

EXAME FÍSICO ABRANGENTE

Data de aceite: 20/03/2023

Cristiane Ribeiro Maués

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

Laís Carneiro dos Santos

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Laura Coutinho Viana

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Mariana Cayres Vallinoto

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Marília Alvino de Magalhães

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

INTRODUÇÃO

Importância

Durante a rotina ambulatorial, é bastante comum que alguns pacientes não apresentem queixas específicas, que só compareceram para a promoção em saúde ou para realizar as consultas de seguimento de uma doença já diagnosticada e em tratamento, como hipertensão, diabetes ou dor crônica. Nestes casos, não existe uma demanda por um exame físico específico, centrado em um órgão e seu sistema.

O objetivo deste capítulo é apresentar os tópicos de um exame físico abrangente, ou seja, uma avaliação que contemple o mínimo de cada área da semiologia de clínica médica. Ele surge a partir da ideia de que só se encontra o que procura, pois não há diagnóstico sem exame.

SEMIOLOGIA

O exame físico abrangente deve seguir uma ordem céfalo-podálica, na qual

o examinador deve realizar:

- Avaliação de lesões elementares;
- Exame físico geral;
- Palpação da glândula tireóide;
- Avaliação da artéria carótida;
- Ausculta cardíaca;
- Ausculta pulmonar;
- Palpação do abdome;
- Avaliação dos membros inferiores.

AValiação de lesões elementares

O mesmo deve ser avaliado durante toda realização do exame físico generalizado, de acordo com a região do corpo que está sendo analisada. Exemplos: ausculta pulmonar (analisar lesões elementares na parede do tórax anterior, posterior e lateral); avaliação de MMII (analisar lesões elementares nos membros inferiores).

Na avaliação dermatológica, é importante observar a distribuição das lesões elementares, o tipo de erupção, a consistência, a temperatura da pele e a sensibilidade. As lesões podem estar distribuídas de forma assimétrica ou simétrica, regional, folicular, segmentar, universal (quando há acometimento de toda pele) ou generalizada (a pele acometida está intercalada com pele sadia). As erupções podem ser monomorfas em que há apenas um tipo de lesão ou polimorfos em que se observa mais de um tipo de lesão. É importante avaliar a sensibilidade das lesões, se são dolorosas ou indolores. (Azulay, 7ª edição.).

As lesões elementares são divididas em oito tipos: lesões por modificação da cor, purpura, lesões por alterações vasculares, lesões de conteúdo sólido, lesões de conteúdo líquido, lesões caducas, lesões por solução de continuidade e sequelas (Azulay, 7ª edição.).

Lesões por modificação de cor

Correspondem a macula ou manchas. São lesões sem relevo e sem espessura, caracterizadas pela alteração da coloração da pele. Podem ser divididas em: manchas pigmentares, manchas por pigmentos endógenos e manchas por pigmentos exógenos. (Azulay, 7ª edição)

As manchas pigmentares estão relacionadas a concentração de melanina. Podem ser manchas acromicas quando há ausência de melanina, manchas hipocrômicas em que

há uma diminuição na concentração de melanina e as hipercômicas que são caracterizadas por um excesso de melanina (Azulay, 7ª edição.)

As principais manchas por pigmentos endógenos são: a icterícia que é causada pelo acúmulo de bilirrubina e a alcaptona na ocronose, conferindo a pele uma coloração azulada. Em relação as manchas por pigmentos exógenos, tem-se como principais representantes a xantocromia em que a pele apresenta coloração amarelada devido a ingestão em excesso de caroteno, as manchas causadas por fármacos como amiodarona (pele com cor azul-acinzentada) e clofazimina (pele com coloração escura); e as tatuagens que representam também esse grupo. (Azulay, 7ª edição.)

Púrpuras

Ocorre em casos de hemorragia o que leva a uma alteração da coloração da pele. As purpuras podem ser divididas em quatro grupos: (Azulay, 7ª edição.)

- Petéquias: Lesões puntiformes, sendo normalmente múltiplas;
- Víbice: Lesão linear, tendo sempre natureza traumática;
- Equimose: Lesão em lençol, apresentando dimensões maiores que a petequia e a víbice;
- Hematoma: Grandes coleções com abaulamento, sendo geralmente de origem traumática.

Lesões por alteração vascular

São divididas em transitórias e permanentes. As lesões transitórias desaparecem com digitopressão e o tempo e aparecimento está relacionado a causa e natureza da alteração vascular, são lesões sem relevo. As lesões permanentes são causadas por proliferação ou dilatação vascular, por constrição funcional dos vasos; são lesões que não desaparecem a digitopressão. (Azulay, 7ª edição.)

Nas lesões transitórias tem-se o eritema e a cianose. Fazem parte da classificação de lesões permanentes o angioma, a telangiectasia e o nevo anêmico. (Azulay, 7ª edição.)

O eritema é caracterizado pela coloração avermelhada da pele decorrente do maior fluxo sanguíneo arterial e da dilatação das arteríolas. Em áreas extensas da pele, o eritema é denominado exantema, podendo ser mobiliforme como ocorre no sarampo da rubéola ou escalatiforme como na escarlatina. Em mucosas, esse tipo de lesão é chamado de enantema. (Azulay, 7ª edição.)

O segundo tipo de lesão por alteração vascular transitória é a cianose que se caracteriza pela coloração azulada da pele devido ao aumento da concentração de hemoglobina reduzida. A cianose pode ter origem central (devido alteração cardiopulmonar)

ou periférica (por problemas circulatórios). Esse tipo de lesão é mais bem observado no leito ungueal, extremidades digitais, orelhas e conjuntiva. Quando acomete mucosas, a cianose é denominada de cianema. (Azulay, 7ª edição.)

O angioma corresponde a uma lesão por alteração vascular permanente que é decorrente do aumento do número de vasos sanguíneos. As lesões podem ser planas ou elevadas. (Azulay, 7ª edição.)

A telangiectasia é causada pela dilatação permanente do calibre dos pequenos vasos. (Azulay, 7ª edição.)

Por fim, tem-se o nevo anêmico que corresponde a uma mancha hipocrômica que não se torna eritematosa quando é friccionada. Tem como causa a reatividade vascular anormal por catecolaminas que leva a uma constrição vascular. (Azulay, 7ª edição.)

Lesões elementares de conteúdo sólido

As lesões de conteúdo sólido podem ser divididas em lesões por acúmulo de células e lesões por espessamento cutâneo. No primeiro tipo tem-se como representantes a pápula, o tubérculo, o nódulo, a goma e a vegetação. As lesões por espessamento cutâneo são a ceratose, a esclerose, a liquenificação e a infiltração. (Azulay, 7ª edição.)

A pápula corresponde a uma lesão dura, superficial podendo atingir até a derme papilar. Normalmente tem tamanho menor que 5mm e não deixa cicatriz ao involuir. Esse tipo de lesão pode ocorrer por aumento do número de células em uma ou mais camadas da epiderme (pápulas epidérmicas), pelo aumento do número de células ao nível da derme papilar (pápulas dérmicas) ou pelo aumento de células em ambas as camadas (pápulas mistas). (Azulay, 7ª edição.)

O tubérculo é uma lesão dura, elevada, apresentando diâmetro maior que 0,5cm. Diferentemente da pápula, o tubérculo forma cicatriz ao involuir. É causado pela infiltração de células em toda a derme. (Azulay, 7ª edição.)

O nódulo é originado pelo aumento do número de células da derme profunda, podendo chegar ao nível da hipoderme. É uma lesão endurecida de tamanho variável, muitas vezes sendo mais palpável do que visualizada. Os cistos correspondem a um tipo de nódulo, apresentando superfície lisa, consistência não endurecida e capsula de tecido epitelial. Os nódulos de tamanho maior que 3cm são denominados de nodosidades. (Azulay, 7ª edição.)

A goma corresponde a um tipo de nódulo que apresenta evolução dinâmica. Primeiro, tem-se o endurecimento com a infiltração da hipoderme. Em seguida, ocorre o amolecimento com necrose central. Depois o esvaziamento em que ocorre a fistulização com o conteúdo necrótico invadindo a epiderme, havendo abertura para o exterior por meio de úlceras ou fistulas e pôr fim a eliminação do conteúdo. A última etapa é a reparação com

a fibrose ocupando o espaço que antes era preenchido por tecido necrótico, ocorrendo a cicatrização da pele. (Azulay, 7ª edição.)

O último tipo de lesão de conteúdo sólido por aumento do número de células é a vegetação que é originada pela hipertrofia das papilas dérmicas. A vegetação é dividida em verrucosa e em condilomatosa. O primeiro tipo, são lesões secas em que a epiderme que recobre a vegetação está íntegra apresentando aumento da camada córnea. As vegetações condilomatosas são úmidas, sendo localizadas em regiões de mucosa e dobras; a epiderme nesse tipo de lesão apresenta a camada córnea diminuída ou de tamanho normal. (Azulay, 7ª edição.)

A queratose é caracterizada pelo espessamento superficial da epiderme, apresentando dimensões variáveis, superfície áspera e esbranquiçada. (Azulay, 7ª edição.)

A esclerose é uma lesão com difícil preguimento, com endurecimento da pele. É causada por proliferação de tecido colágeno. (Azulay, 7ª edição.)

A liquenificação é caracterizada pelo espessamento da pele, sendo normalmente circunscrita. Há uma maior nitidez dos sulcos e saliências, sendo consequência do ato de coçar prolongado. (Azulay, 7ª edição.)

A infiltração pode ser circunscrita ou difusa, sendo decorrente de um aumento no número de células. Tem natureza variada, podendo ser de origem tumoral, inflamatória-infecciosa ou por doenças de depósito em que há acúmulo de substâncias na pele (mucina, amiloide, lipídeos). (Azulay, 7ª edição.)

Lesões elementares de conteúdo líquido

São divididas em lesões de acúmulo circunscrito e lesões de acúmulo não circunscrito. As de acúmulo circunscrito são a vesícula, bolha e pústula. As de acúmulo não circunscrito são urtica e edema. Todas as lesões de conteúdo líquido não deixam cicatrizes na sua involução, tendo como exceção o abscesso. (Azulay, 7ª edição.)

As vesículas são lesões de pequenas dimensões de conteúdo seroso citrino. Correspondem a pequenas saliências cônicas na pele. Quando apresentam localização intraepidérmica, são formadas por dois mecanismos: a espongiose e a balonização. O primeiro é o edema intracelular da camada de Malpighi. A balonização é a denegeração intracelular malpighiana. (Azulay, 7ª edição.)

As bolhas apresentam conteúdo líquido seroso, com dimensões maiores que as vesículas. Podem ter localização intraepidérmica ou subepidérmica. Formam uma saliência em abobada na pele. (Azulay, 7ª edição.)

A pústula corresponde a lesão de conteúdo líquido purulento com dimensões variáveis. São divididas em foliculares (foliculite) e interfoliculares (impetigo). O acúmulo de pus na parte mais profunda dos tecidos é denominado de abscesso. (Azulay, 7ª edição.)

A urtica é causada pela liberação de histamina que promove vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular. É um tipo de lesão de tamanho variável, formando uma saliência na pele. A coloração apresenta variação de eritematosa à anêmica, sendo normalmente acompanhada de prurido. A urticaria localizada na derme profunda ou na hipoderme é chamada de angioedema. (Azulay, 7ª edição.)

O edema pode apresentar como causa distúrbios hidroeletrólíticos, linfedema e inflamação. No primeiro caso, a pele apresenta-se lisa e com temperatura normal (normotérmica), o edema será indolor e observa-se o sinal do Cacifo positivo. No linfedema, o edema é duro, apresentando sinal do cacifo positivo e é decorrente da insuficiência na rede linfática. No linfedema crônico a pele tem aspecto verrucoso. No caso da inflamação, o edema é doloroso, acompanhado de calor e rubor; esse tipo de edema ocorrer simultaneamente a processos infecciosos. (Azulay, 7ª edição.)

Lesões por solução de continuidade

A erosão há o comprometimento apenas da epiderme. A escoriação corresponde à ruptura da continuidade da pele devido mecanismo traumático. (Azulay, 7ª edição.)

Já na exulceração há um acometimento mais profundo da pele, atingindo a derme papilar. (Azulay, 7ª edição.)

A úlcera ou ulceração apresenta acometimento das camadas mais profundas da pele (derme e hipoderme), podendo alcançar músculos e ossos. É o único tipo de lesão que apresenta borda. (Azulay, 7ª edição.)

A fissura é uma lesão linear e estreita, estando localizada em áreas que são distendidas pelo movimento. (Azulay, 7ª edição.)

A fistula cutânea é caracterizada pelo trajeto linear, sendo normalmente sinuoso, que se origina em estruturas profundas, realizando a eliminação de material necrótico e de outras substâncias. (Azulay, 7ª edição.)

Lesões caducas

São lesões que tendem a eliminação de forma espontânea, tendo como principais representantes as escamas, a crosta e a escara. (Azulay, 7ª edição.)

As escamas são lâminas epidérmicas de dimensões variáveis. Desprendem-se facilmente e de forma contínua da pele, sendo causadas por distúrbio no processo de queratinização em que ocorre a permanência de núcleos achatados ao nível da camada córnea. Podem ser classificadas em furfuráceas, quando apresentam pequenas dimensões, ou em laminares, quando possuem dimensões maiores. (Azulay, 7ª edição.)

A crosta é um tipo de lesão que apresenta fácil destacamento da pele, sendo causada pelo ressecamento do exsudato. São chamadas de melicérica quando o exsudato

é purulento; hemática quando o conteúdo é de sangue e serosa quando o exsudato é seroso. (Azulay, 7ª edição.).

A escara é caracterizada pela coloração negra da pele, apresentando grau variável de espessura, podendo acometer planos profundos. É decorrente da necrose do tecido. (Azulay, 7ª edição.)

Sequelas

A atrofia corresponde a redução da espessura da pele devido a uma diminuição no número de células, pode atingir qualquer uma das camadas da pele. (Azulay, 7ª edição.).

A cicatriz apresenta dimensões variáveis sendo causada pela proliferação de tecido fibroso. As cicatrizes são divididas em atróficas, hipertróficas e quelóide. Esse último é caracterizado por ultrapassar os limites do trauma que deu origem a cicatriz. (Azulay, 7ª edição.).

EXAME FÍSICO GERAL

Nesse capítulo, citaremos apenas alguns dos tópicos do exame físico geral (ver mais no capítulo 4), dos quais estão incluídos:

- Avaliação do estado geral;
- Avaliação do nível de consciência;
- Avaliação da orientação;
- Avaliação antropométrica;
- Fácies;
- Atitude;
- Coloração;
- Sinais Vitais;
- Palpação de gânglios.

Avaliação do estado geral

É uma avaliação subjetiva que visa compreender o quanto a doença comprometeu o organismo do indivíduo. Nesse sentido o paciente pode estar em (Porto, 8ª edição):

- Bom estado geral (BEG)
- Regular estado geral (REG)
- Ruim estado geral (REG)

Avaliação do nível de consciência

Alerta é estado no qual o paciente compreende o que foi perguntado e responde com logicidade e velocidade adequadas (Bates, 12ª edição). Caso o examinador note qualquer alteração do nível de consciência do paciente, esta deverá constar no prontuário.

Avaliação da Orientação

Uma vez acordado e alerta, o paciente deve ser testado quanto a sua orientação alopsíquica e autopsíquica (Porto, 8ª edição).

A orientação alopsíquica é a capacidade do paciente de se localizar em tempo e em espaço (Porto, 8ª edição). Pode ser avaliada por meio de perguntas como: “que dia é hoje? Qual cidade estamos?” (Rocco, 2010).

A orientação autopsíquica é a capacidade do paciente saber quem ele é (Porto, 8ª edição). Pode ser avaliada por meio de perguntas como: “Qual seu nome? Qual sua profissão?”.

Avaliação Antropométrica

Deve ser medido a altura e o peso do paciente, assim como deve ser calculado seu índice de massa corporal (IMC). Além disso, deve-se medir a circunferência abdominal. Esta é realizada com uma fita métrica, tendo como referência o ponto médio entre a borda inferior do rebordo costal e a crista íliaca (Porto, 8ª edição).

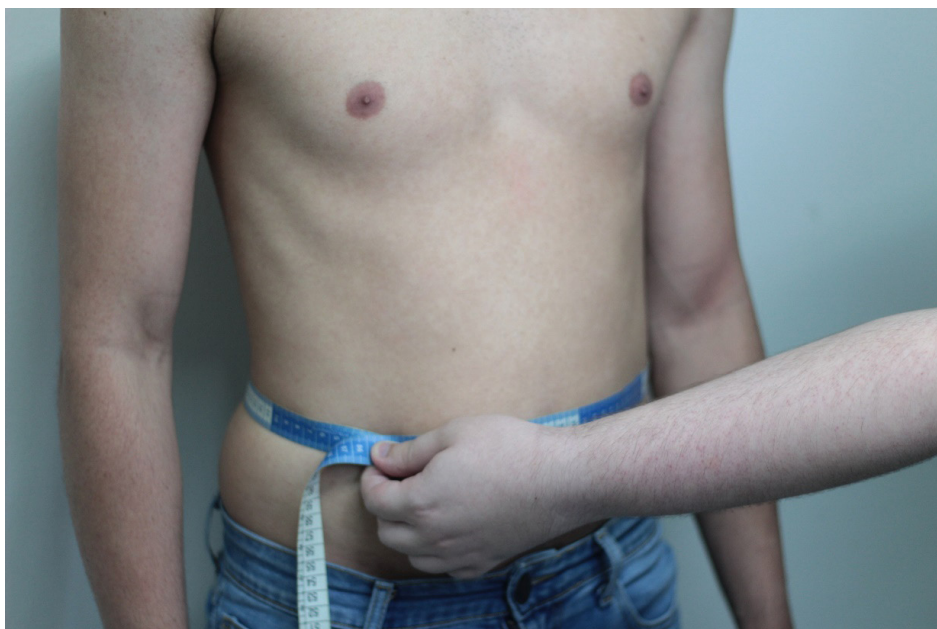


Figura 1 - medição correta da circunferência abdominal

Fácies

Algumas doenças fazem com que o rosto apresente certas características, levando a expressões fisionômicas típicas. A fácies atípica ou normal é a que não expressa traços anatômicos ou expressões de alguma doença específica (Porto, 8ª edição). As fácies típicas são descritas no capítulo de exame físico geral (ver capítulo 4).

Atitude

É a posição adotada consciente ou inconscientemente pelo paciente. A atitude é indiferente quando é adotada por hábito e não para alívio de algum sintoma (Porto, 8ª edição). As demais atitudes são descritas no capítulo de exame físico geral (ver capítulo 4).

Coloração

É avaliada por meio da avaliação das mucosas. As mucosas mais comumente analisadas são as conjuntivas oculares, labiobucal, lingual e gengival. As mucosas normocoradas possuem cor róseo-avermelhada. Alterações de coloração incluem mucosas hipocoradas, hiperacoradas, cianóticas e ictéricas (Porto, 8ª edição).



Figura 2 - Exemplo de semiotécnica de avaliação das mucosas, onde vemos uma mucosa normocorada

Sinais Vitais

Nesta etapa o examinador deve avaliar a temperatura e a pressão arterial do paciente. O local de aferição mais comum da temperatura é o oco axilar. Nele a temperatura normal varia de 35,5 a 37°C, acima disso já considerado febril e abaixo é considerado hipotermia (Porto, 8ª edição).

Enquanto na pressão arterial, consideram-se normais valores $\geq 80/50$ mmHg e $\leq 120/80$ mmHg (Porto, 8ª edição). A pressão arterial deve ser aferida de acordo com as recomendações da 7ª diretriz de hipertensão arterial sistêmica (ver capítulo 4).



Figura 3 – Palpação do pulso radial



Figura 4 - Estimação do nível da PAS pela palpação do pulso radial



Figura 5 - Palpação do pulso braquial



Figura 6 - Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação.

Por fim, deve-se aferir as frequências cardíaca e respiratória. Paciente eupneico apresenta uma frequência respiratória entre 16-20 irpm (Porto, 8ª edição). A frequência cardíaca normal varia entre 50-100bpm (3ª diretriz brasileira da SBC sobre análise e emissão de laudos eletrocardiográficos). As alterações da frequência cardíaca são vistas no capítulo 6 e as alterações da frequência respiratória são apresentadas no capítulo 7 deste livro.

Palpação de Gânglios



Figura 7 - Gânglios occipitais

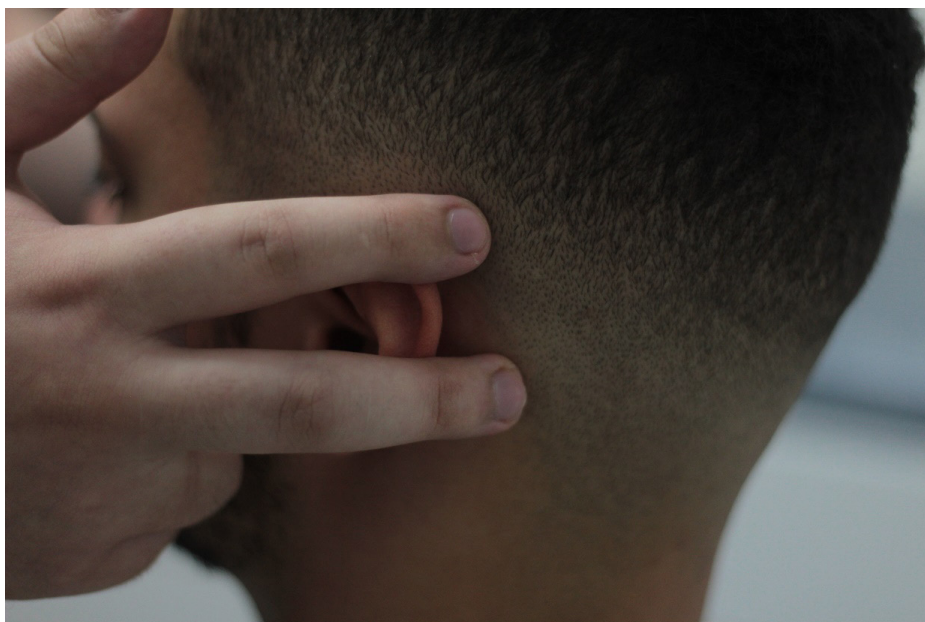


Figura 8 - Gânglios pré-auriculares



Figura 9 - Gânglios retroauriculares



Figura 10 - Gânglios submandibulares



Figura 11 - Gânglios mentonianos



Figura 12 - Gânglios cervicais posteriores



Figura 13 - Gânglios cervicais anteriores



Figura 14 - Gânglios cervicais



Figura 15 - Gânglios axilares

As principais cadeias linfonodais que são avaliadas são as da cabeça e pescoço e as axilares. Os principais gânglios a serem avaliados na região de cabeça e pescoço são os gânglios occipitais, pré-auricular, retroauricular, submandibular, mentoniano, cervical anterior e posterior; infraclavicular e supraclavicular. A palpação dos gânglios deve ser realizada usando as polpas digitais dos dedos médio, indicador e polegar. A avaliação das cadeias da cervical é melhor realizada com o examinador posicionado atrás do paciente e realizando uma leve inclinação da cabeça para o lado que será avaliado, visando relaxar os músculos do pescoço. No caso dos gânglios axilares, o examinador deve posicionar-se de frente para o paciente segurando o membro superior, que deve estar levemente flexionado, a ser avaliado com a mão contralateral. A fossa axilar será avaliada com o examinador utilizando a mão em garra e do lado contralateral ao gânglio que será palpado. (Porto, 8ª edição.).

As principais características a serem avaliadas na palpação dos gânglios são:

- Localização;
- Tamanho ou volume: Normalmente variam de 0,5 a 2,5 cm de diâmetro;
- Coalescência: Consiste na união de 2 ou mais linfonodos, resultando em uma massa de limites imprecisos. Normalmente ocorre em casos de processos inflamatórios ou neoplásicos da capsula dos linfonodos que foram acometidos

- Consistência: Fibroelastica, endurecida
- Mobilidade: Linfonodos móveis ou aderidos a planos profundos
- Sensibilidade: gânglios dolorosos ou indolores a palpação

Alterações da pele: Presença de sinais flogísticos (dor, edema, calor e rubor) e a presença de fistulização, sendo necessário descrever o tipo de secreção presente.

Exemplo de descrição do exame físico geral normal

Paciente em bom estado geral, alerta, orientado auto e alopsiquicamente, com fácies atípica, atitude indiferente, normocorado, afebril, eupneico e sem gânglios palpáveis. Altura: 1,72m. Peso: 65kg. IMC: 21,9kg/m². CA: 70cm. PA: 120/80 mmHg. FC: 70bpm. FR: 17ipm.

PALPAÇÃO DA GLÂNDULA TIREOIDE

Antes de se realizar a palpação é necessário localizar a glândula, para isso avalia-se a posição das cartilagens cricoidea e tireóidea sendo que o istmo da tireoide se localiza imediatamente abaixo da cartilagem cricoidea. O pomo de adão nos homens é utilizado como ponto de referência para localização da cartilagem tireoide, enquanto a cartilagem cricoide localiza-se logo abaixo da tireóidea, apresentando formato anelar.

A palpação pode ser realizada de forma anterior e posterior, sendo que na anterior o examinador pode palpar a tireoide usando os dedos em pinça ou usando o polegar. (Maciel, 2007.)

No caso da palpação anterior usando os dedos em pinça, o examinador deve estar posicionado de frente e à direita do paciente e deve pesquisar o istmo da glândula usando os dedos polegar e indicador (em pinça) nos pontos anatômicos de referência. Após localizar o istmo, retira-se o polegar e a palpação do istmo é feita apenas com o dedo indicador. O examinador deve pedir para o paciente deglutir para que se possa avaliar a mobilidade da glândula. Em seguida, faz-se a palpação dos lobos da tireoide que deve ser feita usando-se a mão contralateral ao lado que vai ser avaliado, utilizando os dedos indicador e médio, lembrando-se de sempre pedir para o paciente deglutir durante a palpação para avaliar a mobilidade. Após a palpação de um lobo, o examinador deve trocar de mão e realizar novamente a localização do istmo com a mão em pinça. (Maciel, 2007.).

Na palpação anterior usando o polegar, o examinador deve estar posicionado da mesma forma que na palpação usando os dedos em pinça. O istmo deve ser localizado usando o polegar, após localizá-lo deve ser feita a palpação e pede-se para o paciente deglutir para que se avalie a mobilidade. Deve-se depois palpar os lobos da tireoide, sendo que a palpação é feita com o dedo polegar ipsilateral ao lado que será avaliado, lembrando-

se de pedir para o paciente deglutir na palpação de cada lobo. Após realizar a avaliação de um dos lados, o examinador troca de mão para procurar o istmo e poder seguir para a palpação do outro lobo. (Maciel, 2007.).

Usando-se a técnica de palpação posterior, o examinador deve estar posicionado atrás do paciente com as duas mãos ao redor do pescoço do paciente. Primeiro, localiza-se o istmo com o examinador em frente ao paciente, podendo-se marcar a localização para depois se posicionar atrás do paciente. O paciente deve flexionar o pescoço para o lado que será avaliado, o examinador deve utilizar os lados indicador e médio para penetrar a face interna do musculo esternocleidomastoideo. Lembrar de sempre pedir para paciente deglutir durante a palpação do istmo e de cada um dos lobos. Após a palpação de um lobo deve-se localizar o istmo para palpar o outro lobo. (Maciel, 2007.).

As características a serem avaliadas na palpação da tireoide consistem em:

- Localização: Imediatamente abaixo da cartilagem cricoide
- Temperatura: Usando-se o dorso da mão, compara-se a temperatura da tireoide com a de outras partes do corpo
- Sensibilidade: Dolorosa ou indolor
- Consistência: fibroelastica ou endurecida
- Tamanho: Os lobos têm cerca de 3 a 5cm de tamanho na vertical e o istmo mede cerca de 0,5cm de diâmetro
- Presença de linfonodomegalia: Avalia-se por meio da palpação das cadeias de linfonodos cervicais
- Presença de frêmito: Identificado por meio da ausculta da tireoide. Deve ser realizada em pacientes com tireotoxicose (Maciel, 2007.)
- Mobilidade: A tireoide é normalmente móvel, o que é observado com a deglutição
- Presença ou não de nódulos: caso sejam identificados nódulos, deve-se descrever a localização, tamanho e consistência desses nódulos.

AVALIAÇÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA

As artérias carótidas são palpadas no ângulo da mandíbula de cada lado da traqueia (Porto, 7ª edição). O examinador deve estar diante do paciente, que pode estar sentado ou em pé. Usando o polegar, deve-se afastar a borda anterior do musculo esternocleidomastóideo, procurando simultaneamente as pulsações e as polpas dos dedos

médio e indicador ficam fixadas nas últimas vértebras cervicais.

A palpação das artérias carótidas deve ser feita de forma delicada e sempre evitando palpar os dois lados ao mesmo tempo. A compressão do seio carotídeo pode levar a bradicardia, parada cardíaca e ao desprendimento de trombos. Além disso, a palpação das duas artérias ao mesmo tempo está relacionada a um maior risco de isquemia cerebral. No caso dos idosos, deve-se primeiro auscultar a carótida antes de realizar a palpação. (Porto, 7ª edição.)

As principais características a serem avaliadas no exame das artérias carótidas são:

- Estado da parede: Parede endurecida, dilatada ou tortuosa;
- Amplitude do pulso: Avaliada comparando as duas artérias;
- Presença ou ausência de frêmitos.

Além disso deve ser feita a ausculta das carótidas, visando a identificação de possíveis sopros que podem ter origem nas próprias artérias ou podem ser irradiação da valva aórtica. Tanto a ausculta quanto a palpação devem ser feitas desde a fossa supraclavicular até o ângulo da mandíbula. (Porto, 7ª edição.)

AUSCULTA CARDÍACA E PULMONAR

A avaliação cardiovascular e pulmonar é de extrema importância em pacientes que estão em tratamento de doenças crônicas e, mesmo que não haja queixas nesses sistemas, o examinador deve realizar a semiotécnica cardíaca (ver capítulo 6) e pulmonar (ver capítulo 7) de forma adequada.

Exemplo de descrição da ausculta cardíaca normal

Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas e em 2 tempos, sem sons patológicos.

Exemplo de descrição da ausculta pulmonar normal

Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

PALPAÇÃO DO ABDOME

Paciente deve estar em decúbito dorsal (Porto, 8ª edição) e com o abdome desnudo desde o apêndice xifóide até a sínfise púbica (Rocco, 2010). Antes de realizar a palpação deve-se perguntar ao paciente se ele sente dor no abdome, e que aponte onde dói, pois, essa região deve ser a última a ser papada (Rocco, 2010).

É realizada em 2 etapas: palpação superficial e, em seguida, palpação profunda. Na palpação superficial avalia-se dor, contratura muscular e continuidade da parede abdominal (Rocco, 2010). Na presença de contratura muscular, deve-se avaliar se é voluntária ou involuntária, e para isso é necessário pedir ao paciente que inspire profundamente. Quando voluntária, a contração do abdome diminui durante a inspiração (Porto, 8ª edição).

A palpação profunda avalia massas palpáveis e viceromegalias (Porto, 8ª edição). Na presença de massas palpáveis, é necessário descrevê-la: localização, forma, tamanho, consistência, hipersensibilidade, pulsações e mobilidade (Bater, 12ª edição).

Exemplo de descrição da palpação do abdome normal

Abdome com continuidade da parede preservada, indolor à palpação e sem a presença de contraturas, massas palpáveis e visceromegalias.

AValiação dos membros inferiores

Incluído neste tópico está a procura por edema em MMII e a avaliação dos pulsos pedioso e tibial posterior, além da procura por lesões elementares.

Ao encontrar edema nos membros inferiores do paciente, deve-se descrever: localização (localizado ou generalizado), intensidade (de + a ++++), consistência (mole ou duro), elasticidade (elástico ou inelástico) e pele circunjacente (temperatura, sensibilidade e alterações) (Porto, 8ª edição).

O pulso pedioso deve ser procurado no dorso do pé, enquanto o pulso tibial posterior localiza-se imediatamente atrás do maléolo interno. Ambos os pulsos devem ser palpados com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º quirodáctilo. Deve-se descrever o estado da parede do vaso, frequência, ritmo, amplitude, tensão e simetria dos pulsos (Porto, 8ª edição).



Exame físico abrangente	
Etapa	Avalia-se
Lesões Elementares	• Tipo de Lesão;
	• Tipo de Erupção;
	• Distribuição;
	• Sensibilidade.

Exame Físico Geral	• Estado Geral;
	• Nível de Consciência;
	• Orientação;
	• Medidas Antropométricas:
	- Altura;
	- Peso;
	- IMC;
	- CA.
	• Fácies;
	• Atitude;
	• Coloração;
	• Sinais Vitais:
	- Temperatura;
	- PA;
	- FC;
	- FR.
	• Palpação de Gânglios:
	- Localização;
	- Tamanho ou Volume;
- Coalescência;	
- Consistência;	
- Mobilidade;	
- Sensibilidade;	
- Alterações da pele.	
Palpação Tireóide	• Localização;
	• Temperatura;
	• Sensibilidade;
	• Consistência;
	• Tamanho;
	• Presença de Linfonodomegalia;
	• Presença de frêmito;
	• Mobilidade;
	• Presença de nódulos.
Avaliação Carótida	• Estado da Parede;
	• Amplitude do pulso;
	• Presença de frêmitos;
	• Ausculta da carótida.
Ausculta Cardíaca	(Ver capítulo 6).
Ausculta Pulmonar	(Ver capítulo 7).

Palpação do Abdome	• Superficial:
	- Contraturas;
	- Continuidade da Parede;
	- Dor.
	• Profunda:
	- Massas Palpáveis;
- Visceromegalias.	
Avaliação MMII	• Presença de Edema;
	• Pulsos Pedioso e Tibial Posterior:
	- Estado da Parede;
	- Frequência;
	- Ritmo;
	- Amplitude;
	- Tensão;
- Simetria.	

Tabela 1: Roteiro para o exame físico abrangente

REFERÊNCIAS

[1]Azulay DR. Dermatologia, 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2017

[2]Porto C. Semiologia médica 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2017

[3]Bickley LS. Szilagyi PG. Bates, propedêutica médica 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2018.

[4]Rocco JR. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2011.

[5]MACIEL, L. M. Z. O exame físico da tireoide. Medicina (Ribeirão Preto), v. 40, n. 1, p. 72-77, 2007. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v40i1p72-77. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/305>. Acesso em: 29 set. 2022.