- Aparência quanto ao estado de saúde e nutrição, sinais de sofrimento (esgar de dor, dificuldade respiratória);
- Idade aparente (cabelos, rugas da face, mãos, olhos, voz, flexibilidade de movimentos...);
- Defeitos físicos / deformidades óbvias (limitações auditivas ou visuais, mímica facial espontânea,...);
- Postura e Marcha (coordenação, gestos,...)
- Higiene pessoal;
- Hálito e Odor corporal;
- Comunicação oral e Funções superiores:
 - Orientação (no tempo e espaço) e memória;
 - Análise da linguagem (articulação, fluência, nomeação, compreensão, repetição);
 - Expressão oral, coerência e lógica do discurso.



2.3. Sinais Vitais

- Temperatura auricular/axilar, em graus celsius (°C):

Valor de referência: <37,5°C;

- Frequência Respiratória, em ciclos por minuto (cpm):

Avaliar durante 30 segundos, enquanto se realiza a palpação do pulso.

Valor de referência: 12-18 cpm;

- Frequência cardíaca, em pulsos por minuto (ppm), e pulso radial:

Avaliar durante 30 segundos, bilateralmente, preferencialmente na artéria radial.

Fazer referência a amplitude, regularidade, ritmicidade, simetria e frequência.

Valor de referência: 50-100 ppm.

- Pressão Arterial (PA), em milímetros de mercúrio (mmHg):

Com um braçal adaptado à perimetria (ou dimensões) do antebraço do paciente sentado ou deitado e braço apoiado ao nível do coração, usar o método palpatório para determinar a PA sistólica. Para tal, insuflar o braçal até deixar de sentir o pulso, adicionando mais 30 mmHg após este ponto, e voltar a desinsuflar lentamente a um ritmo de 2-3 mmHg por segundo, até voltar a sentir o pulso novamente.

Posteriormente, colocar o estetoscópio na fossa cubital, sobreponível ao percurso da artéria braquial, e insuflar a braçadeira 30 mmHg acima da PA sistólica determinada pelo método palpatório. Desinsuflar novamente o braçal de forma lenta, a um ritmo de 2-3 mmHg por segundo, registando a pressão quando voltar a ouvir o batimento cardíaco - PA sistólica - e de novo quando deixar de ouvir o batimento cardíaco - PA diastólica.

Para indivíduos sem patologia cardiovascular, usar o método auscultatório para determinar PA sistólica e PA diastólica. Na primeira vez que se observa um ruído fazer pelo menos em ambos os membros superiores; de notar que a diferença entre a sistólica direita e a esquerda deve ser inferior a 10 mmHg).

Valores de referência: 90-140 mmHg (PA sistólica) / 60-90 mmHg (PA diastólica).



2.4. Exame Físico Anterior Sentado I

MÃOS

- **Inspeção;**
Antebraços em pronação: inspecionar o dorso das mãos. Com os dedos em abdução avaliar a simetria e pesquisar a presença de tremor. Inspecionar as unhas. Antebraços em supinação: pesquisar eritema palmar e outros achados.
- **Palpação:**
Pesquisar alterações de temperatura, pontos dolorosos e sua localização, bem como a presença de deformidades e tumefações; palpar a raiz ungueal, a região tenar e hipotenar; palpar o carpo e as articulações dos dedos.
- **Testar movimentos:**
Avaliar a mobilidade das articulações metacarpo-falângicas (MCF) e inter-falângicas proximais (IFP) e distais (IFD). A avaliação deve incluir a flexão e extensão (MCF, IFP e IFD), a abdução e adução (MCF). No caso do dedo polegar, é necessário avaliar, além da flexão e extensão e da adução e abdução, a oponência do polegar.

ANTEBRAÇO / COTOVELO

- **Inspeção / Palpação;**
- **Avaliação do tônus muscular:**
Mobilizar passivamente os segmentos, avaliando a presença de rigidez ou hiper mobilidade.

OMBROS

- **Inspeção / Palpação;**
Identifique e execute a palpação dos pontos de referência (clavícula, articulação acromio-clavicular, apófise coracóide, espinha da omoplata, grande tuberosidade do humero, goteira e tendão do bicipite).
- **Avaliação do tônus muscular:**
Mobilizar passivamente os segmentos, avaliando a presença de rigidez ou hiper mobilidade.
- **Testar movimentos:**
Abdução dos braços, com as mãos viradas para baixo, até 90° com posterior elevação na vertical com as mãos viradas para dentro.
Mãos atrás do pescoço com os braços em rotação externa, cotovelos para trás (Rotação externa e abdução).



Mãos colocadas atrás das costas deslocando os dedos no sentido cefálico seguindo a coluna – deve chegar à espinha da omoplata - (rotação interna e adução).

AXILAS

- Inspeção;
- Palpação dos gânglios axilares:

Utilizando luvas, segurar o braço do paciente, de modo a que este não faça contração muscular, e palpar os 5 grupos ganglionares: subescapular (na face posterior, contra a omoplata), umeral (na face lateral, contra o úmero), peitoral (na face anterior, contra o peitoral menor), central (contra a grade costal) e apical (fazendo a adução do braço do paciente).

CRÂNIO

- Inspeção e Palpação do crânio:

Palpar todos os ossos do crânio, verificando se há deformidades ou flutuação.

FACE

- Inspeção;
- Movimentos faciais ativos:

Avaliar a simetria facial e força do orbicular da boca e dos olhos. Pedir ao paciente para franzir a testa, fechar os olhos contra resistência, sorrir e encher a boca de ar. Esta manobra pretende avaliar o nervo facial;

- Articulação temporomandibular:

Palpar a articulação temporomandibular e pedir ao paciente para abrir e fechar a boca enquanto realiza a palpação.

OLHOS

- Inspeção;
- Fazer a inspeção das pálpebras, aparelho lacrimal e avaliar a coloração das esclerótidas. Avaliar a simetria das pupilas.
- Alinhamento ocular (Teste de Hirschberg):

Pedir ao paciente que olhe em frente, para o “infinito”, incidindo um feixe de luz nos seus olhos, a cerca de 50 cm de distância. Avaliar a simetria do reflexo da luz nas pupilas;

- Pupilas e reflexos fotomotor direto e consensual:

Incidir um feixe de luz sobre um olho, impedindo que a luz interfira com o contralateral, e observar, nesse mesmo olho, o reflexo fotomotor direto. Repetindo



o gesto, observar no olho contralateral o reflexo fotomotor consensual. Repetir o gesto para o outro olho. Será de esperar uma miose pupilar bilateral com a incidência do feixe de luz no olho contralateral;

- **Campos visuais:**

Com ambos os olhos abertos, devem ser testados os 4 quadrantes do campo visual, assegurando, no mínimo, uma resposta em cada quadrante. Para isso, o examinador deverá sentar-se a 1 metro do paciente, ao nível dos seus olhos, e pedir que olhe para si, sem desviar o olhar. Posteriormente, deverá colocar as mãos em frente à pessoa, uma em cada quadrante superior, e mexer alternadamente os dedos das duas mãos, perguntando ao paciente qual a mão que está a mexer. O gesto deve ser repetido para os quadrantes inferiores. Durante todo o exame, o examinador deve sempre ver os seus dedos e a posição destes deve ser ligeiramente mais próxima de si do que do paciente;

- **Movimentos oculares:**

O examinador deverá sentar-se a 1 metro do paciente, ao nível dos seus olhos, e fixar o seu queixo com uma mão. Seguidamente, pedir o paciente que olhe para o seu dedo (ou outro objeto, como uma caneta), sem desviar a cabeça, e siga o movimento do dedo com o seu olhar. Movimentar o dedo para cada uma das 6 posições do olhar, desenhando a “imagem do H” e, no final, testar a convergência do olhar, aproximando lentamente o dedo do nariz do paciente.

BOCA

- **Inspeção da boca e orofaringe:**

Realizar a inspeção com uma lanterna, iluminando toda a cavidade oral, ao mesmo tempo que se realiza a depressão da língua, que deve permanecer no interior da boca, com uma espátula no seu terço médio. Inspeccione a dentição para falhas, e reconstruções. Língua: todas as superfícies (lateralização da língua; colocada no “céu da boca”), papilas, coloração, lesões. Faringe e amígdalas.

- **Inspeção da motricidade da língua:**

Pedir ao paciente para tocar no palato com a “ponta” da língua. Seguidamente, pedir para realizar a protusão da língua e movimentá-la para a esquerda e para a direita. Estas manobras pretendem avaliar o nervo hipoglosso.

ARTÉRIA TEMPORAL

- **Palpação:**

Palpar ambas as artérias temporais superficiais, simultaneamente, anteriormente ao *tragus* auricular, movimentando-se superiormente ao longo da têmpora.



OUVIDOS

- Inspeção / Palpação;
- Acuidade auditiva:

Avaliar um lado de cada vez e pedir ao paciente que tape o ouvido contralateral. O examinador deve fazer movimentos de fricção com o cabelo do paciente ou dizer uma palavra ciciada, perguntando-lhe se ouve o ruído produzido.

PESCOÇO

- Inspeção / Movimentos;

Pedir para fazer a rotação lateral, inclinação lateral, flexão e extensão. Avaliar elevação dos ombros sobre resistência (testar o NC IX).

- Cavado Supraesternal / Palpação da traqueia:

O examinador deve estar posicionado em frente ao doente. Colocar o dedo indicador no cavado supraesternal. Palpar os bordos da traqueia para determinar se se encontra na sua posição normal (linha média);

- Palpação dos gânglios linfáticos da cabeça e pescoço (abordagem anterior):

Realizando movimentos circulares, proceder à palpação anterior das cadeias ganglionares da cabeça e pescoço, progredindo pelas cadeias occipitais, auriculares posteriores, cervicais posteriores (triângulo posterior), cervicais superficiais (sobre o músculo esternocleidomastoideu), cervicais profundas (anteriormente ao músculo esternocleidomastoideu), pré-auriculares, submandibulares e, finalmente, submentonianas. Terminar com a palpação bimanual da glândula parótida;

- Inspeção da tiroide (abordagem lateral):

Realizar a inspeção da tiroide de frente e em perfil, procurando alterações (como, por exemplo, assimetrias e nodularidades).

2.5. Exame Físico Posterior Sentado

CABEÇA E PESCOÇO

- Palpação dos gânglios supraclaviculares:

Realizar a palpação das fossas supraclaviculares, bilateralmente, pedindo ao paciente para realizar uma inspiração profunda, procurando adenomegalias;

- Palpação da tiroide:

Realizar a palpação da tiroide pelo método anterior ou posterior de acordo com a sua preferência, utilizando movimentos circulares. Durante a palpação posterior, pedir ao paciente para deglutir, avaliando a presença de alterações.



TÓRAX

- Inspeção;
- Palpação:

Verificar o alinhamento das apófises espinhosas, palpá-las e procurar a presença de pontos dolorosos, palpar em simultâneo os músculos paravertebrais ao mesmo nível;

- Percussão da excursão diafragmática:

Percutir o tórax do paciente num movimento descendente à procura do local de transição de ressonância para maciez. Nesse ponto, pedir ao paciente para realizar uma inspiração profunda, momento em que deve voltar a percutir e confirmar que o som é ressonante, identificando o limite do diafragma. Usualmente a excursão diafragmática corresponde a 2-3 cm;

- Percussão do ângulo costovertebral (“Murphy Renal”):

Percutir o ângulo costovertebral (ângulo formado pelo limite da 12^a costela e a coluna vertebral) do paciente para avaliar se este sente dor;

- Auscultação do tórax posterior e regiões axilar e supraclavicular:

Pedir ao paciente que se coloque numa posição inclinada para a frente e com os braços cruzados, pedindo que respire de forma profunda e pela boca. Numa avaliação sequencial e bilateral, evitando as omoplatas, o examinador deve avaliar toda a área torácica posterior, realizando uma avaliação simétrica e bilateral em 3 a 4 níveis. Posteriormente, auscultar as regiões axilar e supraclavicular.



2.6. Exame Físico Anterior Sentado II

TÓRAX

- Inspeção;
- Auscultação cardíaca:

Auscultar os 4 focos cardíacos (aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral) e ponto de Erb (situado no 3º espaço intercostal, no limite esquerdo do esterno) com o diafragma. Seguidamente, auscultar o foco aórtico, pulmonar e ponto (ou foco) de Erb em apneia expiratória com o diafragma, em inclinação anterior (pesquisa do sopro de insuficiência aórtica);

- Auscultação pulmonar:

Numa avaliação sequencial e bilateral, o examinador deve avaliar toda área torácica anterior. Pedir ao paciente que respire de forma profunda e pela boca, realizando a auscultação pulmonar com avaliação simétrica e bilateral, em 3 a 4 níveis.



2.7. Exame Físico Deitado a 45°

PESCOÇO

- Inspeção;
- Pulso Venoso Jugular e pesquisa de Turgescência Venosa Jugular:

Pedir ao paciente para realizar rotação lateral esquerda da cabeça. Apoiando a mão direita no esterno do paciente, apontar o foco de luz para parte inferior do bordo posterior do músculo esternocleidomastoideu direito (tangencialmente), determinar o nível do “menisco” e definir a morfologia do pulso jugular. O pulso jugular varia com manobras, aumentando com a inspiração ou manobra de valsalva;

- Auscultação carotídea:

Ao nível da cartilagem cricóide, realizar a auscultação do percurso carotídeo com o diafragma, avaliando a presença de sopros;

- Palpação pulso carotídeo:

Em caso de ausência de sopros à auscultação carotídea, fazer palpação carotídea ao nível da cartilagem cricóide, medialmente ao músculo esternocleidomastoideu, avaliando um lado de cada vez a presença de sopro carotídeo apenas “condiciona” e não contra-indica a palpação da artéria.



TÓRAX

- Inspeção;
- Auscultação cardíaca:

Devem auscultar-se os 4 focos cardíacos (aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral) e ponto de Erb (situado no 3º espaço intercostal, no limite esquerdo do esterno) com o diafragma. Seguidamente, auscultar o foco mitral com a campânula em decúbito lateral esquerdo.

MAMA (se as condições de privacidade o permitirem)

- Palpação:

O examinador deve colocar-se no lado a ser palpado. A doente deve estar inicialmente com os braços ao longo do corpo. Utiliza-se a superfície palmar dos três dedos médios para comprimir suavemente o tecido mamário contra a parede torácica, com movimentos uniformes de rotação. Toda a superfície mamária deve ser palpada, sendo por isso importante uma sistematização do trajeto a seguir, que pode ser concêntrico, paralelo ou por quadrantes. Para palpar melhor a cauda, podemos pedir à paciente para colocar o braço atrás da cabeça, expondo assim a axila. Não esquecer de palpar a região areolar e mamilar. Após examinar toda a mama, o mamilo deve ser espremido delicadamente para determinar se existe alguma secreção.



2.8. Exame Físico Deitado a 0°

ABDÓMEN

- **Inspeção;**

Observar cuidadosamente todos os quadrantes abdominais com particular destaque para a presença de cicatrizes. Pedir ao doente para tossir e observar a região umbilical e linha média para pesquisar a presença de hérnias.

- **Auscultação do abdómen:**

Auscultar os 4 quadrantes do abdómen, pelo menos durante 20 segundos cada um. Na ausência de ruídos hidroaéreos, só após 5 min de auscultação contínua é que se pode confirmar a sua ausência. Procurar também a presença de sopros aórticos (ao longo da linha média), renais (colocando o diafragma do estetoscópio 1cm acima e lateralmente ao umbigo);

- **Percussão abdominal:**

Utilizando o 3º dedo da mão dominante, num movimento único, o examinador deve percutir a falange distal do 3º dedo da mão contralateral, avaliando o som produzido pela percussão abdominal, nos quatro quadrantes;

A percussão deve começar pela região suprapúbica para avaliar repleção vesical e evitar incontinência iatrogénica e consequente constrangimento do paciente;

- **Fígado:** Começando no 2º espaço intercostal direito, percutir os espaços intercostais à procura do local de transição de ressonância para macicez;

- **Palpação superficial:**

Começar por perguntar ao paciente se tem dor em alguma região do abdómen. Com apenas 1 mão, realizar a palpação de todos os quadrantes abdominais, a palpação abdominal deve ser iniciada pelo quadrante oposto à área de interesse (onde os sintomas são referidos). Examinam-se os 4 quadrantes avaliando o grau de “defesa” muscular, sensibilidade da parede e grau de desconforto ao exame. Testar a integridade da linha branca com a cabeça em flexão;

Palpação profunda:

Realizar a palpação utilizando as 2 mãos, sendo que a mão dominante deve ficar por baixo a palpar e a não dominante deve fazer pressão sobre a dominante. Acompanhar os movimentos ventilatórios, fazendo progressão da mão com a expiração. Palpar a aorta abdominal;

Palpação do fígado e do baço:

- **Fígado:** Começar a palpação na fossa ilíaca direita. A palpação do fígado deve ser realizada com uma ou duas mãos, avançando gradualmente em direção à margem costal. A palpação deverá ser durante a inspiração e o movimento ascendente durante a expiração do paciente. Após localização da margem inferior do fígado, deve ser analisada a textura (firme, nodular



ou esponjosa). Alternativamente, poderá ser realizado a técnica do “gancho”, em que, posicionando-se perto da cabeça do paciente, deverá posicionar as duas mãos na margem costal direita e pressionar, num movimento postero-anterior, enquanto o paciente inspira profundamente;

- **Baço:** Iniciar a palpação na fossa ilíaca direita. Deverá realizar-se uma técnica semelhante à palpação hepática, movendo as mãos em direção ao hipocôndrio esquerdo. No fim, poderá optar-se por uma técnica de posicionamento da mão esquerda na margem costal esquerda, realizando um movimento anterior da grade de forma a facilitar a palpação esplénica.

REGIÃO INGUINAL

- **Inspeção e palpação:**

Palpar o pulso femoral bilateralmente e pesquisar gânglios linfáticos. Pesquisar a presença de hérnias primeiro por inspeção, pedindo ao doente para tossir e observando a região inguinal e triângulo femoral. Depois, por palpação, pedindo novamente ao doente para tossir, enquanto se palpa a região inguinal e o triângulo femoral, bilateralmente.



MEMBROS INFERIORES

- **Inspeção;**
- Pesquisar a presença de lesões cutâneas, úlceras e calosidades. Observar a coloração da pele, as unhas e espaços interdigitais. Observar a presença de varizes. Comparar a simetria dos membros (angulações em varus/valgus) e observar as massas musculares.
- **Avaliação do tônus muscular dos membros inferiores:**
Mobilizar passivamente os vários segmentos dos membros inferiores, avaliando a presença de rigidez ou hipermobilidade e a simetria;
- **Testar movimentos:**
 - **Anca:** flexão, adução e abdução;
 - **Joelho:** flexão e extensão;
 - **Tornozelos:** flexão e extensão;
- **Reflexos osteotendinosos:**
 - **Rotuliano (L4):** Fletir ligeiramente o joelho, pousando-o sobre o antebraço esquerdo do examinador, que pousa sobre o membro contralateral (tipo alavanca). Deverá ser percutido o tendão do quadrícipite, inferiormente à rótula, e verificado o movimento de extensão do joelho;
 - **Aquiliano (S1):** Fletir o joelho, colocando o tornozelo sobre a perna contralateral e fazendo dorsiflexão forçada do tornozelo. Deverá ser percutido o tendão de Aquiles, superiormente ao calcâneo, e sentido o movimento de flexão plantar;
- **Reflexo cutâneo-plantar:**
Com uma espátula, passar rapidamente pelo bordo lateral da base dos pés, num movimento postero-anterior e retilíneo. Avaliar o movimento dos dedos do pé, tratando-se de um teste negativo, no caso de flexão dos dedos, e positivo, no caso de extensão dos mesmos (sinal de Babinski);
- **Palpação dos pulsos dos membros inferiores:**
Realizar a palpação dos pulsos tibiais posteriores (posteriormente ao maléolo medial, entre o tendão tibial posterior e o flexor longo dos dedos) e pediosos (em dorsiflexão, entre o tendão do extensor longo dos dedos e o longo do hálux). Palpar o pulso poplíteo e no cavado poplíteo pesquisar a presença de glanglios ou tumefações.



2.9. Exame Físico em Posição Ortostática

COLUNA

- Inspeção;
- Palpação:

O examinador deve verificar a presença de pontos dolorosos, contratura da musculatura paravertebral e possíveis massas cervicais. Deve ainda ser avaliada a mobilização ativa (feita pelo paciente) e a passiva (realizada pelo examinador).

3. Exame Físico Completo

- 3.1. Aparência Geral
- 3.2. Dados Antropométricos
- 3.3. Sinais Vitais
- 3.4. Exame Físico da Cabeça e Pescoço
- 3.5. Exame Físico do Tórax
- 3.6. Exame Físico do Abdómen
- 3.7. Rigidez da Nuca
- 3.8. Exame Físico dos Membros Inferiores
- 3.9. Exame Físico dos Membros Superiores
- 3.10. Estação e Marcha



3. Exame Físico Completo

Este capítulo aborda o exame físico completo, estruturado por regiões. Em primeiro lugar, descreve-se o modo de medição dos sinais vitais e dos dados antropométricos. Seguidamente, o exame físico encontra-se dividido por regiões com o paciente sentado, deitado e de pé.

Previamente à realização das diferentes manobras descritas, sejam de percussão, palpação, auscultação ou mobilização, o examinador deverá proceder à inspeção cuidada de todas as áreas do corpo do paciente.



3.1. Aspeto Geral

Os seguintes dados semiológicos podem e devem em certa medida serem colhidos durante a entrevista.

- Aparência quanto ao estado de saúde e nutrição, sinais de sofrimento (esgar de dor, dificuldade respiratória);
- Idade aparente (cabelos, rugas da face, mãos, olhos, voz, flexibilidade de movimentos...);
- Defeitos físicos / deformidades óbvias (limitações auditivas ou visuais, mímica facial espontânea,...);
- Postura e Marcha (coordenação, gestos,...)
- Higiene pessoal;
- Hálito e Odor corporal;
- Comunicação oral e Funções superiores:
 - Orientação (no tempo e espaço) e memória;
 - Análise da linguagem (articulação, fluência, nomeação, compreensão, repetição);
 - Expressão oral, coerência e lógica do discurso.

3.2. Dados Antropométricos

Os seguintes dados semiológicos podem e devem em certa medida serem colhidos durante a entrevista.

- Altura, em metros (m);
- Peso, em quilogramas (kg);
- Perímetro abdominal, em centímetros (cm):

Deve ser avaliado com o paciente em pé e com o abdómen exposto. Palpar as cristas ilíacas nos flancos e colocar a fita métrica à volta do abdómen, 2 cm acima das mesmas, na posição horizontal.
Valores de referência: <80 cm (mulher) e <94 cm (homem);
- Índice de Massa Corporal (IMC):

Deve ser calculado de acordo com a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$



3.3. Sinais Vitais

- **Temperatura auricular/axilar, em graus celsius (°C):**

Valor de referência: <37,5°C;

- **Frequência Respiratória, em ciclos por minuto (cpm):**

Avaliar durante 30 segundos, enquanto se realiza a palpação do pulso.

Valor de referência: 12-18 cpm;

- **Frequência cardíaca, em pulsos por minuto (ppm), e pulso radial:**

Avaliar durante 30 segundos, bilateralmente, preferencialmente na artéria radial. Fazer referência a amplitude, regularidade, ritmicidade, simetria e frequência.

Valor de referência: 50-100 ppm.

De ressaltar que, apesar de estar descrita a palpação do pulso radial, este não é um sinal vital. Ainda assim, é habitualmente avaliado juntamente com a frequência cardíaca;

- **Pressão Arterial (PA), em milímetros de mercúrio (mmHg):**

Com um braçal adaptado à fisionomia da pessoa, com o paciente sentado ou deitado e braço apoiado ao nível do coração, usar o método palpatório para determinar a PA sistólica. Para tal, insuflar o braçal até deixar de sentir o pulso, adicionando mais 30 mmHg após este ponto, e voltar a desinsuflar lentamente a um ritmo de 2-3 mmHg por segundo, até voltar a sentir o pulso novamente.

Posteriormente, colocar o estetoscópio na fossa cubital, sobreponível ao percurso da artéria braquial, e insuflar a braçadeira 30 mmHg acima da PA sistólica determinada pelo método palpatório. Desinsuflar novamente o braçal de forma lenta, a um ritmo de 2-3 mmHg por segundo, registando a pressão quando voltar a ouvir o batimento cardíaco - PA sistólica - e de novo quando deixar de ouvir o batimento cardíaco - PA diastólica.

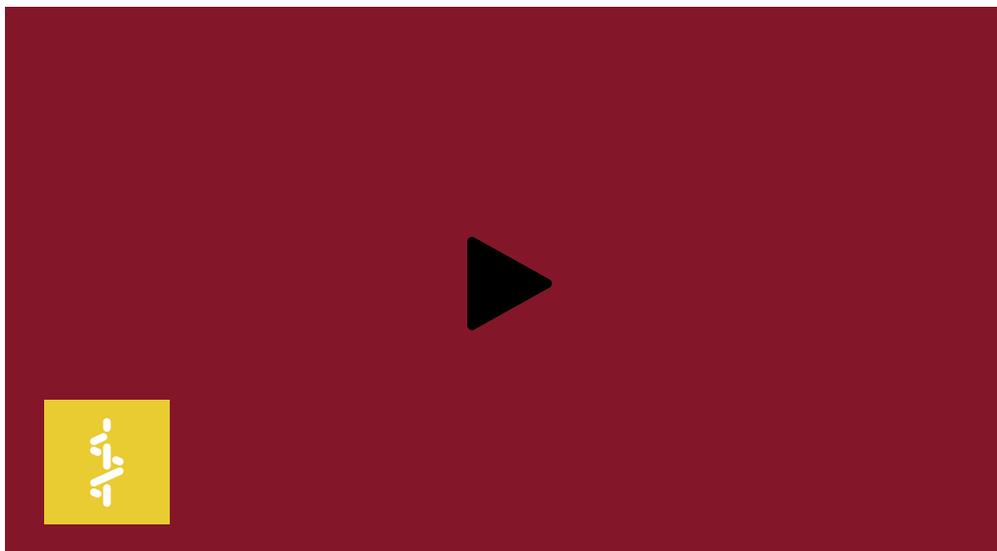
Para indivíduos sem patologia cardiovascular, usar o método auscultatório para determinar PA sistólica e PA diastólica. Na primeira vez que se observa um doente fazer pelo menos em ambos os membros superiores; de notar que a diferença entre a sistólica direita e a esquerda deve ser inferior a 10 mmHg).

Valores de referência: 90-140 mmHg (PA sistólica) / 60-90 mmHg (PA diastólica).



3.4. Exame Físico da Cabeça e Pescoço

- **Palpação do crânio e couro cabeludo:**
Palpar todos os ossos do crânio, verificar se há deformidades ou flutuação;
- **Inspeção do cabelo;**
- **Palpação dos gânglios linfáticos da cabeça e pescoço (abordagem anterior):**
Realizando movimentos circulares, proceder à palpação anterior das cadeias ganglionares da cabeça e pescoço, progredindo pelas cadeias occipitais, auriculares posteriores, cervicais posteriores (triângulo posterior), cervicais superficiais (sobre o músculo esternocleidomastoídeo), cervicais profundas (anteriormente ao músculo esternocleidomastoídeo), pré-auriculares, submandibulares e, finalmente, submentonianas. Terminar com a palpação bimanual da glândula parótida;

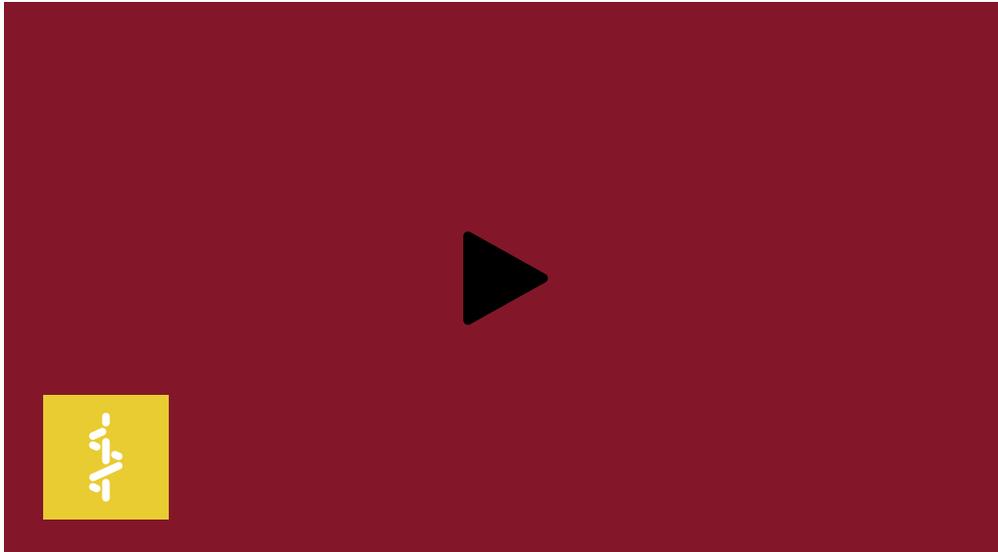


Vídeo 1
Exame físico – ossos do crânio e gânglios cervicais.

- **Acuidade visual:**
Avaliar um olho de cada vez e respeitar a distância escrita na tabela de Snellen (geralmente 3 m);
- **Inspeção do olho e anexos;**
- **Campos visuais (com ambos os olhos abertos):**
Com ambos os olhos abertos, devem ser testados os 4 quadrantes do campo visual, assegurando, no mínimo, uma resposta em cada quadrante. Para isso, o examinador deverá sentar-se a 1 metro do paciente, ao nível dos seus olhos, e pedir que olhe para si, sem desviar o olhar. Posteriormente, deverá colocar as mãos em frente à pessoa, uma em cada quadrante superior, e mexer alternadamente os dedos das duas mãos, perguntando ao paciente qual a mão que está a mexer. O gesto deve ser repetido para os quadrantes



inferiores. Durante todo o exame, o examinador deve sempre ver os seus dedos e a posição destes deve ser ligeiramente mais próxima de si do que do paciente;



Vídeo 2
Exame físico – acuidade visual, inspeção do olho e anexos e campos visuais.

- **Movimentos oculares:**

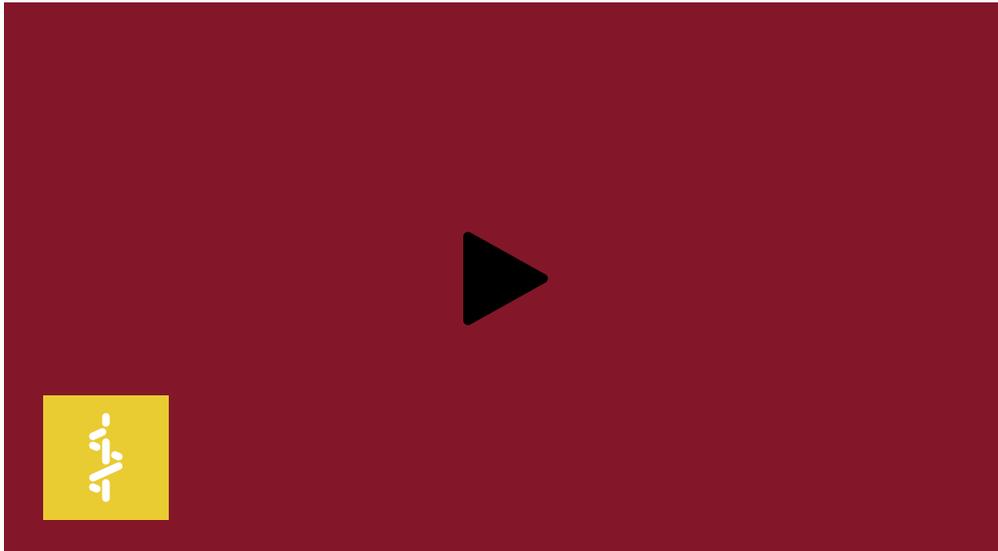
O examinador deverá sentar-se a 1 metro do paciente, ao nível dos seus olhos e fixando o seu queixo com uma mão. Seguidamente, pedir o paciente que olhe para o seu dedo (ou outro objeto, como uma caneta), sem desviar a cabeça, e siga o movimento do dedo com o seu olhar. Movimentar o dedo para cada uma das 6 posições do olhar, desenhando a “imagem do H” e, no final, testar a convergência do olhar, aproximando lentamente o dedo do nariz do paciente;

- **Alinhamento ocular (Teste de Hirschberg):**

Pedir ao paciente que olhe em frente, para o “infinito”, incidindo um feixe de luz nos seus olhos, a cerca de 50 cm de distância. Avaliar a simetria do reflexo da luz nas pupilas;

- **Pupilas e reflexos fotomotor direto e consensual:**

Incidir um feixe de luz sobre um olho, impedindo que a luz interfira com o contralateral, e observar, nesse mesmo olho, o reflexo fotomotor direto. Repetindo o gesto, observar no olho contralateral o reflexo fotomotor consensual. Repetir o gesto para o outro olho. Será de esperar uma miose pupilar bilateral com a incidência do feixe de luz no olho contralateral;

**Video 3**

Exame físico
– movimentos oculares,
alinhamento ocular,
pupilas e reflexos
fotomotor direto
e consensual

- **Fundoscopia:**
Pedir ao paciente para olhar em frente; o examinador deve posicionar-se a 30°. Avaliar o reflexo vermelho e, em seguida, focar na retina, aproximando o fundoscópio. Avaliar os 4 quadrantes e o disco óptico (há uma veia e uma artéria por quadrante, sendo que as veias são mais espessas) No final, pedir ao paciente que olhe na direção da luz, para avaliar a mácula (mais temporal);
- **Inspeção e palpação do pavilhão auricular;**
- **Acuidade auditiva:**
Avaliar um lado de cada vez e pedir ao paciente que tape o ouvido contralateral. O examinador deve fazer movimentos de fricção com o cabelo do paciente ou dizer uma palavra ciciada, perguntando-lhe se ouve o ruído produzido;
- **Testes de Rinne e de Weber:**
 - **Rinne:** Avaliar bilateralmente. Colocar a base do diapasão na apófise mastóide do paciente e pedir ao paciente que avise quando deixar de ouvir (CO). Assim que isso acontecer, colocar o diapasão a vibrar perto do pavilhão auricular e perguntar se ainda ouve (CA);
 - **Webber:** Colocar a base do diapasão a vibrar num ponto mediano do crânio (ptérion ou glabella) e perguntar ao paciente se o som lateraliza para algum ouvido ou se é igual de ambos os lados;
- **Otoscopia:**
Retilizar o canal auditivo externo, movendo o pavilhão auricular posterior, lateral e superiormente em adultos (ou posterior, lateral e inferiormente em crianças);
- **Palpação e percussão dos seios perinasais:**
Palpação das bolhas etmoidais e percussão dos seios frontais e maxilares;
- **Inspeção das fossas nasais;**



- **Teste da permeabilidade das fossas nasais:**
O examinador deve pedir ao paciente para tapar, alternadamente, uma narina e inspirar/expirar;
- **Inspeção da boca e orofaringe:**
Realizar a inspeção com uma lanterna, iluminando toda a cavidade oral, ao mesmo tempo que se realiza a depressão da língua, que deve permanecer no interior da boca, com uma espátula no seu terço médio;
- **Inspeção da motricidade da língua:**
Pedir ao paciente para tocar no palato com a “ponta” da língua. Seguidamente, pedir para realizar a protusão da língua e movimentá-la para a esquerda e para a direita. Estas manobras pretendem avaliar o nervo hipoglosso;
- **Elevação do palato:**
Pedir ao doente para dizer “aaaaaaaah” e avaliar a simetria da elevação da úvula;
- **Protrusão e palpação da língua:**
Usar luvas. Palpação bimanual: uma mão segura o ápex da língua no exterior da boca com uma compressa; a outra mão palpa a língua com o 2º dedo (não esquecer de palpar as faces laterais e o ápex);
- **Palpação do pavimento da boca:**
Usar luvas. Palpação bimanual: uma mão segura a mandíbula (1º e 3º dedos) e serve de base (2º dedo); a outra palpa o interior da boca com o 2º dedo;
- **Sensibilidade da face:**
Testar bilateralmente, nos 3 níveis dos ramos do trigémio (frontal, maxilar e mandibular). Testar apenas tato ligeiro ou toque (compressa ou algodão), se não houver queixas dirigidas. Esta manobra pretende avaliar o nervo trigémio;



Vídeo 4
Exame físico
– sensibilidade da face.



- **Palpação da artéria temporal:**
Palpar ambas as artérias temporais superficiais, simultaneamente, anteriormente ao tragus auricular, movimentando-se superiormente ao longo da têmpora;
- **Palpação da articulação temporomandibular:**
Palpar a articulação temporomandibular e pedir ao paciente para abrir e fechar a boca enquanto realiza a palpação;
- **Tónus do masseter:**
Pedir ao paciente para cerrar os dentes com força. Esta manobra pretende avaliar o nervo trigémio;
- **Movimentos faciais ativos:**
Avaliar a simetria facial e força do orbicular da boca e dos olhos. Pedir ao paciente para franzir a testa, fechar os olhos contra resistência, sorrir e encher a boca de ar. Esta manobra pretende avaliar o nervo facial;



Vídeo 5
Exame físico
– movimentos faciais
ativos.

- **Elevação dos ombros e rotação da cabeça;**
Pedir ao paciente para elevar os ombros contra a pressão do examinador, que deve colocar ambas as mãos nos ombros do paciente. Seguidamente, o examinador deve colocar a mão na região lateral da face do paciente e pedir para este rodar a cabeça contra a sua mão, enquanto palpa o músculo esternocleidomastoideu. Esta manobra pretende avaliar o nervo acessório;
- **Cavado Supraesternal / Palpação da traqueia:**
O examinador deve estar posicionado em frente ao doente. Colocar o dedo indicador no cavado supraesternal. Palpar os bordos da traqueia para determinar se se encontra na sua posição normal (linha média);



- **Inspeção da tiroide (abordagem lateral):**
Realizar a inspeção da tiroide de frente e em perfil, procurando alterações (como, por exemplo, assimetrias e nodularidades);
- **Palpação da tiroide:**
Realizar a palpação da tiroide, utilizando movimentos circulares. Durante a palpação posterior, pedir ao paciente para deglutir, avaliando a presença de alterações;
- **Palpação dos gânglios supraclaviculares:**
Realizar a palpação das fossas supraclaviculares, bilateralmente, pedindo ao paciente para realizar uma inspiração profunda, procurando adenomegalias.



3.5. Exame Físico do Tórax

- **Inspeção do dorso;**
- **Palpação:**

Verificar o alinhamento das apófises espinhosas, palpá-las e procurar a presença de pontos dolorosos;
- **Percussão da excursão diafragmática:**

Percutir o tórax do paciente num movimento descendente à procura do local de transição de ressonância para macicez. Nesse ponto, pedir ao paciente para realizar uma inspiração profunda, momento em que deve voltar a percutir e confirmar que o som é ressonante, identificando o limite do diafragma. Usualmente a excursão diafragmática corresponde a 2-3 cm;
- **Percussão do ângulo costovertebral (“Murphy Renal”):**

Percutir o ângulo costovertebral (ângulo formado pelo limite da 12ª costela e a coluna vertebral) do paciente para avaliar se este sente dor;
- **Expansibilidade do tórax posterior:**

Deve colocar as mãos no terço médio do tórax do paciente (evitando as omoplatas, mas sem sair da área costal) e aproximá-las de modo a que se forme uma prega cutânea entre elas, com os polegares paralelos. Seguidamente, deve pedir ao paciente para inspirar/expirar profundamente, acompanhando com as mãos sobre o tórax e avaliando a simetria do movimento das mãos;
- **Frémitos vocais do tórax posterior:**

Numa avaliação sequencial e bilateral, palpar o dorso do paciente, nos espaços intercostais, 3 a 4 níveis, com o bordo cubital da mão, evitando as omoplatas e pedindo ao paciente para repetir a palavra “33”;
- **Percussão do tórax posterior:**

Numa avaliação sequencial e bilateral, percutir o dorso do paciente, nos espaços intercostais, 3 a 4 níveis, evitando as omoplatas. Deve ser avaliada a qualidade do som percutido;
- **Auscultação do tórax posterior:**

Pedir ao paciente que se coloque numa posição inclinada para a frente e com os braços cruzados, pedindo que respire de forma profunda e pela boca. Numa avaliação sequencial e bilateral, evitando as omoplatas, o examinador deve avaliar toda a área torácica posterior, realizando uma avaliação simétrica e bilateral em 3 a 4 níveis;
- **Frémitos vocais das axilas e ápices:**

Numa avaliação sequencial e bilateral, palpar as axilas e ápices pulmonares do paciente, nos espaços intercostais, com o bordo cubital da mão, pedindo ao paciente para repetir a palavra “33”;



- **Percussão das axilas e ápices;**
Numa avaliação sequencial e bilateral, percutir as axilas e ápices pulmonares do paciente. Deve ser avaliada a qualidade do som percutido;
- **Auscultação das axilas e ápices;**
Numa avaliação sequencial e bilateral, auscultar as axilas e ápices pulmonares, pedindo ao paciente que respire de forma profunda e pela boca;
- **Inspeção do tórax anterior;**
- **Palpação dos 4 pontos cardíacos:**
Palpar os 4 pontos cardíacos com a polpa dos dedos (2º e 3º);
- **Pesquisa da área de impulso máximo:**
Iniciar a procura com toda a palma da mão ou a zona das cabeças dos metacárpicos, apoiada no 5º espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e a linha médio-clavicular e progredir com a mão toda medialmente. Caso não se sinta deve-se pedir ao paciente para se inclinar anteriormente;
- **Auscultação cardíaca:**
Auscultar os 4 focos cardíacos (aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral) e ponto de Erb (situado no 3º espaço intercostal, no limite esquerdo do esterno) com o diafragma. Seguidamente, auscultar os focos aórtico e pulmonar em apneia expiratória com o diafragma, em inclinação anterior (pesquisa do sopro de insuficiência aórtica);

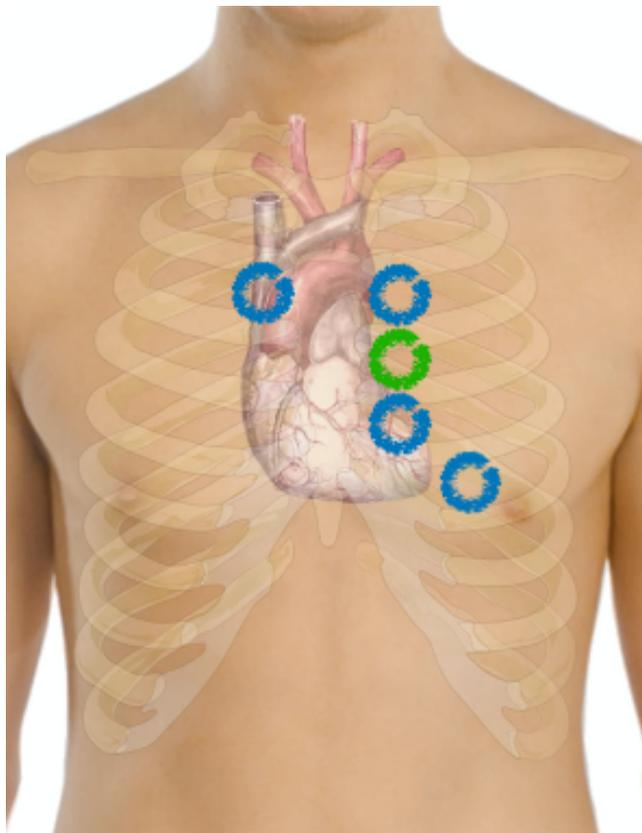


Imagem 1
Anatomia de superfície do tórax anterior com os 4 focos de auscultação cardíaca (a azul) e ponto de Erb (a verde)^[3].



- **Auscultação carotídea:**

Ao nível da cartilagem cricóide, realizar a auscultação do percurso carotídeo com o diafragma, avaliando a presença de sopros;
- **Palpação pulso carotídeo:**

Em caso de ausência de sopros à auscultação carotídea, fazer palpação carotídea ao nível da cartilagem cricóide, medialmente ao músculo esternocleidomastoídeo, avaliando um lado de cada vez;
- **Pulso Venoso Jugular e pesquisa de Turgescência Venosa Jugular:**

Pedir ao paciente para realizar rotação lateral esquerda da cabeça. Apoiando a mão direita no esterno do paciente, apontar o foco de luz para parte inferior do bordo posterior do músculo esternocleidomastoídeo direito (tangencialmente), observando o pulso jugular. O pulso jugular varia com manobras, aumentando com a inspiração ou manobra de valsalva;
- **Refluxo abdominojugular:**

Após avaliar o pulso venoso jugular e mantendo exatamente a mesma posição do doente e do médico, pressionar o epigastro (não se deve fazer pressão sobre o fígado) com a mão esquerda, para cima (contra o diafragma), mantendo a pressão durante 10 segundos;
- **Frémitos vocais do tórax anterior:**

Numa avaliação sequencial e bilateral, palpar o tórax do paciente, nos espaços intercostais, 3 a 4 níveis, com o bordo cubital da mão, evitando as omoplastas e pedindo ao paciente para repetir a palavra “33”;
- **Percussão do tórax anterior:**

Numa avaliação sequencial e bilateral, percutir o tórax do paciente 3 a 4 níveis. Deve ser avaliada a qualidade do som percutido;
- **Auscultação do tórax anterior:**

Pedir ao paciente que respire de forma profunda e pela boca. Numa avaliação sequencial e bilateral, o examinador deve avaliar toda área torácica anterior, realizando uma avaliação simétrica e bilateral em 3 a 4 níveis;
- **Palpação dos focos cardíacos:**

Palpar os 4 pontos cardíacos com a polpa dos 2º e 3º dedos;
- **Auscultação cardíaca:**

Devem auscultar-se os 4 focos cardíacos (aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral) e ponto de Erb (situado no 3º espaço intercostal, no limite esquerdo do esterno) com o diafragma. Seguidamente, auscultar o foco mitral com a campânula em decúbito lateral esquerdo (para pesquisa do sopro de estenose mitral);



- **Palpação mamária (se as condições de privacidade o permitirem):**

O examinador deve colocar-se no lado a ser palpado. A doente deve estar inicialmente com os braços ao longo do corpo. Utiliza-se a superfície palmar dos três dedos médios para comprimir suavemente o tecido mamário contra a parede torácica, com movimentos uniformes de rotação. Toda a superfície mamária deve ser palpada, sendo por isso importante uma sistematização do trajeto a seguir, que pode ser concêntrico, paralelo ou por quadrantes. Para palpar melhor a cauda, podemos pedir à paciente para colocar o braço atrás da cabeça, expondo assim a axila. Não esquecer de palpar a região areolar e mamilar. Após examinar toda a mama, o mamilo deve ser espremido delicadamente para determinar se existe alguma secreção.



3.6. Exame Físico do Abdómen

- **Inspeção do abdómen:**
Avaliar contornos, formato, deformidades, assimetrias, coloração, alterações cutâneas, massas;
- **Pesquisa de hérnias:**
Primeiro, por inspeção, pedindo ao doente para tossir e observando a região umbilical, linha média, região inguinal e triângulo femoral. Depois, por palpação, pedindo novamente ao doente para tossir, enquanto se palpa a região inguinal e o triângulo femoral, bilateralmente;
- **Palpação dos gânglios inguinais:**
Palpar a região inguinal inferiormente ao ligamento inguinal;
- **Auscultação do abdómen:**
Auscultar os 4 quadrantes do abdómen, pelo menos durante 20 segundos cada um. Na ausência de ruídos hidroaéreos, só após 5 min de auscultação contínua é que se pode confirmar a sua ausência. Procurar também a presença de sopros aórticos (ao longo da linha média), renais (colocando o diafragma do estetoscópio 1cm acima e lateralmente ao umbigo);
- **Percussão abdominal:**

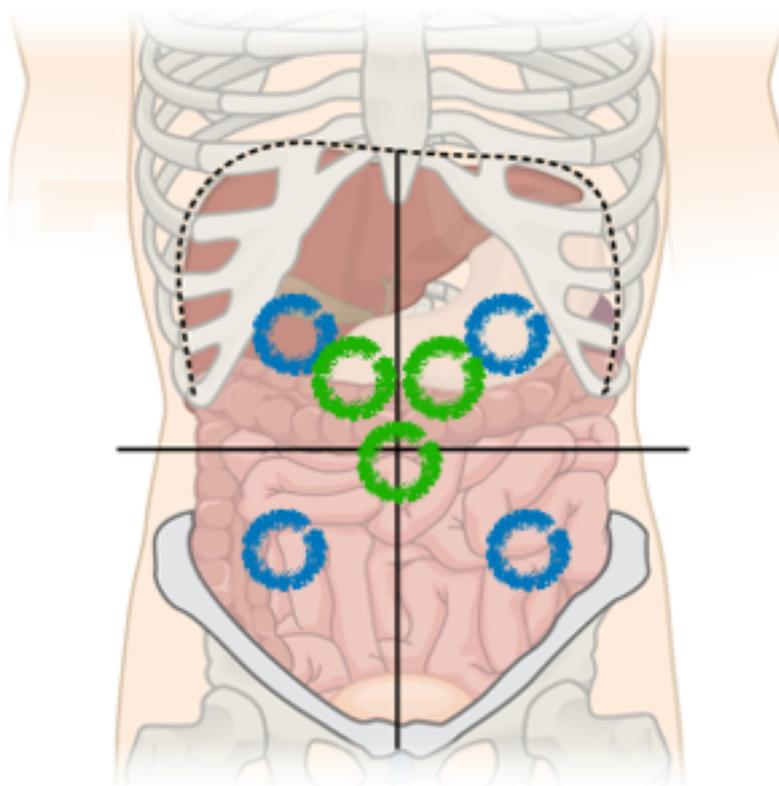


Imagem 2
Anatomia de superfície do abdómen com focos de auscultação abdominal em cada quadrante (a azul) e focos aórtico e renais (a verde)^[4].



Utilizando o 3º dedo da mão dominante, num movimento único, o examinador deve percutir a falange distal do 3º dedo da mão contralateral, avaliando o som produzido pela percussão abdominal, nos quatro quadrantes;

- **Pesquisa de ascite por percussão:**

Método da macicez variável dos flancos: Fazer percussão periumbilical e em seguida colocar o doente em decúbito lateral esquerdo, fazendo percussão periumbilical e no flanco direito (flanco que fica para cima). Este método apresenta maior sensibilidade (basta um flanco);

- **Percussão do limite hepático superior:**

Começando no 2º espaço intercostal direito, percutir os espaços intercostais à procura do local de transição de ressonância para macicez;

- **Palpação superficial:**

Começar por perguntar ao paciente se tem dor em alguma região do abdómen. Com apenas 1 mão, realizar a palpação de todos os quadrantes abdominais, deixando as regiões potencialmente dolorosas ou referidas como tal para o final;

- **Palpação profunda:**

Realizar a palpação utilizando as 2 mãos, sendo que a mão dominante deve ficar por baixo a palpar e a não dominante deve fazer pressão sobre a dominante. Acompanhar os movimentos ventilatórios, fazendo progressão da mão com a expiração. Palpar a aorta abdominal;

- **Palpação do fígado e do baço:**

- **Fígado:** Começar a palpação na fossa ilíaca direita. A palpação do fígado deve ser realizada com uma ou duas mãos, avançando gradualmente em direção à margem costal. A palpação deverá ser durante a inspiração e o movimento ascendente durante a expiração do paciente. Após localização da margem inferior do fígado, deve ser analisada a textura (firme, nodular ou esponjosa). Alternativamente, poderá ser realizado a técnica do “gancho”, em que, posicionando-se perto da cabeça do paciente, deverá posicionar as duas mãos na margem costal direita e pressionar, num movimento postero-anterior, enquanto o paciente inspira profundamente;
- **Baço:** Iniciar a palpação na fossa ilíaca direita. Deverá realizar-se uma técnica semelhante à palpação hepática, movendo as mãos em direção ao hipocôndrio esquerdo. No fim, poderá optar-se por uma técnica de posicionamento da mão esquerda na margem costal esquerda, realizando um movimento anterior da grade de forma a facilitar a palpação esplénica.



3.7. Rigidez da Nuca

Pesquisa de rigidez da nuca e outros sinais meníngeos:

- Sinal de Kernig:

Fletir passivamente da coxa a 90° e elevar em seguida a perna, fazendo um ângulo de 90° no joelho. A flexão reflexa do pescoço constitui um sinal positivo. Repetir para o membro contralateral. Um sinal positivo bilateralmente aumenta a sensibilidade;

- Sinal de Brudzinski:

Fletir passivamente o pescoço. A flexão reflexa dos MIs constitui um sinal positivo.



Vídeo 6
Exame físico – pesquisa de sinais meníngeos.



3.8. Exame Físico dos Membros Inferiores

Devem ser avaliados:

- **Inspeção:**
Avaliar pele, músculos, articulações;
- **Avaliação do tônus muscular:**
Mobilizar passivamente os vários segmentos dos membros inferiores, avaliando a presença de rigidez ou hiper mobilidade e a simetria;
- **Força global (Prova de Mingazzini):**
Pedir ao paciente para, com os olhos fechados, manter os membros inferiores fletidos a 90° na coxa e 90° no joelho, com estes ligeiramente afastados, durante 5 segundos;
- **Força segmentar:**
Testar contra resistência:
 - Flexão (L2) e extensão da coxa;
 - Flexão e extensão (L3-L4) do joelho;
 - Dorsiflexão (L4) e flexão plantar (S1) do tornozelo;
 - Dorsiflexão (L5) e flexão plantar do hálux;

Ver vídeo 7

- **Reflexos osteotendinosos:**
 - **Rotuliano (L4):** Fletir ligeiramente o joelho, pousando-o sobre o antebraço esquerdo do examinador, que pousa sobre o membro contralateral (tipo alavanca). Deverá ser percutido o tendão do quadricípite, inferiormente à rótula, e verificado o movimento de extensão do joelho;
 - **Aquiliano (S1):** Fletir o joelho, colocando o tornozelo sobre a perna contralateral e fazendo dorsiflexão forçada do tornozelo. Deverá ser percutido o tendão de Aquiles, superiormente ao calcâneo, e sentido o movimento de flexão plantar;
- **Reflexo cutâneo-plantar:**
Com uma espátula, passar rapidamente pelo bordo lateral da base dos pés, num movimento postero-anterior e retilíneo. Avaliar o movimento dos dedos do pé, tratando-se de um teste negativo, no caso de flexão dos dedos, e positivo, no caso de extensão dos mesmos (sinal de Babinski);



- **Pesquisa de clónus aquiliano:**

Com o paciente deitado, apoiar a perna no antebraço do examinador e causar a dorsiflexão forçada do pé. É importante apoiar a perna porque a mão do examinador deve estar a sentir o músculo gastrocnemius do paciente para aumentar a sensibilidade do teste;

- **Prova calcanhar-joelho:**

Pedir ao paciente que, com os olhos fechados, deslize o calcanhar desde o joelho contralateral, ao longo da perna até ao tornozelo. Testar bilateralmente;

Ver Vídeo 8

- **Palpação dos pulsos dos membros inferiores:**

Realizar a palpação dos pulsos tibiais posteriores (posteriormente ao maléolo medial, entre o tendão tibial posterior e o flexor longo dos dedos) e pediosos (em dorsiflexão, entre o tendão do extensor longo dos dedos e o longo do hálux);

Devem ser avaliados apenas se queixas:

- **Sensibilidades posturais:**

Fechar os olhos do doente e mobilizar o hálux (dorsiflexão-flexão plantar, agarrando nas faces laterais do hálux), pedindo-lhe que indique se este está “para cima” ou “para baixo”. Testar bilateralmente;

- **Sensibilidade táctil e álgica:**

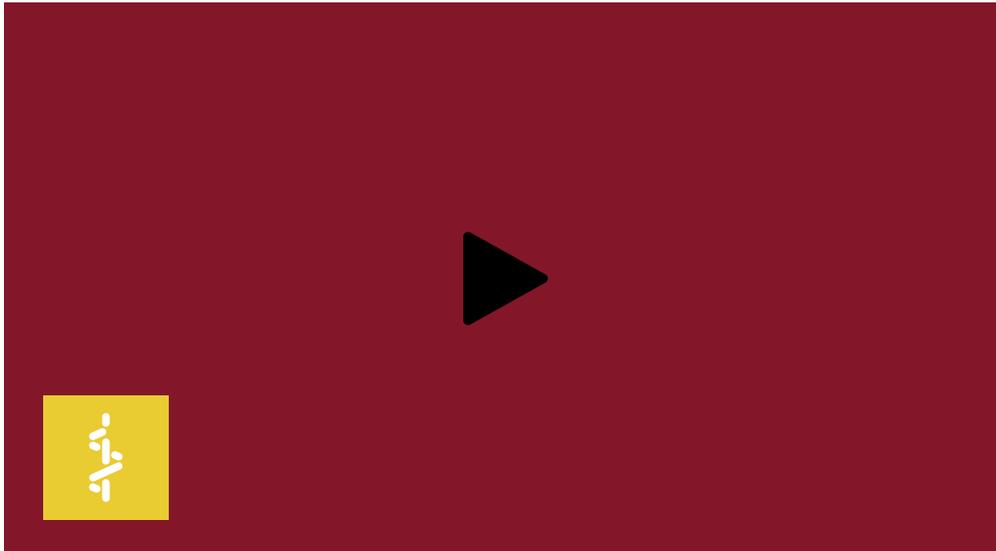
Testar a vários níveis/dermátomos, com uma compressa/algodão e um objeto pontiagudo. Fazer avaliação sempre de forma simétrica.



3.9. Exame Físico dos Membros Superiores

Devem ser avaliados:

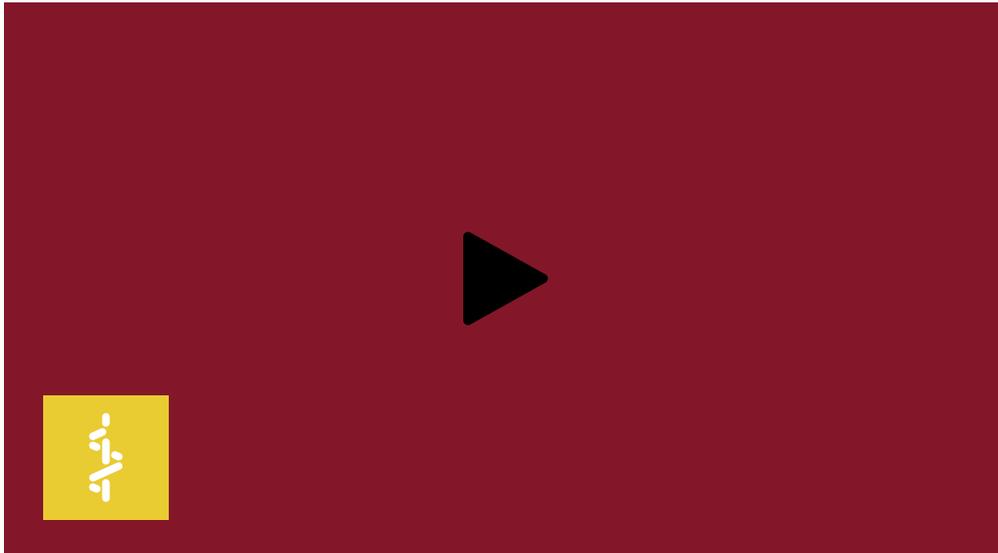
- **Inspeção:**
Pele, músculos, articulações;
- **Palpação das mãos:**
Pesquisar alterações de temperatura, pontos dolorosos e sua localização, bem como a presença de deformidades e tumefações;
- **Palpação dos gânglios axilares:**
Utilizando luvas, segurar o braço do paciente, de modo a que este não faça contração muscular, e palpar os 5 grupos ganglionares: subescapular (na face posterior, contra a omoplata), umeral (na face lateral, contra o úmero), peitoral (na face anterior, contra o peitoral menor), central (contra a grade costal) e apical (fazendo a adução do braço do paciente);
- **Avaliação do tónus muscular:**
Mobilizar passivamente os segmentos, avaliando a presença de rigidez ou hipermobilidade;
- **Pesquisa de asterixis / flapping:**
Colocar o doente com os braços estendidos e com os punhos em dorsiflexão. Para tornar o teste mais sensível, podemos forçar a dorsiflexão dos punhos;
- **Força global (Prova dos braços estendidos):**
Manter os membros superiores estendidos, ligeiramente afastados, com as mãos em supinação, com os olhos fechados, durante 10 segundos;
- **Força segmentar:**
Testar contra resistência:
 - Adução (C5-6) e abdução (C5-6) do ombro;
 - Flexão (C5-6) e extensão (C7) do cotovelo;
 - Flexão (C7) e extensão (C6) do punho;
 - Abdução dos dedos (“leque”) (C8-T1), flexão dos dedos (“garra”) (C8) e pinça polegar-indicador (C8-T1);

**Vídeo 7**

Exame físico – força muscular dos membros.

- Reflexos osteotendinosos:
 - Tricipital (C7): Pousar o braço do doente sobre o antebraço do examinador, com a mão pendente. Deve ser palpado o olecrâneo enquanto referência anatômica e percutir o tendão 2-3 cm proximalmente a este;
 - Bicipital (C5): Pousar o antebraço do doente sobre o antebraço do examinador, segurando o cotovelo com a mão e pousando o polegar do examinador sobre o tendão bicipital. Percutir sobre o leito ungueal do examinador;
 - Braquioradial (C6): Pousar o antebraço do doente. Destacar que deve ser palpada a apófise radial enquanto referência anatômica, percutindo 1-2 cm proximalmente, diretamente sobre o tendão ou com interposição do polegar do examinador;
 - Flexor dos dedos (C7): Pousar a mão/antebraço do doente. Percutir na face volar, 2-3 cm proximalmente à articulação do punho, diretamente sobre o tendão ou com interposição do polegar do examinador;
- Prova dedo-nariz:

Com os olhos abertos e com a cabeça fixada, pedir ao doente que vá tocando alternadamente no seu nariz e no dedo do examinador, enquanto que este vai mudando de posição;



Vídeo 8
Exame físico – provas cerebelosas.

Devem ser avaliados apenas se queixas:

- Teste de Hoffman:

Testa mielopatia. Friccionar/agitar a falange distal do 3º dedo. Teste positivo se causar flexão reflexa da articulação metacarpofalângica do polegar.



3.10. Estação e Marcha

- Inspeção da coluna;
- Palpação da coluna:

O examinador deve verificar a presença de pontos dolorosos, contratura da musculatura paravertebral e possíveis massas cervicais. Deve ainda ser avaliada a mobilização ativa (feita pelo paciente) e a passiva (realizada pelo examinador);

- Equilíbrio com os pés juntos:

Pedir ao paciente para fechar os olhos e permanecer de pé, com os pés juntos e braços ao longo do corpo. Avaliar o equilíbrio;

- Marcha à vontade;
- Marcha em pontas, calcanhares e pé ante pé.



Vídeo 9
Exame físico – marcha.

4. Algoritmos de Sistematização

4.1. Exame Físico Pulmonar

4.2. Exame Físico Cardíaco



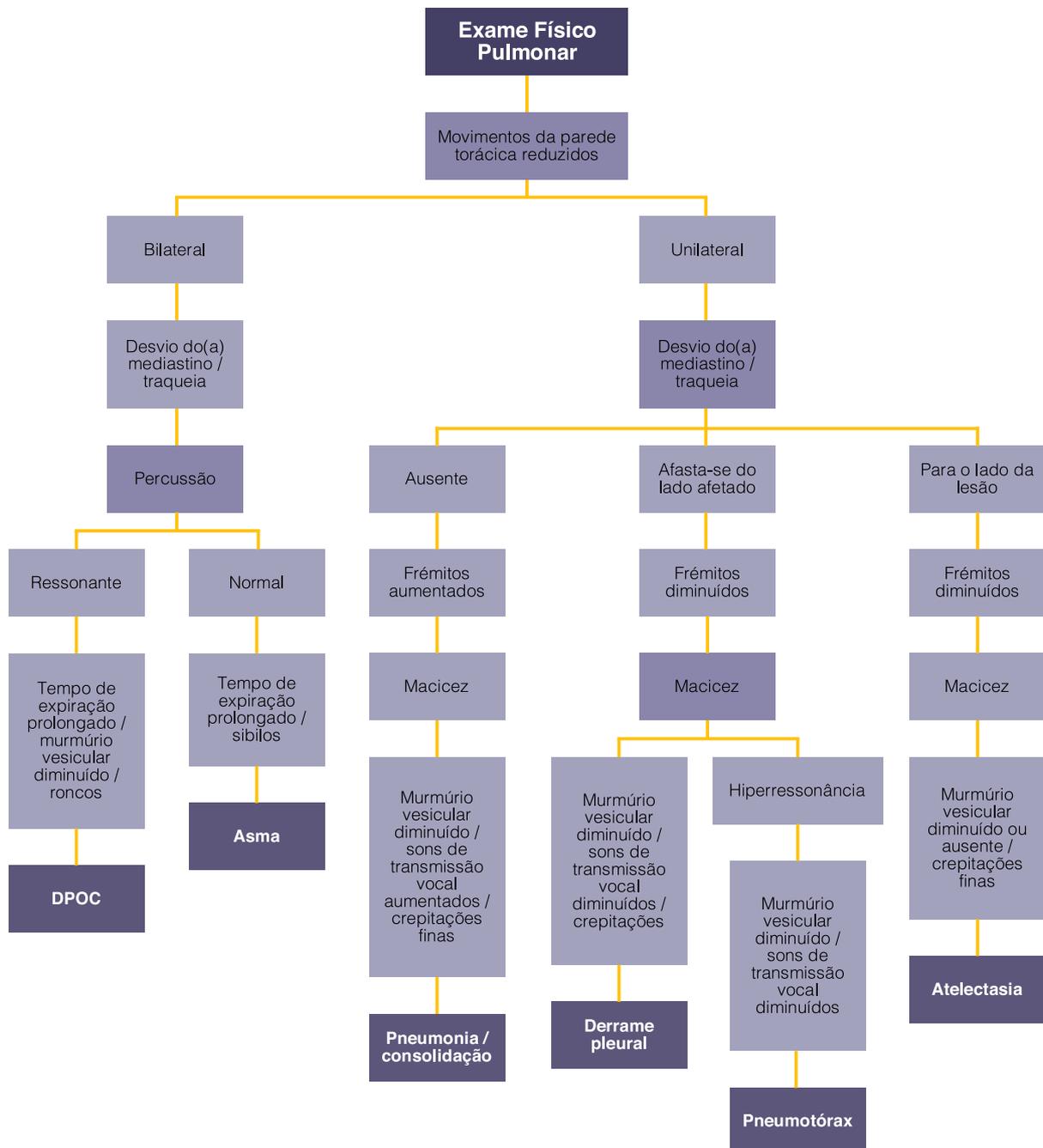
4. Algoritmos de Sistematização

A abordagem a pacientes com alterações ao exame físico deve ser realizada de forma rigorosa e sequencial. De facto, o exame físico deve ser encarado como uma forma de raciocínio clínico, seguindo uma sequência lógica e apropriada, de forma a não ignorar achados relevantes que podem ter impacto no diagnóstico e na gestão do paciente.

Neste capítulo, apresentamos alguns algoritmos frequentes na prática clínica que podem e devem ser extrapolados para demais manifestações clínicas não apresentadas aqui. Por último, estes algoritmos não contemplam toda a semiologia das diferentes patologias nem apresentam diagnósticos definitivos, pretendendo apenas apresentar um fio condutor do raciocínio clínico desde a semiologia até às hipóteses de diagnóstico mais prováveis.

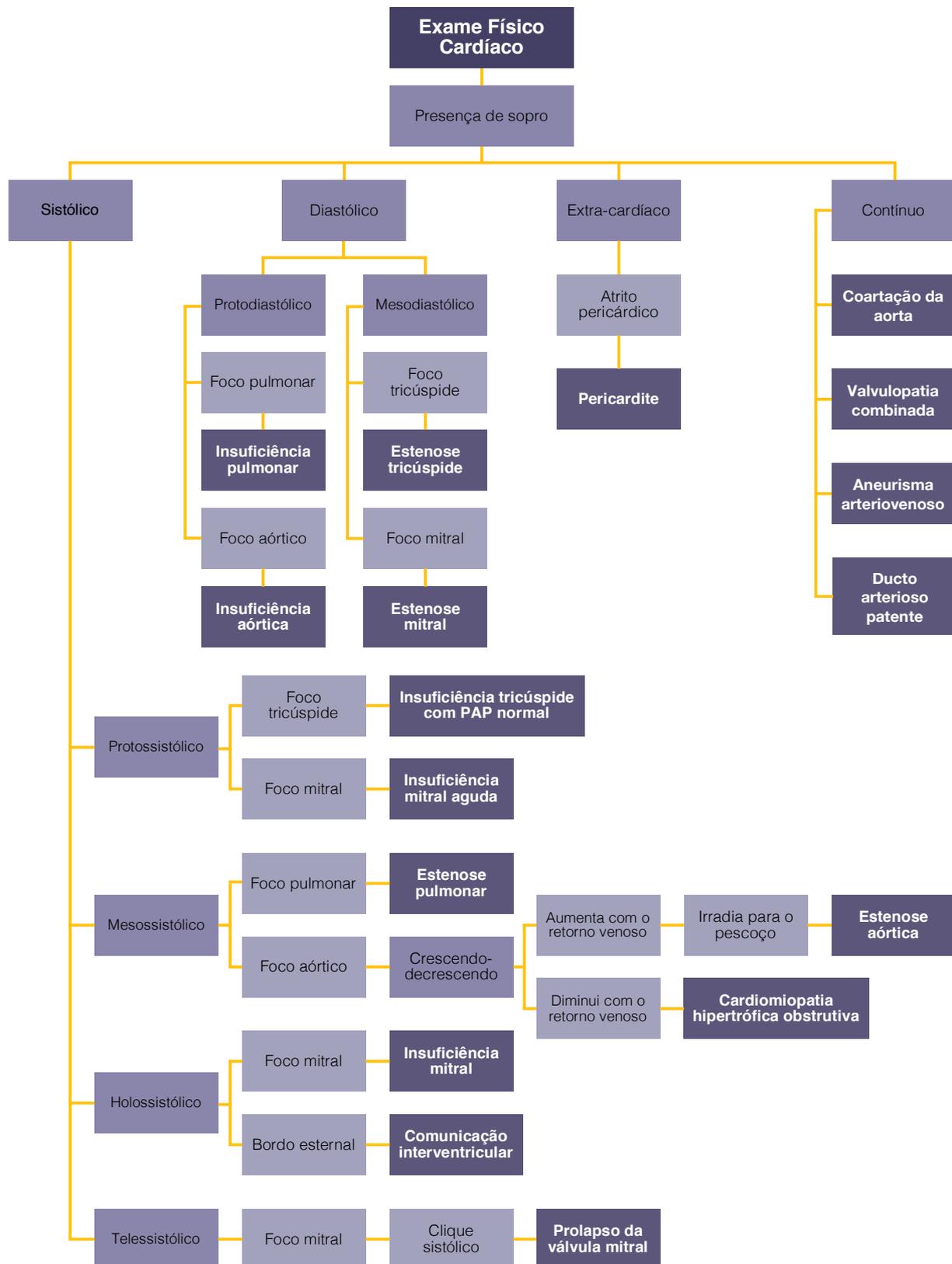


4.1. Exame Físico Pulmonar





4.2. Exame Físico Cardíaco



[1] - Mota Cardoso, R (2012). Competências de Comunicação Clínica. Porto: Unidade de Psicologia Médica, FMUP;

[2] - Ícones ao longo do documento da autoria de Freepik from www.flaticon.com;

[3] - Imagem retirada do endereço online disponível em https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/fd/Surface_anatomy_of_the_heart.svg a 29/03/2020;

[4] - Imagem retirada do endereço online disponível em https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7d/Abdominal_Quadrants_Cleaned.png a 29/03/2020.

Ana Rita Silva	Fábio Borges	Pedro Dias
Alberto Silva	Filipe Costa	Pedro Miguel Barbosa
Alexandra Miranda	Flávio Guimaraes	Pedro Morgado
Alina Pinto Seixas	Frederic Ramalho	Pedro Mota
Ana Franky Carvalho	Helder Bastos	Pedro Aguiar
Ana Gabriela Ribeiro	Helena Fonseca	Raquel Afonso
Ana Gave	Hernâni Santos	Renata Carvalho
Ana Gomes	Inês Mazedo	Ricardo Fernandes
Ana Isabel Oliveira	Inês Rangel	Ricardo Teixeira Ribeiro
Ana Luísa Azevedo	Isaac Braga	Rita Passos
Ana Luísa Sousa	Isabel Madeira	Roberto Couto
Ana Luísa Vieira	Isabel Silva	Rosa Araújo
Ana Maria Monteiro	Ivo Ferreira	Rosélia Lima
Ana Raquel Cunha	Jean Pierre Gonçalves	Sandra Martins
Ana Raquel Dias	Joana Chaves Carvalho	Sara Lopes
Ana Rita Loureiro	Joana Eça Faria	Sónia Duarte
Ana Sá	Joana Isabel Costa Dias	Teresa Magalhães
Ana Sofia Patrão	Joana Moreira	Tiago Fernandes
Ana Vanessa Silva	Joana Silva	Tiago Frada
André Fernandes	João Barbosa Martins	Torcato Meira
André Santa Cruz	João Nuno Torres	Vanessa Moreira
Andreia Filipa Soares	Joao Ribeiro	Vera Fernandes
Andreia Vila Boas	João Simões	Vera Trocado
Ângela Almeida	José Alberto Lemos	
Ângela Alves	José António Araujo	
Arnaldo Sousa	José António Moreira	
Artur Vieira	José António Mariz	
Barbara Ribeiro	José Diogo Martins	
Bruno Gonçalves	José Pedro Agueda	
Bruno Pereira	Judite Sousa	
Carla Rodrigues	Liliana Costa	
Carlos Braga	Lúcia Vasconcelos Maria	
Carlos Capela	Luís Dias	
Catarina Raposo Lima	Manuel Ferreira	
Cátia Esteves	Maria Inês Pereira	
Cátia Oliveira	Marina Gonçalves	
Cecília Oliveira	Marta Almendra	
Claudio Branco	Marta Silva	
Daniela Ferreira	Miguel Julião	
David Araújo	Miguel Romano	
Diana Guimaraes	Nuno Gonçalves	
Diana Pedrosa	Nuno Lamas	
Diana Vieira	Nuno Santos	
Diogo Monteiro	Patricia Machado Fino	
Diogo Silva	Patricia Silva	
Duarte Amaro	Paula Fidalgo	

O objetivo deste livro é criar um “guião” para o estudante de medicina, para o ajudar a tornar-se proficiente na ciência e na arte da Semiologia Médica. O livro é composto por quatro capítulos. O capítulo 1, “A Arte da Entrevista Clínica” fornece ao leitor uma visão da herança da comunicação clínica e da relevância da relação médico-doente. No capítulo 2 “Exame Físico de Screening” e no capítulo 3 “Exame Físico Completo” o estudante recebe um guia prático e sistematizado para duas abordagens, distintas, mas complementares, ao exame físico: uma mais curta e mais frequentemente aplicada e outra mais clássica e detalhada. O capítulo 4 “Algoritmos de Sistematização” agrega uma abordagem decisiva ao processo mental que cada clínico utiliza no processo de decisão clínica. E, com isto, pretendemos ajudar cada estudante a transformar-se num Médico.

Uma nota de agradecimento a todos os que ao longo de vários anos integraram a equipa de docentes dos Laboratórios de Aptidões Clínicas da Escola de Medicina da Universidade e que são, de inteira justiça, os obreiros deste livro. Foi, é, e será sempre um privilégio trabalhar convosco.

Nuno Sousa



UMinho Editora



Universidade do Minho
Escola de Medicina

ISBN 978-989-8974-14-3



9 789898 974143 >