

## EXAME FÍSICO GERAL

---

*Data de aceite: 20/03/2023*

### **Igor Beltrão Duarte Fernandes**

Docente do Centro Universitário do Estado do Pará

### **José Pedro da Silva Sousa**

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

### **José Wilker Gomes de Castro Júnior**

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

### **Larissa Mescouto Góes**

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

### **Luana Keuffer Cavalleiro de Macedo**

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

### **Mariana Cayres Vallinoto**

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

### **Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento**

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

### **Pedro Arthur Rodrigues de Oliveira**

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

## INTRODUÇÃO

O exame físico geral consiste na avaliação do paciente como um todo, independente dos vários sistemas ou segmentos do corpo humano.<sup>1</sup>

Neste capítulo serão abordados temas fundamentais na prática ambulatorial que se fazem necessários para qualquer médico generalista formado ou em formação.

## SEMIOLOGIA

### **Avaliação do Estado de Hidratação**

Para avaliar o estado de hidratação, deve-se levar em consideração: alteração abrupta de peso, alterações na pele (perda ou ganho de elasticidade, aumento ou diminuição turgor e pele ressecada), alterações das mucosas relacionadas à umidade, alterações oculares e o estado geral do paciente.

Poderá haver suspeita de alteração do estado de hidratação se

durante a anamnese o paciente relatar ingestão hídrica insuficiente ou apresentar queixas relacionadas à perda hídrica extra (diarreia, vômito, sudorese excessiva, etc).

### Estado de hidratação normal

Em pessoas da raça branca, a pele possui normalmente coloração rosada, boa elasticidade e leve umidade, mucosas úmidas, além de não apresentar alterações oculares ou perda abrupta de peso. No caso de crianças, as fontanelas são planas e normotensas, e o peso mantém-se em curva ascendente e o paciente é alegre e comunicativo.

### Sinais de desidratação

- Sede;
- Perda abrupta de peso;
- Pele seca;
- Elasticidade e turgor da pele diminuídos;
- Mucosas secas;
- Olhos fundos (enftalmia) e hipotônicos;
- Comprometimento do estado geral;
- Paciente abatido;
- Em crianças, fontanelas deprimidas.

### Graus de desidratação conforme a intensidade

Para definir o nível de desidratação de um paciente, alguns critérios são levados em consideração. Para fins didáticos, estes estarão expressos na tabela abaixo:

Desidratação	Estado	Olhos	Boca	Pele	Urina
Leve – perda de peso até 5%	Alerta	Normais/ Pouco fundos	Normal/Pouco seca	Sinal da prega ausente	Normal/Pouco diminuída
Moderada – perda de peso de 5 a 10%	Irritado	Fundos	Seca com saliva espessa	Sinal da prega discreto	Diminuída

<b>Grave – perda de peso maior que 10%</b>	Prostrado	Muito fundos	Muito seca e sem saliva	Sinal da prega	Ausente
--	-----------	--------------	-------------------------	----------------	---------

O sinal da prega é realizado utilizando os dedos polegar e indicador para fazer uma “prega” na pele do paciente. Em seguida, observa-se se a pele volta ao estado normal imediatamente, lentamente (até dois segundos) ou muito lentamente (mais de dois segundos). Quanto maior a demora, maior indicativo de desidratação.

### Graus de desidratação conforme a osmolaridade

A classificação segundo a osmolaridade é útil para determinar a reposição de água e eletrólitos no paciente. Os critérios para classificação do paciente constam na tabela a seguir:

Desidratação	Mucosas	Pele	Olhos	Aparência	Sede	Pulso	PA
<b>Isotônica</b> – perda de água igual a perda de eletrólitos. Sódio normal.	Secas	Pálida, temperatura normal ou elevada, turgor diminuído, seca.	Fundos	Apatia	Intensa	Rápido	Baixa
<b>Hipertônica</b> – perda de água maior que a de eletrólitos. Sódio elevado.	Muito secas	Pálida, temperatura elevada, turgor regular, espessada	Fundos	Agitado, hiperirritável	Muito intensa	Ligeiramente alterado	Normal
<b>Hipotônica</b> – perda de água menor que a de eletrólitos. Sódio baixo.	Viscosas	Acizentada, temperatura abaixa, turgor muito diminuído, viscosa	Fundos	Coma	Discreta/ausente	Acelerado	Muito baixa

### Avaliação de Mucosas

As mucosas mais facilmente avaliadas a olho nu e sem auxílio de aparelhos são as dos olhos, língua, lábios, pálpebra interna e gengiva.

O método do exame será a inspeção, com manobras discretas que exponham essas mucosas para avaliação do examinador, como pedir para o paciente abrir a boca ou abaixar ativamente a pálpebra. É necessária boa iluminação e, se necessário, complementá-la com lanterna.

Os elementos analisados nas mucosas são coloração e umidade.

## • **Coloração**

Mucosas normocoradas são aquelas róseo-avermelhadas. As possíveis alterações das mucosas ao exame físico incluem: descoramento, mucosas hipercoradas, cianose, icterícia e leucoplasia.

O descoramento da mucosa ou a palidez das mucosas pode ser avaliada quantitativamente em cruzes, sendo que 1 cruz (+) representa leve diminuição da cor, 2 ou 3 (++ ou +++) indicam diminuição moderada e 4 cruzes (++++) indicam desaparecimento total da cor rosada. Esse achado é característico em pacientes anêmicos.

Mucosas hipercoradas podem apresentar alteração da cor para vermelho-arroxeadas, e pode indicar processo inflamatório na mucosa avaliada.

Cianose é a coloração azul escuro a lilás das mucosas e pode ser indicativo de redução de fluxo sanguíneo. Pode ser classificada em central (lábios, ponta do nariz, lobo da orelha e língua com cor azulada) ou periférica (apenas as pontas dos dedos ou dos membros).

Icterícia é a coloração amarelada tanto das mucosas quanto da pele. É mais facilmente identificada nos olhos e abaixo da língua. Inicialmente, só é perceptível nas mucosas.

Por fim, leucoplasia são áreas esbranquiçadas nas mucosas por espessamento do epitélio, vascularização diminuída e/ou fibroesclerose na lâmina própria.

## • **Umidade**

As mucosas normalmente são úmidas, com brilho discreto indicativo de tecido hidratado. Porém, também podem se apresentar secas, com perda desse brilho, indicando desidratação.

## **MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

### **Altura**

Única medida usada rotineiramente, é determinada por meio de uma haste milimetrada acoplada a balanças ou não.

Deve-se sempre lembrar o paciente de permanecer com a postura ereta, pés juntos e alinhados ao resto do corpo e cabeça voltada para frente como se estivesse “olhando para o horizonte”.

A haste milimetrada é elevada até o topo da cabeça do paciente e travada. Caso o paciente esteja em cima da balança, pede-se que ele desça e então toma-se nota da altura registrada em metro.

Além da altura, outras medidas antropométricas que podem ser medidas são a

envergadura (distância compreendida entre os extremos dos dois membros superiores abertos e esticados), distância pubovértece (distância da sínfise púbica até o ponto mais alto da cabeça) e distância puboplantar (distância da sínfise púbica até o pé).

Esses parâmetros são importantes na identificação de distúrbios do crescimento e desenvolvimento, ao possibilitarem a avaliação das proporções corporais conforme a idade e padrão de normalidade. Sendo que até os quatro anos de idade, pode realizar-se a medida da altura com o paciente deitado.

## Peso

Para determinação do peso, usando a balança antropométrica, primeiramente o examinador deve tarar a balança e travá-la. Em seguida, deve-se pedir que o paciente retire os sapatos e quaisquer acessórios (relógio, chapéu, óculos, carteira, cinto etc.), além de outros objetos que possa estar carregando nos bolsos. O ideal é ter o mínimo peso extracorpóreo possível, preservando o pudor do paciente.

Posteriormente, pede-se que o paciente suba na balança de costas para a haste milimetrada e o examinador pode perguntar quanto o paciente lembra de estar pesando da última vez que verificou, para facilitar o exame.

Deve-se deslizar os cursores da haste da balança até obter o equilíbrio da agulha com o fiel, e então travá-la novamente, registrando o resultado em quilogramas.

Obtido o peso, este é comparado aos valores de normalidade em relação à idade e sexo. Quando não se dispõe da tabela para tal comparação, pode ser aplicada a **regra simples de Broca**, que diz que o peso ideal aproxima-se da quantidade de centímetros que excede o metro na altura do paciente. Por exemplo, o peso ideal de um paciente com 1,65m seria aproximadamente 65kg (para mulheres subtrai-se 5% do valor encontrado).

## Índice de Massa Corporal (IMC)

Calculado segundo a fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso(kg)}}{\text{Altura(m)}^2}$$

Pode ser classificado, segundo a OMS, conforme descrito a seguir:

- Magreza Grau III: <16 kg/m<sup>2</sup>
- Magreza Grau II: entre 16 e 16,9 kg/m<sup>2</sup>
- Magreza Grau I: entre 17 e 18,4 kg/m<sup>2</sup>
- Normal: entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>
- Sobrepeso: entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>

- Obesidade Grau I: entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>
- Obesidade Grau II: entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>
- Obesidade Grau III:  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>

Entretanto, é importante lembrar que o IMC não leva em conta a massa muscular, podendo estar normal em pessoas obesas com massa muscular escassa ou elevado em pessoas musculosas. Ademais, o Índice de Massa Corporal possui outras adaptações para pacientes amputados e gestantes.

## Circunferência Abdominal

Importante para a verificação do acúmulo de gordura visceral mesmo com peso corporal normal.

Para medir, utiliza-se uma fita métrica com medida em centímetros. Pede-se para o paciente despir-se e o examinador localiza o rebordo costal (última costela) e a crista ilíaca antero-superior, determinando o ponto médio entre esses dois pontos bilateralmente e passando a fita métrica sem fazer pressão.

O resultado deve ser registrado em cm e pode ser classificado segundo a OMS da seguinte forma:

Risco de complicação metabólica	Homem	Mulher
Alto	$\geq 94$ cm	$\geq 80$ cm
Muito alto	$\geq 102$ cm	$\geq 88$ cm

## Relação Cintura-Quadril

É realizada a medida da cintura no ponto médio entre o final dos arcos costais e do quadril a nível das espinhas ilíacas anteriores. O valor considerado normal para homens é  $<0,9$  e para mulheres é  $<0,8$ .

## Temperatura Corporal

É verificada por meio do termômetro clínico em graus Celsius (Brasil). Esse tipo de termômetro geralmente registra temperaturas entre 35°C e 42°C.

Os locais mais comumente utilizados para mensuração da temperatura são axila, cavidade oral (região sublingual) e reto, sendo que no Brasil o local habitual é o oco axilar. Deve-se realizar a higienização do termômetro e da axila (pode pedir para o paciente passar um lenço de papel), evitando a presença de umidade no local que possa alterar o resultado do exame.

O termômetro é então inserido no oco axilar de forma que fique em contato com a pele do paciente. Estima-se que o tempo necessário para medir a temperatura é de 3 minutos, pedindo para que o paciente se movimente o mínimo possível.

Os valores de referência para temperatura corporal são:

- Axilar: 35,5 a 37°C, com média de 36 a 36,5°C.
- Bucal: 36 a 37,4°C
- Retal: 36 a 37,5°C, ou seja, 0,5°C maior que a axilar.

Em algumas doenças inflamatórias como abdome agudo ou afecções pélvicas inflamatórias, a diferença entre as temperaturas axilar e retal pode ser maior que 0,5OC.

### *Febre*

Em caso de elevação da temperatura corporal para acima dos valores de referência, indicando quadro febril, devem ser levados em consideração na história clínica do paciente: início (súbito ou gradual), intensidade, duração (febre prolongada?), evolução (contínua, intermitente, irregular, etc) e término (súbito ou gradual).

A intensidade da febre pode ser classificada da seguinte forma:

- Febre leve: até 37,5°C.
- Febre moderada: de 37,6 a 38,5°C
- Febre alta: acima de 38,6°C

### *Hipotermia*

Diminuição da temperatura corporal abaixo de 35,5° na região axilar ou abaixo de 36°C no reto. Pode ser induzida artificialmente no pré-cirúrgico de algumas cirurgias específicas ou como consequência de choques, síncope, hemorragias graves e súbitas, entre outras causas.

## **Avaliação Ganglionar**

No exame físico geral é possível realizar a avaliação dos linfonodos superficiais; os profundos só podem ser visualizados com exames de imagem. Os linfonodos podem ser encontrados em:

Cabeça, pescoço e tórax: Cadeias occipital, pré-auricular, retroauricular, submandibular, submentoniana, cervical posterior, cervical anterior, infraclavicular, supraclavicular e supraesternal.

Membros superiores: Cadeias ganglionares axilar e epitrocleana.

Membros inferiores: Cadeias ganglionares da virilha e poplítea.

O exame dos linfonodos se dá por meio da inspeção e palpação com as polpas digitais de ambas as mãos. Os linfonodos cervicais podem ser palpados mais facilmente com o examinador atrás do paciente, e pode-se solicitar que o paciente incline sutilmente a cabeça para o lado que está sendo avaliado, visando relaxar o músculo esternocleidomastóideo.

Deve ser feito em local bem iluminado e sempre realizando comparação com o lado contralateral.

Durante o exame, devem ser analisados localização, consistência (fibroelástica ou endurecida), mobilidade (móvel ou imóvel), sensibilidade (indolor ou sensível), tamanho (normalmente varia de 0,5 a 2,5cm), coalescência (junção de dois ou mais linfonodos) e alteração da pele adjacente (observar sinais flogísticos).

#### **Exemplo de descrição da avaliação ganglionar**

Linfonodo localizado na cadeia “x”, individual, móvel, indolor, medindo aproximadamente 0,5cm, de consistência fibroelástica, sem sinais flogísticos na pele adjacente.

## **AValiação DO ESTADO GERAL**

Ao começar o exame físico, geralmente inicia-se descrevendo o estado geral do paciente. A avaliação do estado geral é obtida através de um conjunto de fatores que o paciente pode relatar, ou até mesmo o médico pode avaliar ao olhar para ele. O objetivo dessa parte do exame físico é analisar o paciente como um todo, e entender até que ponto a doença atingiu seu organismo. Ou seja, é uma avaliação subjetiva, que depende da interpretação de cada médico responsável pelo atendimento.

Esta etapa é de grande importância no valor prognóstico, pois pode espelhar os sinais e sintomas descritos previamente por ele, ou não, o que seria controverso caso seja um quadro agudo e/ou considerado grave.

O estado geral pode ser classificado em estado geral bom, estado geral regular, estado geral ruim.

### **Avaliação do nível de consciência**

O nível de consciência é avaliado desde o início da consulta, durante a entrevista e depois no exame físico geral. Avalia-se como o paciente responde aos estímulos neurológicos e psiquiátricos.

O paciente sem alterações no estado de vigília é um paciente em plena consciência. Assim, existem diferentes níveis de consciência para ser considerados, a avaliação atual

de alterações do nível de consciência é a Escala de coma de Glasgow.<sup>1</sup>

**OBNUBILAÇÃO:** Um paciente encontra-se nesse nível quando sua consciência é comprometida de modo pouco intenso, mas ainda possui estado de alerta, mesmo que comprometido moderadamente.<sup>1</sup> Ele pode estar sonolento ou parecer desperto. Tem lentidão da compreensão.<sup>2</sup>

**Sonolência:** O paciente geralmente encontra-se dormindo, mas é facilmente despertado, consegue responder moderadamente apropriadamente, mas volta a dormir em seguida.<sup>1</sup>

**Confusão mental:** O paciente não tem pensamento claro, suas respostas geralmente são lentas e apresenta perda de atenção. O paciente pode estar agitado, apresentando ilusões ou alucinações.<sup>1</sup>

**Torpor e estorpor:** Alteração de consciência mais pronunciada, o paciente só acorda com estímulos fortes e abruptos, ainda mantém movimentos espontâneos, mas não abre os olhos.<sup>1</sup> O paciente ainda apresenta traços de crítica ou pudor, ou seja, quando reconhece que está internado, tenta cobrir as partes íntimas do seu corpo.<sup>2</sup>

**Coma:** Quando o paciente se encontra desligado do mundo exterior e tem a perda completa da consciência. Não desperta com estímulos fortes e não se movimenta espontaneamente. Não apresenta pudor e crítica.<sup>2</sup>

## Fala e linguagem

Para avaliar a linguagem do paciente, o examinador deve prestar atenção durante a entrevista para classificar as suas principais alterações:

**Disfonia e afonia:** Alteração do timbre. Pode apresentar voz rouca, fanhosa ou bitonal.<sup>1</sup>

**Dislalia:** Muito comum em crianças. Acontece quando tem alterações de troca de letras (“café” por “tafé”). No caso de pacientes gagos, tem-se a disritmolalia, um tipo de dislalia que há alterações no ritmo da fala.<sup>1</sup>

**Disartria:** Decorrente de incoordenação cerebral (voz arrastada, escandida), doenças neurológicas (pacientes com Parkinson apresentam voz baixa, lenta e monótona).<sup>1</sup>

**Disfasia:** Acontece quando há alterações no processamento cerebral de formação da fala, mas o órgão fonador e os músculos de fonação estão normais. A disfasia pode ser sensorial (ou de recepção), quando o paciente não entende o que falam com ele. Pode ser motora (ou de expressão), quando o paciente entende o que falam para ele, mas não consegue falar. Ou então pode ser do tipo misto, que é mais frequente.<sup>1</sup>

## Atitude de decúbito preferido no leito

Durante o exame físico avaliamos a posição adotada pelo paciente no leito ou fora

dele. Assim, temos “atitudes” e “decúbitos”.

As atitudes são a posição que o paciente adota por habito e comodidade. Ou para aliviar alguma dor que está sentindo. O decúbito é como paciente está deitado.

Assim, divide-se as atitudes em voluntárias e involuntárias:

## Atitudes voluntárias

O paciente adota por vontade própria.

Atitude ortopneica (ortopneia): acontece quando o paciente voluntariamente senta-se no leito com os pés apoiados ou no chão ou em outra superfície abaixo do leito, com as mãos apoiadas no colchão. Adota essa posição para aliviar a falta de ar que refere, nessa situação pode acontecer por líquido ou congestão em pulmão, como ocorre na insuficiência cardíaca e na ascite volumosa.<sup>1</sup>

Atitude trepopneica (trepopneia): gera alívio da dor ou da dispneia ao posicionar-se em decúbito lateral. Observada na pleurite, na qual deita-se para o lado da dor, e em pacientes com derrame pleural.

Atitude platipneica (platipneia): dispneia que surge ou se agrava com a posição ortostática. Causada pela síndrome hepatopulmonar ou por shunts intracardíacos direito-esquerdo.

Atitude genopectoral (ou de “prece maometana”): o paciente posiciona seus joelhos no colchão com o tronco fletido sobre as coxas e encosta seu peito no colchão. Essa posição facilita o enchimento do coração nos casos de derrame pericárdico (pacientes com derrame pericárdico precisam expandir ao máximo o tórax para obter uma respiração satisfatória).<sup>1</sup> Também pode ser adotada por pacientes com pericardite, pois alivia a dor torácica nessas ocasiões.

Atitude de cócoras (squatting): observada em crianças com cardiopatia congênita cianótica (a mais comum é a Tetralogia de Fallot). Essa posição consegue proporcionar algum alívio dos sintomas que acompanham essa doença em decorrência da diminuição do retorno venoso para o coração, principalmente a hipóxia generalizada.<sup>1</sup>

Atitude Parkinsoniana: comum em pacientes com doença de Parkinson. Ao estar de pé, faz a semiflexão da cabeça, tronco e membros inferiores. Parece desequilibrado ao caminhar.<sup>1</sup>

Atitude em decúbito, sendo os tipos de decúbito listados abaixo:

- Decúbito lateral (direito e esquerdo): quando o paciente se deita lateralmente. Normalmente é adotada quando há dor pleurítica, deitando-se sobre o lado da dor.
- Decúbito dorsal: quando o paciente se deita sobre as costas. É observado em

processos inflamatórios pelviperitoneais caso as pernas estejam fletidas sobre as coxas e essas sobre a bacia.

- Decúbito ventral: quando o paciente se deita de bruços. Presente em pacientes com cólica intestinal.

## Atitudes involuntárias

Independem da vontade do paciente

Atitude passiva: Geralmente o paciente está inconsciente ou comatoso, acontece quando ele fica fixo na posição em que o colocam.

Ortótono: orthos = reto e tônus = tensão. Atitude em que o trono e membros estão rígidos, mas não tem curvatura.<sup>1</sup>

Opistótono: opisthen = para trás e tônus = tensão. Há contratura da musculatura lombar, o paciente fica rígido e curvado como um arco, sendo que o apoio fica em seus calcanhares e sua cabeça. Acontece nos casos de tétano e meningite.<sup>1</sup>

Emprostótono: emprosthen = para diante e tônus = tensão. Contrário do opistótono, nesse caso o corpo do paciente curva em uma concavidade voltada para diante. Acontece em casos de meningite, tétano e na raiva.<sup>1</sup>

Pleurostótono: O corpo se curva lateralmente. Também pode acontecer em casos de meningite, tétano e raiva, mas raramente.<sup>1</sup>

Posição em gatilho: há hiperextensão da cabeça, flexão das pernas sobre as coxas e o tronco fica encurvado com a cavidade para diante. Mais comum em crianças e encontrada na irritação meningea.<sup>1</sup>

Torticolo e mão pêndula na paralisia radial: atitudes involuntárias de determinada parte do corpo.<sup>1</sup>

## Fácies

Nessa parte do exame físico geral, tem como objetivo interpretar o conjunto de dados tanto físicos (traços anatômicos) como a própria expressão facial do paciente. É importante ressaltar que muitas doenças expressam sinais característicos na face do paciente e muitas vezes o diagnóstico é possível apenas ao analisar seu rosto e expressão.

- Face normal ou atípica: paciente não apresenta fisionomia ou alterações anatômicas específicas de alguma doença.
- Face hipocrática: olhos fundos, parados e inexpressivos. Nariz afilado, e os lábios delgados. Presença de “batimentos das asas do nariz”, com rosto suado e palidez cutânea e discreta cianose labial. Essa fácies indica doença grave.<sup>1</sup>
- Face renal: Edema ao redor dos olhos (principalmente pela manhã) com palidez

cutânea. Comum na síndrome nefrótica e glomerulonefrite difusa aguda.<sup>1</sup>

- Face leonina: produzida pelas lesões do mal de Hansen. A pele é espessa e pode apresentar inúmeros lepromas de tamanhos variados e confluentes, mais numerosos na testa. Supercílios caem, nariz espessado. Bochechas e mento se deformam pelo aparecimento de nódulos. Lábios mais grossos.<sup>1</sup>
- Face adenoideana: nariz pequeno e afilado com a boca sempre entreaberta. Aparece em crianças portadoras de hipertrofia das adenoides.<sup>1</sup>
- Face Parkinsoniana: aparece em pacientes com doença de Parkinson. Normalmente a cabeça é inclinada um pouco para frente e permanece imóvel. Aparece ter uma expressão de espanto com o olhar fixo, supercílios elevados e testa enrugada. A fisionomia é bem específica, parece que o paciente usa uma máscara.<sup>1</sup>
- Face Basedowiana: aparece no hipertireoidismo. Olhos são salientes (exoftalmia) e brilhantes, o rosto normalmente fica emagrecido. A expressão fisionômica aponta vivacidade, podendo indicar espanto e ansiedade. O paciente também pode apresentar bócio.<sup>1</sup>
- Face mixedematosa: Rosto arredondado, nariz e lábios grossos, pele seca e espessada e com sulcosdestacados. Há presença de edema periorbitario, assim, suas pálpebras tornam-se infiltradas e enrugadas. Supercílios escassos e cabelos secos e sem brilho. Além de expressão fisionômica indicando desânimo e apatia. Comum no hipotireoidismo.<sup>1</sup>
- Face acromegálica: aparece em pacientes com acromegalia. Caracterizada pela saliência das arcadas supra-orbitárias, ressaltos das maçãs do rosto e maior desenvolvimento do maxilar inferior, com aumento do tamanho do nariz, lábios e orelhas.<sup>1</sup>
- Face cushingoide ou de lua-cheia: Aparece em pacientes que fazem corticoide-terapia prolongada (Cushing iatrogênico) ou em casos de síndrome de Cushing por hiperfunção do córtex das supra-renais. Como características têm o formato arredondado do rosto, com atenuação dos traços faciais, podendo ou não ter presença de rubor facial e acne.<sup>1</sup>
- Face da depressão: Aparece em pacientes com Síndrome da depressão. Geralmente as suas características estão na expressividade do rosto. Cabisbaixos, olhos com pouco brilho e fixos em um ponto distante, olhando para o chão e muitas vezes o conjunto fisionômico denota indiferença, tristeza e sofrimento.<sup>1</sup>
- Face pseudobulbar: Aparece na paralisia pseudobulbar. O paciente tem súbitas

crises de risos ou choros conscientemente, e tenta conte-las, levando um aspecto espasmódico à fâcies.<sup>1</sup>Face da paralisia facial periférica: é comum. Face assimétrica, com impossibilidade de fechar as pálpebras, repuxamento da boca para o lado saudável e apagamento do sulco nasolabial.<sup>1</sup>

- Face miastênica ou de hutchinson: Aparece em pacientes com miastenia *gravis* e em outras miopatias que comprometem os músculos da pálpebra superior. Caracterizada por ptose palpebral bilateral, que obriga o paciente a franzir a testa e levantar a cabeça.<sup>1</sup>
- Face do deficiente mental: Os traços faciais são apagados e grosseiros; a boca entreaberta, às vezes com salivação. O mais característico desse tipo de fâcies é a fisionomia com olhar desprovido de objetividade, e os olhos se movimentam sem se fixarem em nada. Normalmente esses pacientes apresentam um sorriso sem motivação.<sup>1</sup>
- Face etílica: chamam a atenção os olhos avermelhados e certa ruborização da face. O hálito etílico, a voz pastosa e um sorriso meio indefinido completam a fâcies etílica.<sup>1</sup>
- Face esclerodérmica: também conhecida como “fâcies de múmia”, pois sua principal característica é a quase completa imobilidade facial. Acontece devido alterações de pele, fica apergaminhada, endurecida, com repuxamento dos lábios, afinamento do nariz e imobilização das pálpebras. Sua fisionomia é inexpressiva, parada, imutável.<sup>1</sup>

## Aferição de pressão arterial

Pode-se medir a Pressão Arterial (PA) com esfigmomanômetro manual, semiautomáticos ou automáticos. Levando em consideração os diferentes tamanhos de manguito, necessitando o adequado para cada circunferência braquial dos diferentes pacientes e os ajustes necessários (normalmente anualmente) em cada aparelho.<sup>3</sup>

### *Procedimentos recomendados para a medição da PA*

- Preparo do paciente

Antes de iniciar o exame, sempre se deve explicar o procedimento ao paciente, perguntando se ele já fez alguma vez anteriormente. O paciente deve estar com pelo menos 3 a 5 minutos em repouso em ambiente calmo e deve ser instruído a não conversar durante a medição. Caso o paciente apresente dúvidas, podem ser esclarecidas antes ou depois da medição, nunca durante.<sup>3</sup>

Deve-se certificar que o paciente não está com a bexiga cheia, que não fez exercícios

físicos há pelo menos 60 minutos antes do procedimento, que não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos minutos antes e que não fumou nos 30 minutos anteriores.

Em relação ao posicionamento do paciente, deve-se estar sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, costas encostadas na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração, apoiado com a palma da mão voltada para cima. Caso o paciente esteja usando roupas com mangas longas, deve-se tirar da área em que o manguito vai ser colocado.

Em casos especiais (diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada) a PA deve ser aferida de pé.<sup>3</sup>

- Etapas para a realização da aferição

Após o preparo correto do paciente, deve-se determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano e selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço do paciente.<sup>3</sup>

Em seguida, coloca-se o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital e centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial ou como estiver descrito em suas instruções. E então, estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial.<sup>3</sup>

Deve-se palpar a artéria braquial na fossa cubital e posicionar o estetoscópio nessa localização. Assim, infla-se rapidamente o manguito acima 20 a 30 mmHg do nível previamente estimado da PAS, que se obteve pela palpação.<sup>3</sup>

Procede-se a deflação lentamente e determina-se a PAS ao escutar o primeiro som. Quando o primeiro som surge, já pode aumentar a velocidade da deflação do manguito. A PAD é determinada no desaparecimento dos sons.<sup>3</sup>

Na primeira consulta, deve-se medir a pressão dos dois braços e usar o maior valor como referência.

Ao final do procedimento, deve-se informar do valor da PA obtida ao paciente.

### *Valores e classificação da pressão*

De acordo com a diretriz brasileira de hipertensão arterial 2018 a classificação de pressão apresenta os seguintes valores<sup>3</sup>:

CLASSIFICAÇÃO	PAD (mmHg)	PAS (mmHg)
NORMAL	≤ 120	≤ 80
PRÉ-HIPERTENSO	121 – 139	81 – 89
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	140 – 159	90 – 99
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	160 – 179	100 – 109

HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3	≥ 180	≥ 110
<b>Identificação</b>		
Estado Geral	BEG/ REG/ MEG	
Fácies	Atípica/Típica	
Nível de consciência	Orientado/Desorientado	
Estado de hidratação	Hidratado/Desidratado	
Mucosas	Coradas/Hipocoradas/Hiperacoradas	
Respiração	Eupneico/Dispneico	
Atitude	Ativa/Passiva	
Postura	Boa/Ruim/Álgica	
Movimentos involuntários	Presentes/Ausentes	
Biotipo	Brevelíneo/Normolíneo/Longolíneo	
Peso	___ kg	
Altura	___ m	
IMC	___ kg/m <sup>2</sup>	
Relação cintura-quadril	___ cm	
Circunferência abdominal	___ cm	
Temperatura axilar	___ °C	
Musculatura	Tônus e trofismo	
Desenvolvimento físico	Nanismo/Gigantismo/Normal	
Pele	Cor, umidade, turgor, textura, lesões, sensibilidade, elasticidade	
Fâneros	Cabelo, unhas, pelos do corpo	
Estado de nutrição	Nutrido/Desnutrido	
Circulação colateral	Ausente/Presente (tipo)	
Edema	Local, temperatura, sensibilidade, consistência	
Fala e linguagem	Normal/Alterada	
Marcha	Normal/Alterada	

## REFERÊNCIAS

[1] Porto, Celmo Celeno Exame clínico / Celmo Celeno Porto, Arnaldo Lemos Porto. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. il. ISBN 9788527731027

[2] Dalgalarondo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2019. ISBN 978-85-8271-506-2

[3] Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83