



MANUAL

Coleta de dados na execução da Consulta do Enfermeiro/Processo de Enfermagem

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC

Dilmar Baretta

Reitor

Luiz Antonio Ferreira Coelho

Vice-Reitor

Marilha dos Santos

Pró-Reitora de Administração

Márcio Metzner

Pró-Reitor de Planejamento

Nerio Amboni

Pró-Reitor de Ensino

Mayco Morais Nunes

Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Letícia Sequinatto

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Denise Antunes de Azambuja Zooche

Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Carine Vendruscolo

Vice coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

R839m

Rostirolla, Leticia Maria

Manual coleta de dados na execução da consulta do enfermeiro / Processos de enfermagem / Leticia Maria Rostirolla, Edlamar Kátia Adamy, Carine Vendruscolo; organização e apoio Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Chapecó: Edição da autora, 2021. 81 p.: il.; 30 cm

ISBN: 978-65-00-28958-9

Inclui bibliografia.

1. Anamnese - Manual 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Exame físico .3. Enfermagem - Processos. I. Leticia Maria Rostirolla. II. Edlamar Kátia Adamy. III. Carine Vendruscolo. IV. Universidade de Estado de Santa Catarina. V. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. VI. Título.

CDD: 616.075 - 20.ed.

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Marilene dos Santos Franceschi CRB-14/812
Biblioteca UDESC/OESTE

ISBN: 978-65-00-28958-9

CRB



9 786500 289589

Sobre as Organizadoras

Letícia Maria Rostirolla

Enfermeira. Mestranda no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira na Atenção Primária em Saúde de Guatambu/SC. Chapecó/SC. E-mail: leticia.rostirolla90@edu.udesc.br

Edlamar Kátia Adamy

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) na Graduação e no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Coordenadora da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem (LASAEPE-UDESC). Membro do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS) da UDESC. Chapecó/SC. E-mail: edlamar.adamy@udesc.br

Carine Vendruscolo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) na Graduação e no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Chapecó/SC. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

ESTE MANUAL FOI ELABORADO COM BASE NOS INFOGRÁFICOS DESENVOLVIDOS PELA LIGA ACADÊMICA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM (LASAEPE) DA UDESC

Ligantes participantes:

Susane Karine Kerckoff Machado;
Jakeline Trevizol Borsoi;
Amanda Stoltz Pedroso
Franklin de Almeida Cipolato;
Eduarda Bernadete Tochetto;
Marina Klein Heinz;
Maria Luiza Martins;
Mateus Dall Agnol
Gabriela Sanagiotto
Suéli Regina Sulzbach
Lucas Lasta Angonese
Laura Cocco
Débora Althaus Bonet
Andrezza de Medeiros Nunes
Maria Eduarda da Silva
Iasmin Carolina Marchi
Elisama Pricila Matzembacher

Apresentação

Este Manual de Anamnese e Exame Físico foi elaborado como produto do Mestrado Profissional de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), oriundo de uma pesquisa-ação com enfermeiros (as) atuantes na APS, a partir das demandas apresentadas pelos participantes durante a produção das informações. Foi desenvolvido em parceria com a Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem (LASAEPE), do Centro de Educação Superior do Oeste (CEO), da UDESC.

O Manual tem por objetivo contribuir na execução do Processo de Enfermagem, instrumentalizando o(a) enfermeiro(a) para o desenvolvimento da primeira etapa – Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem - a qual contempla a anamnese e exame físico. Ainda, contribui com os enfermeiros, docentes e acadêmicos no desenvolvimento do raciocínio clínico e tomada de decisão, embasando a elaboração de diagnósticos de enfermagem acurados para atender as demandas dos pacientes, família e comunidade.

Este recurso didático contribuirá para o ensino e pesquisa, além de ser uma estratégia de acesso rápido às informações para os enfermeiros na prática clínica. Contribuirá, também, para a execução da anamnese e exame físico de maneira segura e científica.

Sumário

1 Exame físico geral.....	7
2 Avaliação neurológica.....	14
3 Avaliação de cabeça e pescoço.....	25
4 Avaliação do sistema circulatório.....	35
5 Avaliação do sistema respiratório.....	40
6 Avaliação do abdôme: sistema digestório.....	45
7 Avaliação do sistema urinário.....	52
8 Avaliação do sistema genital feminino e mamas.....	56
9 Avaliação do sistema genital masculino.....	63
10 Avaliação do sistema tegumentar.....	66

1 | Exame físico geral

MATERIAIS NECESSÁRIOS: estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro, fita métrica, termômetro, espátula, balança antropométrica, luvas de procedimentos.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção, percussão, palpação e ausculta.

O exame físico geral consiste no exame externo do paciente, incluindo as condições globais, como estado geral, estado mental, tipo morfológico, dados antropométricos, postura, locomoção, expressão facial, sinais vitais, pele, mucosas e anexos.

ANAMNESE

A primeira avaliação do paciente é seu estado geral, uma avaliação subjetiva baseada num conjunto de dados apresentados pelo paciente e interpretados de acordo com a experiência profissional de cada enfermeiro. É realizada por uma inspeção geral, na qual deve ser avaliada a resposta do indivíduo à doença/processos de vida, verificando a existência de perda de força muscular, perda de peso e estado psíquico do paciente. Em geral, faz-se uma classificação entre bom, regular e mau estado geral.

Consciência: o paciente está acordado e alerta? Parece compreender e responder ao que se pergunta?

Orientação: qual a data, o dia da semana, o nome da instituição, o número de telefone?



Memória: qual é sua idade, data de nascimento, nome de solteira da mãe ou de seus filhos?

Cálculo: contar de trás para frente, de 3 em 3, começando do número 30.

Avaliação da linguagem: observar a qualidade, o volume e a velocidade da fala. As alterações da fala mais encontradas são disfonia ou afonia (dificuldade na emissão vocal que impede a projeção natural da voz), dislalia (dificuldade em articular as palavras), disartria (dificuldade na expressão verbal causada por uma alteração no controle muscular dos mecanismos da fala, falta de coordenação cerebral ou perda do controle piramidal) e disfasia (alteração na coordenação da fala e incapacidade de dispor palavras de modo compreensível).

EXAME FÍSICO

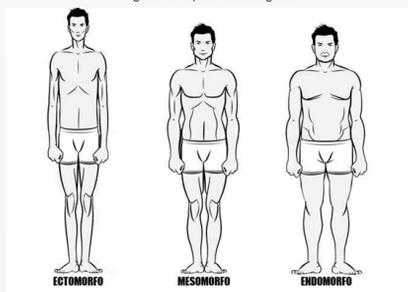
Tipo morfológico:

Longilíneo (ectomorfo): indivíduo alto e esguio com pescoço, tórax e membros longos. Geralmente o estômago é mais alongado e as vísceras dispostas verticalmente;

Brevilíneo (endomorfo): indivíduo baixo com pescoço, tórax e membros curtos. As vísceras costumam estar dispostas horizontalmente;

Normolíneo (meomorfo): características intermediárias.

Figura 1: Tipos morfológicos



Fonte: testosterona.me (2021)

Dados antropométricos: primeiramente, devem ser avaliados peso e altura.

Figura 2: Verificação de peso e altura



Fonte: autoras (2021).

Postura e locomoção: é importante observar o posicionamento preferencial adotado pelo paciente no leito (posição melhor para dormir), bem como o ritmo, a amplitude e a natureza dos movimentos. A atitude do paciente caracteriza seu comportamento, que pode ser classificado ativo ou passivo.

É importante avaliar a marcha, verificar se o paciente caminha com dificuldades, com equilíbrio ou se apresenta algum desconforto ao caminhar, como claudicação, perda do equilíbrio ou outras alterações do funcionamento motor.

Avaliação da expressão facial: a face deve ser avaliada em vários momentos no decorrer do exame físico, seja com o paciente em repouso, durante a conversa sobre assuntos específicos ou na interação com outras pessoas. Avaliar expressão facial, tipo de fâcies (capítulo avaliação cabeça e pescoço) e simetria.

Verificação dos sinais vitais: verificar e anotar o pulso e frequências cardíaca, respiratória, a temperatura corporal e a pressão arterial.

Pulso: verificar utilizando-se a polpa dos dedos indicador e médio por meio da palpação de uma artéria; geralmente, a artéria radial contar por 1 minuto o número de batimentos e verificar-se características: intensidade (cheio ou filiforme), ritmicidade (regular ou irregular) e simetria (iguais em ambos os membros).

Figura 3: Verificando pulso radial



Fonte: autoras (2021).

A frequência cardíaca pode ser verificada por meio da ausculta do pulso apical, encontrado no quinto espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, ou da visualização do monitor/cardioscópio caso o paciente esteja monitorado.



Frequência respiratória: é importante observar a contagem dos movimentos respiratórios sem que o paciente seja informado do procedimento, uma vez que a respiração pode assumir um padrão alterado quando ele sabe que alguém está contando. Também deve ser observada, durante 1 minuto, avaliando características como ritmo e profundidade, além da presença de desconfortos respiratórios. Também é importante registrar dados de oxigenação do paciente (oximetria).

Pressão arterial: deve ser verificada, de preferência, nos membros superiores pelo uso de um estetoscópio e um esfigmomanômetro de tamanho apropriado.

Figura 4: Verificando pressão arterial



Fonte: autoras (2021).

Procedimento de medida da pressão arterial

Preparo do paciente para a medida da pressão arterial:

- ✓ Explicar o procedimento para o paciente;
- ✓ Repouso de pelo menos 5 min em ambiente calmo;
- ✓ Assegurar que o paciente não esteja de bexiga cheia;
- ✓ Assegurar que o paciente não praticou exercício físico há pelo menos 60 minutos;
- ✓ Verificar se houve ingestão de bebidas alcoólicas, café, alimentos estimulantes, se fumou 30 minutos antes do procedimento;
- ✓ Manter as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- ✓ Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
- ✓ Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto do esterno ou quarto espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- ✓ Solicitar para que ele não fale durante a medida.

Procedimento de medida da pressão arterial:

- ✓ Medir a circunferência do braço do paciente;

- ✓ Selecionar o manguito de acordo com o tamanho adequado ao braço;
- ✓ Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;
- ✓ Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- ✓ Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar, o seu desaparecimento corresponderá à pressão arterial sistólica;
- ✓ Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
- ✓ Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação;
- ✓ Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo);
- ✓ Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de korotkoff), que é um som fraco seguido de batimentos regulares, e, em seguida, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- ✓ Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de korotkoff);
- ✓ Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do nível do som, para confirmar seu desaparecimento e, depois, proceder à deflação rápida e completa;
- ✓ Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase V de korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;
- ✓ Esperar em torno de 1 minuto antes de novas medidas;
- ✓ Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente;
- ✓ Registrar os valores sem “arredondamentos” e o membro no qual foi aferida a pressão arterial.



Avaliação da temperatura corporal: é feita com auxílio de um termômetro, podendo ser verificada na cavidade oral, retal, axilar ou no pavilhão auricular (cada local requer um termômetro apropriado). Para a verificação da temperatura oral, deve-se introduzir o termômetro abaixo da língua, instruindo o paciente para que feche os lábios e que espere de 3 a 5 minutos.

Para a verificação da temperatura retal, utiliza-se termômetro específico (com ponta curta e grossa), lubrificando-o e introduzindo-o cerca de 3 a 4 centímetros no ânus com o paciente em decúbito lateral, removendo-o após 3 minutos para a leitura. Na verificação da temperatura axilar, é preciso tomar cuidado para que essa região esteja isenta de umidade do suor, pois o resultado da leitura pode ser alterado. Por ser uma região mais externa do corpo, o termômetro deve permanecer por um período mais longo (5 a 7 minutos). A medida da temperatura no pavilhão auricular é o recurso mais utilizado em unidades de terapia intensiva, pois exige um recurso tecnológico especial.

Figura 5: Verificando a temperatura da pele



Fonte: autoras (2021)

Figura 6: Diferentes tipos de termômetros utilizados para verificação e temperatura corporal



Fonte: <http://www.expandmedico.com.br/> (2021)

Avaliação de pele, mucosas e anexos: é necessário considerar uma série de fatores, como, por exemplo, a questão da etnia. Em pessoas de pele escura, a melanina poderá mascarar outros pigmentos, dificultando a identificação da palidez, vermelhidão incomum ou cianose (observar os lábios, a mucosa bucal e a língua, e, também, a verificação do enchimento capilar das extremidades). Nesse sentido, devemos observar a cor, a umidade, a temperatura, a textura, o turgor e a presença de lesões e edemas.

A avaliação da coloração da pele deve ser realizada em ambiente claro, de preferência, à luz do dia.

A coloração amarelada da pele é denominada icterícia e pode estar associada à presença de distúrbios hepáticos ou hemólise de hemácias. Para verificação a icterícia, devem ser observadas as escleróticas, as conjuntivas palpebrais, os lábios, o palato duro e sublingual generalizados da pele ou quaisquer áreas que estejam avermelhadas, com sinais de inflamação.

A avaliação da textura da pele é importante, pois pode estar relacionada a alguma doença, como no caso de apresentar aspereza no hipotireoidismo. O turgor pode estar associado a estados de desidratação, sendo avaliada por meio da formação de uma prega cutânea, verificando-se a facilidade com que ela é deslocada e a velocidade de seu retorno.

Na pele, observar a presença de lesões, devendo ser considerada a localização anatômica da lesão, sua distribuição corporal e o tipo de lesão.



Avaliar a presença de edema, que pode apresentar variações em sua localização e distribuição (localizado ou generalizado), intensidade, consistência (mole ou duro), duração e horário de aparecimento (dependendo de sua origem pode, estar relacionado, principalmente, aos sistemas cardiovascular e renal). A pesquisa do edema é feita por meio da inspeção e palpação. Na inspeção, observar o aumento do volume da área, o desaparecimento das proeminências ósseas e marcas de correntes, roupas ou calçados. Na palpação, realizar a compressão na região comprimida, o chamado sinal de Godet.

As mucosas devem ser inspecionadas com bastante rigor, verificar sua coloração (a normal é róseo-avermelhada) e hidratação.

Em relação aos anexos, é fundamental a avaliação por meio da inspeção da distribuição, quantidade e cor dos pelos, que podem variar com a maturidade sexual, a idade, o sexo e a raça. As alterações nos pelos, como a hipertricose (aumento da quantidade dos pelos), hipotricose (diminuição dos pelos) e a alopecia, devem ser considerados na avaliação clínica.

Verificar a cor, o formato e a presença de lesões. Em geral, devem ser róseas, lisas e convexas. Algumas patologias podem deformar as unhas, como nos casos de pneumopatias crônicas, cardiopatias congênitas ou infecções (micoses).



2 | Avaliação Neurológica

MATERIAIS NECESSÁRIOS: luvas de procedimento, caneta esferográfica, martelo de reflexo, agulha, objeto de ponta romba ou estesiômetro (se necessário).

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção e palpação.

ANAMNESE

Investigar:

Doença Atual: início, evolução, histórico familiar.

Outras Informações:

- ✓ Alterações no padrão de sono;
- ✓ Alterações no nível de consciência;
- ✓ Acidentes e traumas;
- ✓ Alergias;
- ✓ Doenças sexualmente transmissíveis;
- ✓ Condições de habitação;
- ✓ Padrão alimentar;
- ✓ Vícios;
- ✓ Condições de trabalho;
- ✓ Condições emocionais;



Avaliação do estado mental

Avaliar:

- ✓ Orientação;
- ✓ Memória;
- ✓ Linguagem;

Adaptação do Mini-Mental State por Barros (2016):

- ✓ Orientação temporal (0-5): ano, estação, mês e dia do mês e da semana.
- ✓ Orientação espacial (0-5): estado, rua, cidade, local e andar.
- ✓ Registro (0-3): nomear pente, rua e caneta.
- ✓ Cálculo (0-5): por exemplo, subtrair 7:200-93-86-79-72-65.
- ✓ Evocação (0-3): três palavras anteriores: pente, rua e caneta.

- ✓ Linguagem 1 (0-2): nomear um relógio e uma caneta.
- ✓ Linguagem 2 (0-1): repetir: nem aqui, nem ali e nem lá.
- ✓ Linguagem 3 (0-3): siga o comando: pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque em cima da mesa.
- ✓ Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: feche os olhos.
- ✓ Linguagem 5 (0-1): escrever uma frase completa.
- ✓ Linguagem 6 (0-1):



A pontuação normal deve estar entre 27 e 30. Pontuações abaixo de 23 são consideradas anormais. Para pacientes analfabetos, devem ser dispensadas as provas que exigem saber ler e escrever. No entanto, o enfermeiro não deve ficar restrito a essa avaliação.

Distúrbios das funções corticais/cerebrais superiores:

- ✓ Afasias;
- ✓ Disfasias;
- ✓ Agnosias;
- ✓ Apraxias: sugere lesões de lobos parietais e frontal. Ex.: apraxia Construtiva: dificuldades visuo construtivas, pacientes apresentam falhas para elaborar um desenho.

Avaliação do nível de consciência:

- ✓ Despertar: regulado pelo sistema reticular ativador ascendente.
- ✓ Conteúdo da consciência: capacidade cognitiva e afetiva do indivíduo (linguagem, memória, crítica, humor, etc.)
- ✓ Regiões corticais: o conteúdo da consciência abrange esse conjunto integrado e dinâmico de funções mentais que possibilitam a pessoa estar ciente de si, perceber e interagir com o meio ambiente.

Receptividade:

- ✓ Está relacionada à função cortical. A avaliação é feita por meio de análise das respostas, que envolvem mecanismos de aprendizagem (gestos e palavras), o que requer certo grau de integração cortical;
- ✓ Consciente.

Reatividade:

- ✓ A avaliação da reatividade é realizada quando há perda da consciência, sendo que as respostas estão relacionadas às atividades subcorticais e do tronco cerebral, constituindo-se reflexos.
- ✓ Reatividade inespecífica: é abrir os olhos, ou seja, acorda, mas não interage com o meio ambiente.
- ✓ Reatividade à dor: pode ser a retirada do membro, indicando função desencadeada em nível medular, a resposta com componente facial ou vocal depende da atividade do tronco cerebral.
- ✓ Reatividade vegetativa: corresponde ao controle das funções neurovegetativas.
- ✓ Não consciente.



Estímulos: verbal, ruído, tátil, doloroso.

Em caso de resposta verbal: avaliar orientação e cognição.

Níveis de consciência: existem inúmeros termos para descrever alterações do nível de consciência. Entre eles estão, letárgico, confuso, sonolento, obnubilado e torporoso. Para reduzir a subjetividade dos termos e padronizar os registros, foram idealizadas escalas que possibilitam a avaliação do nível de consciência, a escala de Glasgow é a mais utilizada e conhecida para essa finalidade.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

Abertura ocular

Critério	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT

Escala atualizada - Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde - 2018

Pontuação ECG = (O [4] + V [5] + M [6]) = Melhor pontuação possível 15; pior pontuação possível 3. * Se uma área não puder ser avaliada, nenhuma pontuação numérica será dada àquela região e será considerada "não testável".

4º avaliação pupilar: o exame das pupilas deve ser realizado observando o diâmetro, a simetria e a reação à luz. Na avaliação, comparar uma pupila com a outra. Quando as pupilas são do mesmo diâmetro, são denominadas isocóricas. Se uma pupila for maior que a outra, são consideradas anisocóricas. Nesse caso, anotar a pupila maior em relação à menor, como por exemplo, pupilas anisocóricas, esquerda maior que a direita.

A fotorreação é observada com o auxílio do foco de luz de uma lanterna. O exame consiste em manter o olho fechado por alguns segundos, elevar rapidamente à pálpebra, dirigindo o foco de luz diretamente sobre a área temporal da pupila para observar a fotorreação. Repetir o procedimento no outro olho. Observar, quando o foco de luz incidir sobre a pupila é a sua constrição (reação direta) e, quando retirado o estímulo, a pupila se acomoda novamente.

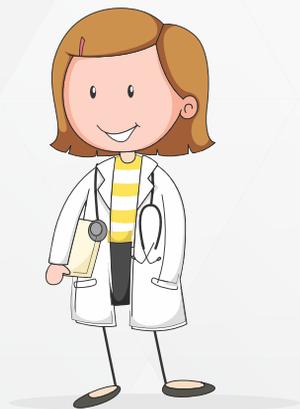
5º controle do equilíbrio:

Inspeção:

Inspeção neurológica deve ser realizada nas posições de pé, sentado ou no leito, e o enfermeiro deve observar as posições, as expressões e os movimentos do paciente conforme abordado no exame físico geral. A seguir, são descritos alguns aspectos importantes relacionados às alterações do sistema nervoso que são evidentes no exame físico geral:

Reatividade:

- ✓ Na doença de Parkinson, estão presentes as hemiplegias piramidais e as paraplegias;
- ✓ A posição de gatilho, caracterizada pela hiperflexão da cabeça, pela flexão das pernas sobre as coxas e pelo encurtamento do tronco com concavidade para frente, é típica de irritação meníngea;
- ✓ A expressão facial (face inexpressiva ou congelada) está relacionada a diversas patologias de ordem neurológica.
- ✓ A pele pode apresentar manchas “café com leite”, tipicamente lisas e uniformemente pigmentadas associadas à perda de pelo e mudanças de cor e temperatura são alterações do sistema nervoso autônomo;
- ✓ Os movimentos involuntários acentuam-se com o movimento, diminuem com o repouso e desaparecem no sono. O tremor é um movimento involuntário e oscilatório em torno de um eixo fixo, presentes em Parkinson por exemplo.



Avaliação da coluna cervical e lombossacral:

a rigidez da nuca indica comprometimento meningorradicular. A prova positiva é quando há resistência à flexão passiva da cabeça até a retração, por hipertonia, dos músculos cervicais posteriores. O sinal de Kerning é utilizado para observar a resistência, limitação da dor durante a manobra. Considera-se positivo quando o paciente se queixa de dor ao longo do trajeto do nervo isquiático e tenta impedir o movimento.

Figura 7: Figura Prova de estiramento da raiz nervosa – sinal de kerning (o examinador não deve auxiliar apenas observar queixas do paciente)



Fonte: autoras (2021).

O sinal da nuca de Brudzinski é evidenciado quando a flexão da nuca determina flexão involuntária das pernas e das coxas e expressão fisionômica de dor.

Figura 8: Prova de estiramento da raiz nervosa - Sinal de Brudzinski



Fonte: autoras (2021).

6º o exame do equilíbrio:

equilíbrio estático: solicitar ao paciente que fique de pé, com os pés unidos e as mãos juntas da coxa, olhos abertos, depois, fechados. O sinal de Romberg indica se há lesão no cordão posterior, evidenciado quando, ao fechar os olhos, o paciente oscila e cai sem direção.

Figura 9 e 10: Equilíbrio (teste de Romberg – examinador fica de frente para o paciente)



Fonte: autoras (2021).

Equilíbrio dinâmico: solicitar ao paciente que caminhe normalmente e depois pé ante pé. A princípio, em marcha normal; depois, nas pontas dos pés; e, enfim, nos calcanhares, andar rapidamente, ir para frente e para trás. Esta última manobra deve ser usada em caso de suspeita de lesão vestibular para verificação da formação da “estrela de babinski” ou marcha em estrela. Quando o paciente caminha, de frente e de costas, com os olhos fechados, descreve uma figura semelhante a uma estrela. A qualquer distúrbio de marcha dá-se o nome de disbasia.

Figura 11: Marcha



Fonte: autoras (2021).

7ª avaliação da função motora:

Tônus e força muscular:

Tônus: flacidez¹, rigidez², espasticidade³

Avaliar o paciente deitado e relaxado.

- ✓ (1): pode ter relação com lesão em neurônio motor inferior;
- ✓ (2): pode ter relação com lesão em gânglios basais;
- ✓ (3): pode ter relação com lesão em neurônio motor superior;
- ✓ O exame do tônus é feito com o paciente deitado e em completo relaxamento. Utilizar a inspeção para avaliar o achatamento das massas musculares ao encontro do plano do leito. Apalpar e avaliar consistência das massas musculares, as quais se mostraram aumentadas nas lesões motoras. A movimentação dos membros com flexão e extensão deve ser feita para avaliar a passividade, ou seja, para verificar a resistência (se o tônus está aumentado ou diminuído), e para teste de extensibilidade da fibra muscular. Flexionar e estender o músculo: verificar resistência e expansão da fibra. Exemplo: calcanhar toca o glúteo - diminuição do tônus muscular (hipotonia) [leve, moderada, acentuada].

Força: técnica vai depender do nível de consciência do paciente.

Quando consciente: flexão/extensão; levantar/baixar os membros; aperto de mão.

Figura 12: Avaliação da força motora: membros superiores



Fonte: autoras (2021).

Figura 13: Avaliação da força motora: membros superiores



Fonte: autoras (2021).

Figura 14: Avaliação da força motora: membros inferiores



Fonte: autoras (2021).

Fraqueza ou paresia: comprometimento da força;
Paralisia ou plegia: ausência da força;
Hemiparesia: fraqueza unilateral/ muscular;
Paraplegia: paralisia das pernas e da parte inferior do tronco;
Tetraplegia: paralisia dos quatro membros.
Hemiplegia: paralisia que afeta apenas um lado do corpo.

Avaliação da função sensitiva:

Tato, dor e temperatura

Avaliar: membros superiores e inferiores

- ✓ Solicitar ao paciente que feche os olhos.
- ✓ Tato: algodão ou gaze;
- ✓ Dor superficial: objeto de ponta romba;
- ✓ Temperatura: litro com água quente, morna ou fria.

Terminologias

Analgesia: ausência da sensação de dor;
Hipoanalgesia: diminuição da sensação de dor;
Hiperanalgesia: aumento da sensação de dor;
Anestesia: ausência da sensibilidade;
Hipoestesia: diminuição da sensibilidade;
Hiperestesia: aumento da sensibilidade.



Avaliação da função cerebelar e coordenação motora:

a coordenação motora pode ser prejudicada por disfunção cerebelar. Apresenta instabilidade da marcha; falta de coordenação motora em membros superiores, da fala ou da movimentação do olhar.

movimentação do olhar.

- ✓ Prova do dedo no nariz: olho aberto ou fechado;
- ✓ Prova calcanhar – joelho;
- ✓ Ataxia: perda da coordenação.

Avaliação dos reflexos superficiais:

reflexo é uma resposta do organismo a um estímulo de qualquer natureza. A reação pode ser motora ou secretora. No exame neurológico, estudam-se os reflexos motores, que têm origem no arco reflexo. As imagens a seguir, são exemplos estímulo nos membros inferiores:

Figura 15: Reflexo cutâneo plantar



Fonte: autoras (2021).

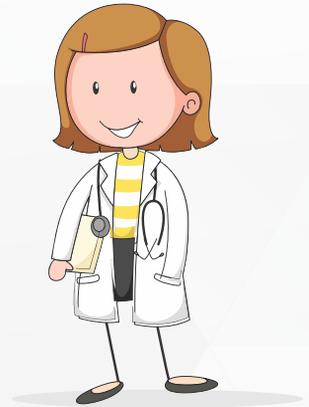
Figura 16: Arco reflexo patelar



Fonte: autoras (2021).

Fala e linguagem:

a linguagem é um conteúdo simbólico através do qual o pensamento é elaborado. Esse conteúdo, quando revelado, faz-se por meio da palavra e da escrita. Vários são os distúrbios da linguagem. Dentre eles, podemos listar como principais a **disartria**, uma alteração da palavra articulada, decorrente de lesões periféricas com as de nervos cranianos ou centrais (por exemplo: no Parkinson, é arrastada e lenta, na lesão cerebelar, escandida e explosiva); e a **dislexia**, uma condição de natureza genética que consiste na dificuldade de aprender a leitura. A **afasia** é um distúrbio de expressão verbal.



3 | Avaliação de Cabeça e Pescoço

MATERIAIS NECESSÁRIOS: luvas de procedimento, ocluser ocular, espéculo nasal, lanterna, oftalmoscópio, caneta, espátula, otoscópio, gráfico de snellen, copo com água, compressa de gaze, diapasão.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção e palpação.

ANAMNESE

Dados subjetivos:

- ✓ Relato de dor ou lesão facial/pescoço/cabeça;
- ✓ Histórico familiar de câncer de cabeça e pescoço ou alterações na glândula tireóide;
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Etilismo;
- ✓ Hábitos de higiene dentária;
- ✓ Alterações recentes na visão, relato de secreção nos olhos;
- ✓ Alterações recentes na audição, otorréia, otalgia, tonturas, desequilíbrios, vertigens;

EXAME FÍSICO:

- Cabeça:

observar posição, equilíbrio, movimento, postura, presença de tremores.

- Crânio:

✓ observar formato, contorno, tamanho, simetria presença de lesões, cistos, tumores, hematomas, nódulos. Geralmente o crânio apresenta-se normoencefálico. Algumas possíveis alterações: micro ou macrocefalia, hidrocefalia e deformações locais oriundas de fratura, trauma ou tumor.

- Cabelo:

- ✓ observar quantidade, distribuição, textura, alteração da cor, perda de cabelo, presença de pediculoses, lêndeas, caspa, sujidade, seborréia, alopecia (identificar a causa).
- ✓ aspecto do cabelo normal: brilho natural.

- ✓ cabelos secos e quebradiços: deficiência de nutrientes.
- ✓ cabelos finos: hipertireoidismo.
- ✓ cabelos grossos: hipotireoidismo.

- Couro cabeludo:

- ✓ normal, liso, sem descamações ou lesões.

Figura 17: Examinando couro cabeludo



Fonte: autoras (2021).

- ✓ observar presença de dor à palpação, inflamação, vermelhidão, calor, edema, abscesso, foliculite, dermatite.

- Face:

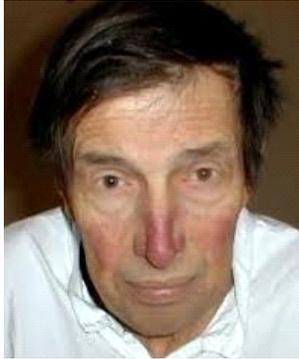
- ✓ observar alterações de expressão, contornos faciais, assimetria, movimentos involuntários, acne, dor, edemas, fáceis, massas, alterações na coloração da pele, como por exemplo: palidez, cianose, icterícia ou manchas.

Figura 17: Fácies mixedematosa, mostrando edema palpebral pronunciado



Fonte: researchgate.net (2021)

Figura 21: Fácies parkinsoniana, face imóvel



Fonte: semioclin.files.wordpress.com (2021)

- Olhos:

- ✓ pálpabras: observar edema, simetria e fechamento completo (abrir e fechar o olho/sinal de godet), ptose palpebral, presença e distribuição de pêlos.
- ✓ edema palpebral: pode ser oriundo de síndrome nefrótica, processos alérgicos, doença de chagas, blefarite, trauma, picada de inseto entre outras causas.
- ✓ exoftalmia (protrusão ocular): identificar a causa, comum no hipertireoidismo ou tumores.
- ✓ enoftalmia (afundamento dos globos oculares): identificar a causa, comum na desnutrição.
- ✓ lagoftalmia (fechamento incompleto da fenda palpebral): identificar a causa, comum em trauma.
- ✓ alopecia de cílios: identificar a causa, comum em sífilis e blefarites crônicas.
- ✓ observar desvio (estrabismo), movimentos involuntários, rítmicos e repetidos.

- Conjuntivas:

- ✓ deve apresentar-se de cor rósea, úmida, brilhante, lisa e hidratada.
- ✓ observar mudança na coloração (pálida, amarelada ou hiperemiada), congestão, presença de lesões, presença de secreção, corpos estranhos ou aumento de volume.

- Escleróticas:

- ✓ deve apresentar-se branca ou levemente amarelada na periferia.
- ✓ avaliar presença de icterícia (aumento da bilirrubina, hepatite, pancreatite, leptospirose), hemorragias ou inflamação (vermelhidão, dor, calor, secreção oriunda de doenças infecciosas ou fatores externos).

Figura 18: Fácies cushingóide



Fonte: goconqr.com (2021)

Figura 19: Fácies basedowiana (hipertireoidismo: olhar fixo, olhos salientes e brilhantes)



Fonte: semioclin.files.wordpress.com (2021)

Figura 20: Fácies mixedematosa rosto arredondado, com nariz e lábios grossos e os cabelos fracos e sem brilho portador de hipotireoidismo



Fonte: <https://www.researchgate.net/> (2021)

Figura 22: Exame geral dos olhos



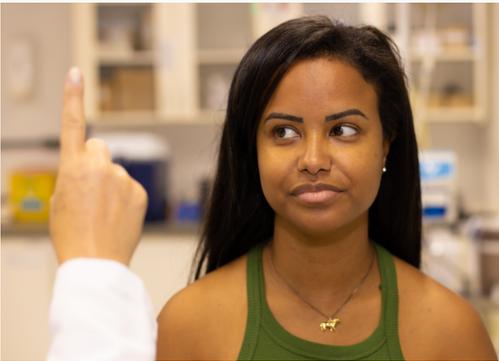
Fonte: autoras (2021).

- Córnea:

✓ deve apresentar-se com superfície regular e transparente que recobre a íris.

✓ observar integridade, presença de ulcerações, corpos estranhos ou opacificação do cristalino. Observar reflexo córneo palpebral. Se necessário, realizar o Teste de Schirmer para mensurar o ressecamento do olho.

Figura 23: Exame da mobilidade. Olhar para a esquerda



Fonte: autoras (2021).

Figura 24: Exame da mobilidade. Olhar para a direita



Fonte: autoras (2021).

Figura 25: Exame da mobilidade. Olhar para cima



Fonte: autoras (2021).

Figura 26: Exame da mobilidade. Olhar para baixo



Fonte: autoras (2021).

- Íris:

- ✓ deve apresentar-se com diafragma circular e pigmentado, formado por dois músculos responsáveis pela miose e midríase.
- ✓ observar sinais de inflamação, dor, hiperemia pericorneana, visão embaçada, fotofobia, lacrimejamento e pressão intraocular.

- Pupilas:

- ✓ são as aberturas contráteis no centro da íris ocular, devem ser esféricas, negras e isocóricas.
- ✓ observar miose, midríase, anisocoria e reação fotomotora.
- ✓ realizar o teste de acuidade visual. Distúrbios exige a avaliação de um especialista (oftalmologista).
- ✓ avaliar II par de nervos cranianos (óptico);
- ✓ avaliar III par de nervos cranianos (óculomotor);
- ✓ avaliar IV par de nervos cranianos (troclear);
- ✓ avaliar VI par de nervos cranianos (abducente);

Figura 27: Exame ocular com foco luminoso



Fonte: autoras (2021).

- Nariz e seios paranasais:

- ✓ observar forma, tamanho, simetria, presença de deformidades, movimentos das asas do nariz, hiperemia cianótica, obstrução nasal, crostas, integridade da mucosa, septo (desvio ou sinais de sangramento), presença de secreções, sangue ou processos inflamatórios.
- ✓ palpar seios paranasais e atentar para sensibilidade e dor.
- ✓ avaliar I par de nervos cranianos (olfatório);
- ✓ avaliar V par de nervos cranianos (trigêmeo);



Figura 28: Exame nasal com foco luminoso

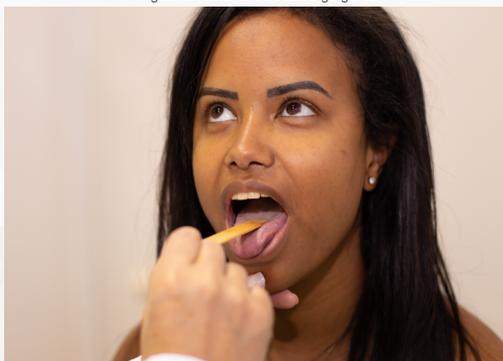


Fonte: autoras (2021).

- Boca:

✓ observar coloração, hálito, deformações, hidratação, edema, gengivas hiperemiadas, processos infecciosos ou inflamatórios periodontais, lesões ulceradas ou hemorrágicas, quantidade e conservação dos dentes, presença de cáries, mobilidade e uso de próteses dentárias.

Figura 29: Exame de boca e garganta



Fonte: autoras (2021).

- Lábios:

✓ deve apresentar-se liso, hidratado e simétrico. Observar presença de lesões, escoriações, tumor, abaulamentos, rachaduras e edema.

- Mucosas:

✓ deve apresentar-se de cor avermelhada, brilhante, lisa e úmida. ✓ observar presença de lesões, ulcerações, tumorações, inflamação e eritema.

- Língua:

✓ deve apresentar superfície rugosa, recoberta por papilas e levemente esbranquiçadas. Observar presença de ulcerações, tumores, manchas, sangramento, saburra, volume e hidratação.

- Gengiva:

- ✓ deve apresentar-se de cor vermelha pálida. Observar presença de lesões, ulcerações, tumorações, sangramento, trauma, hiperplasia gengival, processo infeccioso ou inflamatório.
- ✓ deve-se também inspecionar palato mole, úvula, tonsilas palatinas e orofaringe.
- ✓ avaliar v par de nervo craniano (trigêmio);
- ✓ avaliar vii par de nervo craniano (facial);
- ✓ avaliar ix par de nervo craniano (glosssofaríngeo);
- ✓ avaliar xii par de nervo craniano (hipoglosso);

Figura 30: Exame da boca e mucosas



Fonte: autoras (2021).

- Ouvidos:

- ✓ observar presença de pus (otorreia), presença de sangue (otorragia), altura das orelhas, forma, tamanho, deformação congênita ou adquirida, nódulos, tumor, hematoma, higiene.
- ✓ avaliar canal auditivo: normal (coloração rosada).
- ✓ observar presença de corpos estranhos, secreção, hiperemia, cerume, processos inflamatórios.
- ✓ avaliar a membrana timpânica: normal (translúcida, brilhante cinza perolado). Avaliar acuidade auditiva.
- ✓ avaliar VIII par de nervos cranianos.

Figura 31: Exame do ouvido com otoscópio



Fonte: autoras (2021).

- Pescoço:

✓ observar presença de cicatriz, cianose, ingurgitamento/estase das veias jugulares, aumento glândulas parótidas ou submaxilares, rigidez de nuca, postura, inclinação. Palpar os linfonodos da região cervical.

Figura 32: Palpação do pescoço



Fonte: autoras (2021).

- Glândula tireoide:

✓ não costuma ser visível nem palpável. Palpar para avaliar tamanho, forma, consistência, sensibilidade, mobilidade e volume. Aumento do volume ou rigidez da tireoide pode revelar nódulo ou bócio, indicando disfunção da glândula.

Figura 33: Palpação da região da tireoide



Fonte: autoras (2021).

- Veias jugulares:

✓ não são visíveis, podendo apresentar um pequeno ingurgitamento na posição supina, desaparecendo na posição de decúbito de 30 graus. A estase jugular bilateral, não desaparecendo na posição sentada, pode indicar insuficiência cardíaca. Avaliar o paciente na posição de decúbito de 45 graus.

- Artérias carótidas:

✓ não costumam ser visíveis. Quando apresentam alterações nas

pulsações, estando muito aumentadas, pode indicar doenças como hipertireoidismo, persistência do canal arterial, fístula arteriovenosa periférica e insuficiência aórtica. Avaliar, por meio de palpação com os dedos indicador e médio utilizando a mesma mão para comparação.

-Linfonodos:

✓ normalmente não são visíveis e palpáveis. Para avaliar, utiliza-se os dedos indicador e médio e verificar consistência, presença de dor e mobilidade.

4 | Avaliação do aparelho Circulatório

MATERIAIS NECESSÁRIOS: estetoscópio, esfignomamômetro (tamanho adulto (14x58cm - circunferência: 29-41cm); adulto pequeno (14x53cm - circunferência: 20-29cm); infantil (10x34cm - circunferência: 13-20cm); neonatal (6x26cm - circunferência: 8-13cm), lanterna, oxímetro, relógio analógico.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção, palpação e ausculta.

ANAMNESE

- ✓ Queixa de dor torácica (localização, irradiação, qualidade, intensidade, duração, fator desencadeante, fator de alívio, sintoma associado - náuseas, vômito, sudorese, palpitação, tontura, síncope);
- ✓ Queixa de frequência cardíaca irregular, palpitações, vertigens, historia de edema, história de má formação cardíaca, sopro, cirurgia cardíaca prévia, desmaio, fadiga, dispnéia;
- ✓ História familiar de doença cardíaca;
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Etilismo;
- ✓ Estilo de vida (dieta, atividade física, sedentarismo, estressores diários, forma de relaxamento, uso de medicamentos contínuos);
- ✓ Doenças associadas (obesidade, hipertensão, diabetes).

EXAME FÍSICO

Dividido em duas partes: geral e específico.

Posição: decúbito dorsal ou em posição de Fowler.

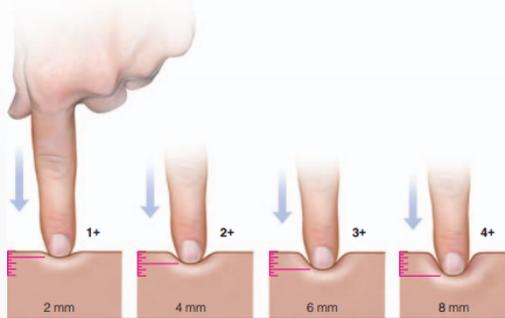
Exame físico geral:

- ✓ verificar sinais vitais (pressão arterial, pulso, frequência cardíaca, respiração, temperatura e dor)
- ✓ verificar dados antropométricos (peso, altura, circunferência abdominal e relação cintura-quadril).
- ✓ avaliar tipo morfológico, nível de consciência, condições da pele e mucosa, padrão respiratório, perfusão periférica, presença de estase jugular, fadiga, alterações no sono, ascite.
- ✓ verificar presença de edema: principalmente nos membros



inferiores, complementada na palpação pelo sinal de Godet - ao pressionar com o polegar a região pré-tibial e maleolar os membros inferiores por, pelo menos, cinco segundos. Classifica-se o edema em graus de escala ascendente: quando atinge membros inferiores até a tíbia (edema uma cruz +), estendem-se as coxas e também aos membros superiores (edema ++), alastra-se por todo o corpo, excluindo as cavidades serosas (+++) e, finalmente, constitui o derrame generalizado ou anasarca (++++). O edema pode ser mole ou transudato, sendo constituído apenas por água. Pode também ser edema duro ou exsudato, sendo constituído de água e proteínas.

Figura 34: Teste cacifo



Fonte: <https://www.abcdnafermagem.com.br> (2021)

✓ Atentar para presença de dispnéia.

Exame físico específico

Inspeção vasos do pescoço:

Veias jugulares

- ✓ Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça e pescoço levemente elevados;
- ✓ Visualização da Jugular externa: sim/não;
- ✓ Presença ou ausência de ingurgitamento bilateral (estase de jugular);
- ✓ A estase de jugular deve ser examinada com o paciente posicionado em decúbito de 45°;

Artérias carótidas;

- ✓ Visualização da artéria: sim/não;
- ✓ Visualização de pulsações: sim/não.

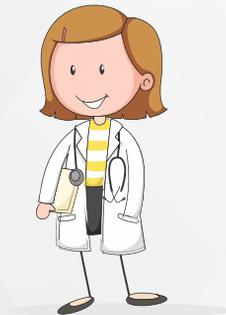
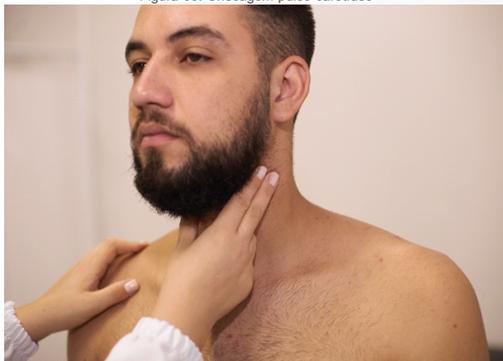


Figura 35: Checagem pulso carotídeo



Fonte: autoras (2021).

Inspeção do tórax:

- ✓ posicionar o paciente em decúbito dorsal com o tórax exposto;
- ✓ observar ictus cordis ou ponta de choque;
- ✓ avaliar pulsação epigástrica e supraesternais.

Palpação:

Palpação da artéria carótida

✓ Palpar com os dedos indicador e médio da mesma mão cada carótida medialmente ao músculo esternocleidomastóideo, uma de cada vez para evitar o comprometimento do fluxo sanguíneo para o encéfalo. Evitar pressão excessiva, pois o excesso de estimulação vagal pode reduzir a frequência cardíaca.

- ✓ Contorno do pulso: suave.
- ✓ Amplitude do pulso: fraco/filiforme (1+); normal (2+); cheio/forte (3+).

Palpação tórax:

✓ Palpar todo o precórdio (o ápice, a borda esternal e a base, buscando pulsações).

✓ Localização do ictus cordis/impulso apical: 4° ou 5° espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda. O decúbito lateral esquerdo pode facilitar a avaliação.

✓ Tamanho do Ictus cordis em cm (pode ser medido por meio das polpas digitais): Normal 1x2 cm.

✓ Duração e Amplitude do Ictus Cordis: curta e suave.

✓ Frêmitos (deve ser realizada com a mão espalmada sobre o precórdio ou com a face palmar dos quatro dedos): presente/ausente.

✓ Levantamento sistólico do precórdio: presentes/ausentes, intensidade.

✓ Pulsações epigástricas: presentes/ausentes, intensidade.

✓ Pulsações supraesternais: presentes/ausentes, intensidade.

Figura 36: Palpação do tórax



Fonte: autoras (2021).

Ausculta

✓ Identificar os focos de ausculta:

1º foco aórtico: 2º espaço intercostal direito junto ao esterno;

2º foco pulmonar: 2º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno;

3º foco tricúspide: 5º espaço intercostal borda esternal esquerda – base do apêndice xifóide; 4º foco mitral: cruzamento do 5º espaço intercostal esquerdo (ictus cordis) com a linha hemiclavicular esquerda.

Obs: Primeiro, auscultar com o diafragma buscando identificar a frequência cardíaca: o ritmo cardíaco e os sons cardíacos normais e depois com a campânula do diafragma a fim de investigar sons cardíacos extras.

Figura 37: Focos de ausculta cardíaca



Fonte: autoras (2021).

Bulhas cardíacas:

Primeira bulha (B1): fechamento das valvas mitral e tricúspide, componente mitral antecede tricúspide, coincide com ictus cordis e pulso carotídeo, timbre mais grave, representação - TUM

Segunda bulha (B2): fechamento das valvas aórtica e pulmonar, timbre mais agudo, representação - TA

Terceira bulha (B3): vibrações da parede ventricular subitamente distendida pela corrente sanguínea que penetra na cavidade durante o enchimento ventricular rápido, ruído de baixa frequência (Utilizar campânula), representação - TU

Quarta bulha (B4): ruído débil, ocorre no final da diástole - brusca desaceleração do fluxo sanguíneo mobilizado pela contração atrial de encontro à massa sanguínea existente no interior do ventrículo.



Descrição dos sons anormais:

✓ sopro: semelhante ao ruído de um sopro de ar gerados através de passagem de sangue pelo coração. Podem ser causados por um defeito valvar (estreitamento, má formação) ou pelo aumento do fluxo sanguíneo, como ocorre em indivíduos com febre alta ou em gestantes. Classificados de acordo com sua intensidade.

✓ galopes: durante a diástole, ocorre uma vibração passageira parecida com o som das bulhas cardíacas. Assim, na ausculta, os sons aparecem multiplicados, como se fosse produzido o som de um cavalo galopando. Identificado em clientes que apresentam insuficiência cardíaca congestiva ou doenças miocárdicas.

✓ estalitos ou cliques: som curto, de alta frequência, como um clique. Detectado em pessoas que possuem estenose de valva mitral e aórtica.

✓ atrito: som áspero, de fricção entre as superfícies do pericárdio durante os ciclos cardíacos. Normalmente, encontrado em pacientes que apresentam pericardite.

5 | Avaliação do aparelho Respiratório

MATERIAIS NECESSÁRIOS: estetoscópio, fita métrica, lanterna, oxímetro, relógio analógico, abaixador de língua, caneta e luvas (sn).

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

ANAMNESE

- ✓ Queixa principal e história da doença atual;
- ✓ História patológica progressiva, história familiar e história respiratória;
- ✓ Investigar as principais queixas respiratórias: dispneia (em repouso, aos esforços, por obstrução), tosse (produtiva, improdutiva, frequência, intensidade, umidade, horários), expectoração (tipo, quantidade, coloração, aspecto-mucosa, purulenta, serosa, sanguínea), hemoptise (aspecto-sangue vivo, espumoso, mucoso-, quantidade, frequência, início), dor torácica (localização, situação em que ocorre, início, tipo, intensidade, irradiação) e rouquidão (explorar situações, fatores associados, fatores desencadeantes, fatores de alívio);
- ✓ Investigar dificuldade para respirar durante o sono;
- ✓ Presença de alergias;
- ✓ Exposição a inalantes ambientais (substâncias químicas, fumaça);
- ✓ História de tabagismo (quantidade, tempo de uso, tentativas de parar de fumar);
- ✓ Uso de medicação.

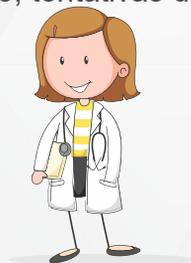
EXAME FÍSICO

Inspeção:

pode ser de dois tipos – estática e dinâmica

Estática:

- ✓ observar as condições da pele: hidratação, coloração presença ou não de cianose-, cicatrizes e lesões), pelos e sua distribuição, dedos e unhas (baqueteamento e manchas de fumo), presença de



circulação colateral, abaulamentos e retrações e o formato da caixa torácica (tórax chato ou plano, em tonel ou globoso, em funil ou infundibuliforme, peito de pombo, em sino ou cônico, cifótico, cifoescoliótico).

Dinâmica:

- ✓ observar a dinâmica respiratória: expansibilidade torácica (amplitude, profundidade de expansão e ritmo);
- ✓ observar uso da musculatura acessória, tiragem intercostal, retração, simetria, movimentos paradoxais, fenômeno de litten (depressão horizontalizada nas regiões laterais inferiores torácicas durante a respiração).

Palpação:

- ✓ avaliar e palpar traquéia, estrutura da parede torácica, expansibilidade e frêmito.

Figura 38



Fonte: autoras (2021).



Percussão:

- ✓ ajuda a determinar se os tecidos estão cheios de ar, líquido ou se são sólidos.
- ✓ é realizada a percussão dígito-digital do tórax em localizações simétricas, do ápice em direção às bases.
- ✓ avaliar excursão diafragmática;
- ✓ sons identificados: claro pulmonar; hipersonoro; timpânico; maciço; submaciço.

Figura 39

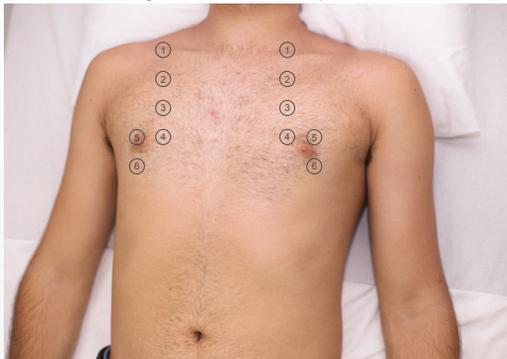


Fonte: autoras (2021).

Ausculta:

✓ avaliar: ruídos respiratórios, presença de ruídos adventícios e característica da voz falada e sussurrada (tipo do ruído, localização, quantidade-esparsos, difusos e fase inspiratória, expiratória ou ambos).

Figura 40: Focos da ausculta pulmonar



Fonte: autoras (2021).

Figura 41: Focos da ausculta pulmonar



Fonte: autoras (2021).

Figura 42: Ausculta pulmonar



Fonte: autoras (2021).

Figura 43: Ausculta pulmonar



Fonte: autoras (2021).

A ausculta dos sons pulmonares normais/fisiológicos são:

✓ murmúrio vesicular: som alveolar bem distribuído por todo o pulmão, com exceção da área sob o esterno;

✓ murmúrio broncovesicular: som tubular dos brônquios e bronquíolos de frequência variável, que, normalmente, só deve ser ouvido no centro do tórax. Quando pode ser ouvido nas periferias, indica processo inflamatório ou hemorrágico.

✓ respiração laringo-traqueal: som tubular da laringe e traqueia, mais intenso e prolongado na expiração, ouvido nas partes centrais superiores do tórax. A fase inspiratória é curta, e a fase expiratória é longa.

✓ alterações no ritmo da respiração:

- 1-Taquipneia: respiração rápida e superficial;
- 2- Bradipneia: respiração lenta, sem alteração da amplitude;
- 3- Apneia: ausência da respiração;
- 4- Hiperpneia: respiração rápida e profunda;
- 5- Cheyne-stokes (ciclopnéia) hiperpnéia , bradipnéia e apneia. Causas: insuficiência cardíaca, tumor cerebral, intoxicação por morfina ou barbitúricos, uremia;
- 6- Kussmaul: amplos movimentos inspiratórios e expiratórios com pausas de apnéia : rápida e profunda. Causa: acidose metabólica;
- 7- Biot (atáxica): pausas de apneia de duração variável - irregularidade imprevisível. Causa: meningite, TU, TCE (lesão do sistema respiratório);
- 8- Apneia do sono: pausas respiratórias prolongadas (>10 seg). Causas: DPOC, micrognatismo, cifoescoliose, obesidade;
- 9- Síndrome de Pickwick: apneia do sono em obesos.



Os sons pulmonares anormais/patológicos/adventícios são:

- ✓ roncosp: são sons grosseiros e ásperos que ocorrem quando o ar está bloqueado por muco, podendo ocorrer tanto na inspiração como na expiração. A secreção livre (catarro) em uma área de grande calibre causa esse som ao se mover com a entrada e saída de ar nos pulmões. Podem ser causados por: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica ou corpo estranho;
- ✓ sibilosp: som agudo produzido por vias aéreas estreitas, melhor ouvido na expiração. Indicam broncoespasmo. Os chiados e sibilosp de uma crise de asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) podem ser ouvidosp mesmo sem um estetoscópio;
- ✓ estertosp: sons intermitentes, intensosp, crepitantes, de totalidade média. Auscultados no início ou no meio da inspiração. Desaparecem com a tosse. Indicam líquido nos bronquíolos e brônquios. Estertosp podem ainda ser descritos como úmidosp ou secosp, finosp ou grosseirosp;
- ✓ crepitantes: são sons de estalidosp e cliques semelhantes a uma rádio fora da estação e podem ser devido a quadros de hiperinsuflação alveolar ou a secreção com bolhas em vias aéreas inferiores. Quando é causado por catarro, o crepitar é modificado por uma tosse produtiva. Indicam pneumonia, bronquite, tuberculose, doença pulmonar intersticial ou edema pulmonar;
- ✓ subcrepitantes: som estertor úmido, de bolhas grosseirasp, similar ao som de velcro. Pode indicar fibrose pulmonar ou bronquiectasia;
- ✓ estridor: é um som agudo ouvido melhor na inspiração, geralmente devido à obstrução do fluxo de ar na traqueia ou laringe. Indica fluxo turbulento nos brônquios, traqueia ou laringe. Pode indicar epiglotite, crupe, tumor, corpo estranho ou estenose/espasmo laringotraqueal;
- ✓ atrito pleural: som contínuo, de baixa frequência, ouvido ao inspirar

e ao expirar, causado pela fricção entre a pleura parietal e visceral devido a um processo inflamatório (pleurite), neoplásico (câncer de pulmão ou derrame pleural).

6 | Avaliação do abdome: Sistema digestório

MATERIAIS NECESSÁRIOS: maca fixa profissional, balança antropométrica, fita métrica, relógio com marcador de segundos, régua (20cm), travesseiros, estetoscópio.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: é realizado na ordem - inspeção, ausculta, percussão e palpação (para evitar a obtenção de informações equivocadas, como sons intestinais alterados devido a palpação e percussão anterior).

ANAMNESE

- ✓ Investigar antecedentes familiares, história familiar de câncer de cólon, estômago, pâncreas, fígado, rim ou bexiga;
- ✓ Investigar antecedentes pessoais: transtornos gastrointestinais;
- ✓ Avaliar hábito alimentar, alteração de peso, alteração no apetite, indigestão, sialorréia, soluço, indigestão, disfagia, pirose ou azia, náuseas, vômitos, eructação, dispepsia, hábito intestinal (descrever), dor (qualquer ponto ou área dolorosa ou sensível deverá ser examinada por último);
- ✓ Avaliar presença de icterícia, prurido, febre, adinamia, caquexia e descoloração de mucosas;
- ✓ Uso de medicamentos, álcool ou estressores;
- ✓ Histórico de cirurgia atual ou pregressa.

EXAME FÍSICO

A situação dos órgãos abdominais em relação aos quadrantes é a seguinte: no quadrante superior direito, encontram-se o lobo direito do fígado, a vesícula biliar, o piloro, o duodeno, a cabeça do pâncreas, a flexura hepática do cólon e partes dos cólons ascendente e transverso; no quadrante superior esquerdo estão o lobo esquerdo do fígado, o estômago, o corpo do pâncreas, a flexura esplênica do cólon e parte dos cólons transverso e descendente; no quadrante inferior direito, situam-se o cécum o apêndice vermiforme e parte do cólon ascendente, no quadrante inferior esquerdo, situa-se o cólon descendente e parte do cólon sigmóide.



Figura 44: Divisão do abdome - 4 regiões



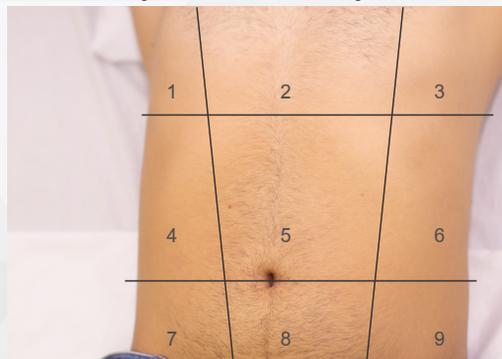
Fonte: autoras (2021).

O abdome é dividido em nove regiões quando se quer localizar mais precisamente um achado.



- ✓ Hipocôndrio direito: encontra-se parte do fígado e a flexura hepática do cólon;
- ✓ Epigastro: encontram-se o esfíncter cardíaco, o estômago, piloro, parte do fígado, o cólon transverso e o pâncreas;
- ✓ Hipocôndrio esquerdo: encontram-se o baço e a flexura esplênica do cólon;
- ✓ Flanco ou região lateral direita: situam-se parte do apêndice vermiforme, o cécum e o cólon ascendente;
- ✓ Mesogástrico: localiza-se o epíplon, o intestino delgado, o íleo e os gânglios mesentéricos;
- ✓ Flanco região lateral esquerda: situa-se o cólon descendente;
- ✓ Região inguinal ou fossa ilíaca direita: apêndice vermiforme;
- ✓ Hipogástrico: íleo;
- ✓ Região inguinal ou fossa ilíaca esquerda: cólon sigmoide.

Figura 45: Divisão do abdome - 9 regiões



Fonte: autoras (2021).

Inspeção:

- ✓ observar expressões faciais de dor ou desconforto;
- ✓ observar forma, simetria e características da superfície da pele do abdome;
- ✓ observar presença de abaulamentos, retrações, cicatrizes, manchas, estrias, turgor cutâneo, circulação colateral, trajeto venoso, hérnias, movimentos peristálticos visíveis na parede abdominal. Anotar localização e característica das alterações;
- ✓ observar forma do abdome: plano e simétrico, globoso, pendular ou em avental e abdome escavado;
- ✓ medir a circunferência abdominal;
- ✓ observar cicatriz umbilical: plana, invertida, sinais de inflamação, hérnia, protusão, retração, abaulamento, presença de sujidade.

Figura 46: Divisão do abdome - 9 regiões



Fonte: autoras (2021).

Ausulta:

- ✓ auscultar os ruídos hidroaéreos (auscultar 15-20 seg cada quadrante). São classificados em normais/presentes, diminuídos ou aumentados. Frequência ampla variação: 05 a 34 ruídos/min;

- **Ruídos hidroaéreos hiperativos:** são ruídos altos, sonoros, em gargarejos ou tinidos que refletem hipermotilidade e acompanham quadros de diarreia, uso de laxantes ou na fase inicial da obstrução intestinal.



- **Ruídos hidroaéreos hipoativos:** ocorrem em distúrbio eletrolítico, pós-operatório de cirurgia abdominal, íleo paralítico, peritonite, isquemia do cólon e na obstrução intestinal avançada, podendo estar inaudíveis;

Borborismo: peristaltismo prolongado e intenso.

Figura 47: Ausculta abdominal



Fonte: autoras (2021).

Percussão:

- ✓ auxilia na determinação do tamanho e da localização de vísceras sólidas e na avaliação da presença e distribuição de gases, líquidos e sólidos.
- ✓ sons produzidos pela percussão: timpânicos, hiper timpânicos, maciços ou submaciços.

Figura 48: Percussão digito digital no abdome



Fonte: autoras (2021).

Palpação:

- ✓ pode ser superficial e ou profunda.
- ✓ avaliar tamanho, forma, consistência, posição, localização, sensibilidade dos órgãos, mobilidade e pulsação de órgãos e massas;
- ✓ identificar massas e acúmulo de fluídos.
- ✓ palpar os quatro quadrantes em sentido horário, reservando-se para o final do exame aquelas áreas previamente mencionadas como dolorosas/sensíveis.

Figura 49: Palpação superficial do abdome



Fonte: autoras (2021).

Manobras especiais

- ✓ **Sinal de Blumberg:** dor à descompressão brusca no ponto de McBurney, pode ser indicativo de apendicite.
- ✓ **Sinal de Rovsing:** dor no quadrante inferior direito ao realizar a palpação do quadrante inferior esquerdo do abdome, pode indicar apendicite aguda.
- ✓ **Sinal de Dunphy:** dor à percussão do ponto de McBurney ou dor ao tossir, pode ser indicativo de apendicite.
- ✓ **Sinal de Lapinski:** dor à compressão do ceco contra a parede posterior do abdome, enquanto o doente eleva o membro inferior direito, pode ser indicativo de apendicite.
- ✓ **Sinal do Psoas:** dor à extensão da coxa direita sobre o quadril contra a resistência em decúbito lateral esquerdo, pode ser indicativo de apendicite.
- ✓ **Sinal do Obturador:** dor à rotação interna do quadril direito flexionado em decúbito, pode ser indicativo de apendicite.
- ✓ **Sinal do Martorelli:** dor referida no abdome ao realizar a punho percussão do calcâneo.
- ✓ **Sinal de Murphy:** interrompe a respiração por dor na palpação do hipocôndrio direito. Indica peritonite local e colecistite aguda.

O Sinal de Blumberg deve ser pesquisado quando a dor ou a sensibilidade no quadrante superior direito sugerir colecistite. Ao comprimir o ponto cístico, solicita-se ao paciente que inspire profundamente. A resposta de dor intensa no ponto pressionado e a interrupção súbita da inspiração caracterizam esse sinal.

O Sinal de Jobert é encontrado quando a percussão da linha axilar média sobre a área hepática produz sons timpânicos ao invés de maciços, indicando ar livre na cavidade abdominal por perfuração de víscera oca.

Fígado:

o fígado pode ser palpado por meio da técnica bimanual, que é

realizada com o examinador posicionado à direita do paciente, com a mão esquerda sob o tórax posterior direito do paciente, na altura da 11^o e 12^o costelas. A mão direita é colocada sobre o abdome com os dedos estendidos apontando para a cabeça e com as pontas dos dedos tocando a linha média clavicular, logo abaixo do rebordo costal direito, a mão direita exerce compressão para dentro e para frente, enquanto a mão esquerda pressiona o tórax posterior para cima e o paciente inspira profundamente.

O fígado normal é indolor, com borda fina e cortante ou romba firme, macia e lisa.

A técnica da mão em garra exige que o enfermeiro se posicione próximo ao tórax superior, à direita do paciente, voltado na direção de seus pés, apalpando o abdome na linha do rebordo costal direito com os dedos das duas mãos curvados. Se o fígado for palpável, sua borda pode ser sentida pelas pontas dos dedos, à medida que se desliza para dentro do abdome durante a inspiração.

Baço:

raramente pode ser palpado, entretanto, quando se encontra aumentado pode ser percebido pela parede do abdome.

Técnica bimanual: mantendo-se à direita do paciente, o examinador passa o braço esquerdo sobre o tronco, colocando a mão sob o tórax posterior (inferior esquerdo) do paciente, apoiando-a sob o gradeado costal posterior, projetando-o para cima. As pontas dos dedos da mão direita estendidos pressionam o abdome abaixo do rebordo costal esquerdo para dentro e para cima em direção ao baço, enquanto o paciente realiza uma inspiração profunda.

Se o contorno do baço for sentido, esse achado indica que a víscera pode estar aumentada e, neste caso, não é recomendado persistir na palpação, devido ao risco de ruptura do baço.

Exame do Reto, canal e orifício anal:

o reto, o canal e o orifício anal constituem os últimos segmentos do sistema digestório. O orifício anal é fechado por um esfíncter e contém pregas cutâneas. A inspeção e palpação são os passos da pediatría utilizados.

Exame realizado com o paciente em decúbito lateral esquerdo, com flexão dos joelhos sobre o abdome e o tronco ligeiramente fletido e com nádegas posicionadas na borda do leito ou na mesa de exame.

Na mulher, o exame também pode ser realizado em posição de litotomia ou ginecológica.



Inspeção:

para realizar a inspeção estática da região anal e perianal, o examinador deve ter as mãos enluvadas para segurar e afastar as nádegas. Para a dinâmica, o paciente é orientado a fazer força para baixo (como se fosse evacuar) para que o examinador possa inspecionar o esfíncter anal e detectar possíveis alterações como: edema, hemorroidas, fissura, fistula, prolapso, deformações (cirurgias progressas), ulceração ou abscesso.

Palpação:

para a palpação no reto, é importante que o paciente seja avisado que, durante a realização do exame poderá sentir desejo de evacuar pelo estímulo causado na área, porém pode não acontecer.

O examinador deve utilizar luvas, lubrificar o dedo indicador da mão dominante e introduzi-lo delicadamente no orifício anal, alcançando o reto e possibilitando, assim, a realização do toque retal. O examinador apalpa, inicialmente, a parede posterior do reto e, em seguida, vai girando a mão para facilitar a palpação em sequência das 19 paredes lateral direita, lateral esquerda e anterior, pesquisando a presença de áreas endurecidas, nódulos e impaction fecal. No homem, ao apalpar a parede anterior, é possível tocar a próstata, dadas as relações anatômicas do reto com essa glândula, e avaliar tamanho, consistência, presença, presença de nódulos e sensibilidade dolorosa. De forma semelhante, durante o toque prostático, o paciente pode referir desejo de urinar e deve ser tranquilizado.

Ainda com o dedo no canal anal, pode ser avaliado o tônus do esfíncter anal, solicitando ao paciente que contraia e relaxe os músculos ao comando do examinador. Ao término do exame, retirar delicadamente o dedo e avaliar a presença e características da sujidade observada no dedo da luva, como resíduo fecal, muco, sangue ou pus.



7 | Avaliação do sistema Urinário

MATERIAIS NECESSÁRIOS: maca fixa profissional, estetoscópio.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção, ausculta (artéria renal), percussão e palpação.

ANAMNESE:

- ✓ Investigar queixas abdominais;
- ✓ Investigar queimação, dor, urgência ou hesitação para urinar;
- ✓ Investigar presença de sangue na urina (hematúria);
- ✓ Investigar alteração na cor e odor da urina, presença de febre nos últimos dias, dor lombar do lado direito ou esquerdo, dor lombar que irradia para o baixo ventre e segue em direção às coxas, perdas urinárias aos esforços (tossir, espirrar, carregar peso), sensação de urgência para urinar na ausência de infecção urinária, sensação de que, após ter urinado, ainda resta urina na bexiga, necessidade de acordar frequentemente à noite para urinar;
- ✓ Identificar comorbidades: diabetes, doença renal policística, cálculo renal, doenças cardíacas, anomalias congênitas e uso de medicamentos, como anti inflamatórios.

EXAME FÍSICO

Inspeção:

✓ Em condições normais, a inspeção pouco informa sobre alterações. Se o indivíduo apresentar grandes aumentos dos rins, podem ser observados abaulamentos no flanco e na fossa ilíaca correspondente.

- ✓ Realizar a inspeção da urina: observar coloração, aspecto e odor.
- ✓ Verificar sinais que acusam presença de insuficiência renal: edema periorbital, sacral e de extremidades, mudança na coloração da pele, estado mental alterado.

✓ Avaliar relato de dor, ansiedade, palidez e sudorese.

Percussão:

Rim: manter o paciente sentado. Posicionar a palma da mão sobre o ângulo costovertebral direito e percutir a mão com a superfície ulnar do punho da outra mão. Repetir a manobra no rim esquerdo. A percussão com o punho também pode ser usada.

Bexiga: deve ser feita a 5 cm da sínfise púbica. O som identificado deverá ser timpânico (em caso de retenção urinária o som identificado pode ser maciço-indicando bexiga cheia).

Palpação:

os rins normais são praticamente inacessíveis à palpação, porém algumas técnicas auxiliam na avaliação da forma, tamanho, presença de massa ou líquidos no órgão.

O sinal de giordano: a manobra é realizada com o paciente estando sentado e inclinado para a frente. Realizar uma súbita punho-percussão, com a borda ulnar da mão, na região da fossa lombar do paciente, mais especificamente, na altura da área renal (flancos). Se a manobra evidenciar sinal de dor aguda, em pontada, no paciente, o sinal de Giordano é positivo, o que indica grande probabilidade de doença renal (litíase e pielonefrite aguda).

Figura 50: Punho-percussão direta na região do ângulo costovertebral



Fonte: autoras (2021).

Método devoto: paciente em decúbito dorsal com os joelhos fletidos. Solicitar ao paciente que tente relaxar a musculatura o máximo possível. Colocar uma mão contrária ao rim a ser examinado, exercendo pressão de trás para frente, enquanto a outra mão, espalmada sobre o abdome abaixo do rebordo costal, procurar sentir e pinçar o poli inferior do rim na sua descida inspiratória.

Figura 51: Método de devoto



Fonte: autoras (2021).

Método Israel: paciente em decúbito lateral, oposto ao rim que será palpado. A coxa correspondente ao órgão que será examinado deverá estar fletida sobre a bacia, e o outro membro permanece em extensão. Colocar uma das mãos no ângulo lombocostal, fazendo pressão de trás para frente. Com a outra mão espalmada no abdome, abaixo do rebordo costal, tentar pinçar o rim na sua descida respiratória.

Figura 52: Método de Israel



Fonte: autoras (2021).



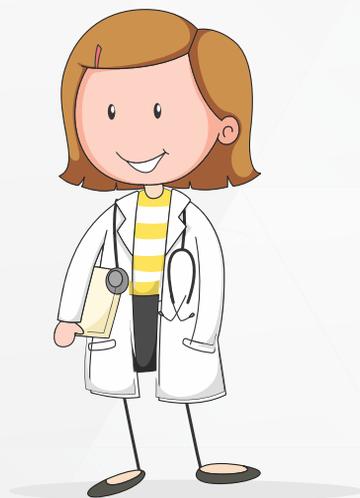
Bexiga: palpar após o paciente urinar. Inicia-se, a mais ou menos 2cm da sínfise púbica, ao sentir uma região firme e lisa. Em casos de distensão vesical a reação dolorosa, pode ser intensa.

Ausculta: é útil somente na identificação de sopros abdominais, sugestivos de estenose da artéria renal.

Alterações na eliminação urinária

- ✓ anúria: débito urinário inferior a 5ml/dia;
- ✓ oligúria: diminuição do débito urinário, inferior a 400ml/dia;
- ✓ poliúria: aumento do volume urinário acima de 1.800ml/dia;

- ✓ polaciúria: eliminação de urina várias vezes, em um curto intervalo de tempo, em pequena quantidade;
- ✓ nictúria ou noctúria: necessidade de urinar durante a noite;
- ✓ enurese: perda involuntária de urina durante o sono;
- ✓ urgência urinária: necessidade súbita de urinar, podendo ocorrer esvaziamento involuntário da bexiga;
- ✓ hematúria: presença de sangue na urina;
- ✓ urina turva: alteração na coloração da urina, com perda da transparência e coloração esbranquiçada;
- ✓ piúria: presença de leucócitos na urina, podendo apresentar pus, turva e com sedimentos;
- ✓ disúria: micção acompanhada de dor, desconforto ou queimação.
- ✓ estrangúria: emissão lenta e dolorosa de urina;
- ✓ hesitação: intervalo maior até que consiga urinar ou até que apareça o jato de urina;
- ✓ retenção urinária: incapacidade de esvaziar a bexiga, apesar de os rins produzirem-na normalmente;
- ✓ incontinência urinária: eliminação involuntária de urina;
- ✓ odor fétido: odor desagradável com fetidez propriamente dita.



8 | Avaliação do sistema genital feminino e mamas

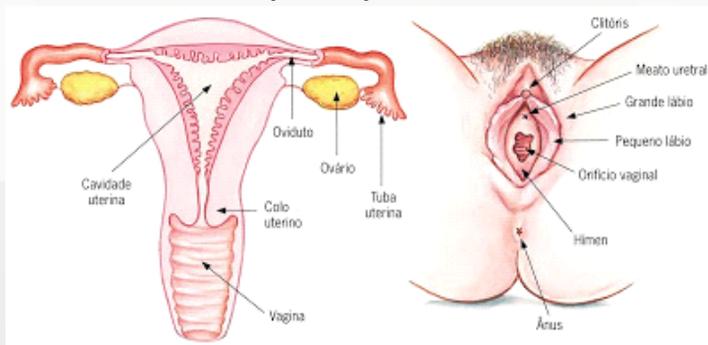
MATERIAIS NECESSÁRIOS: maca ginecológica, lençol de papel, avental descartável, luvas de procedimento, espéculo vaginal, foco de luz, vaselina, espátula, pinça cheron e gaze (se necessário).

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção e palpação.

ANAMNESE:

- ✓ Investigar histórico familiar de câncer de colo uterino e câncer de mama;
- ✓ Investigar: uso de método contraceptivo, se possui filhos e o tipo de parto, dor ou sangramento após relação sexual, presença de secreção.

Figura 54: Trato genital feminino



Fonte: brasilescola.uol.com.br (2021)

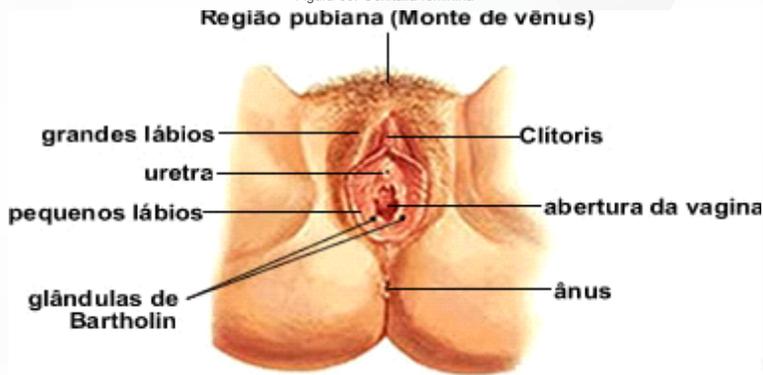
EXAME FÍSICO DA GENITÁLIA EXTERNA

Inspeção:

Para avaliar a genitália externa, colocar a mulher em posição ginecológica. Antes de iniciar o exame o profissional deve:

- ✓ Explicar o procedimento;
- ✓ Posicionar-se sentado de frente para a genitália com o auxílio do foco luminoso;
- ✓ Ter as mãos enluvasadas;
- ✓ Cuidar com os movimentos indelicados;
- ✓ Observar sempre a reação do paciente.

Figura 55: Genitália feminina



Fonte: brasilescola.uol.com.br (2021)

Monte de Vênus: avaliar a quantidade e distribuição de pelos, presença de parasitas na base dos pelos, lesões (associadas a prurido e/ou IST), leucoplasias, edemas ou eritemas.

Grandes e pequenos lábios: observar coloração e presença de secreções.

Clitóris: observar tamanho, forma e integridade do tecido.

Meato uretral: observar presença de secreção.

Introito vaginal: recoberto pelo hímen, em mulheres que nunca tiveram relação sexual e entreaberto em mulheres que já tenham iniciado a vida sexual. Solicitar para a paciente forçar para baixo para identificar prolapso vaginal.

Períneo: pode ser observada estrutura íntegra ou com presença de lacerações ou cicatrizes provenientes de partos, cirurgias ou com roturas que são classificados de 1° ao 4° grau, sendo:

- ✓ 1° grau - laceração cutânea da fúrcula vulvar;
- ✓ 2° grau - laceração que atinge o centro do períneo;
- ✓ 3° grau - laceração que atinge esfíncter externo do ânus;
- ✓ 4° grau - ruptura do esfíncter externo do ânus.

✓ **Sinal do Obturador:** dor à rotação interna do quadril direito flexionado em decúbito. Pode ser indicativo de apendicite.

✓ **Sinal do Martorelli:** dor referida no abdome ao realizar a punho percussão do calcâneo.

✓ **Sinal de Murphy:** interrompe a respiração por dor à palpação do hipocôndrio direito. Indica peritonite local e colecistite aguda.



Figura 56: Inspeção estática em posição ginecológica



Fonte: web

Realizar a inspeção dinâmica através da Manobra de Valsava, avaliar a existência de displasias genitais e incontinência urinária.

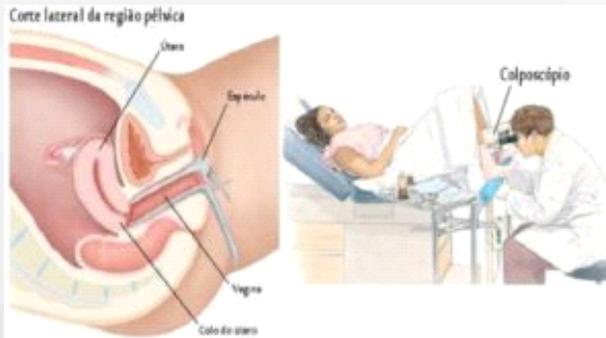
Figura 57: Inspeção dinâmica em posição ginecológica



Fonte: web

Exame especular: deve preceder o toque vaginal. Esta sequência deve ser obedecida, pois oferece vantagens, como a possibilidade da colheita de material para citologia durante a consulta e a melhor visualização do conteúdo vaginal.

Figura 58: Exame especular



Fonte: bvsm.sau.de.gov.br (2021)

Técnica para colocação do espéculo:

Material: espéculo de Collins, pinça Cheron e luva de procedimento.

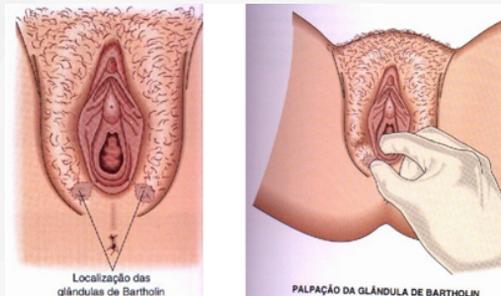
Etapas: colocar a mulher em posição ginecológica após o esvaziamento da bexiga; proceder a colocação das luvas; expor o intróito vaginal, afastando as formações labiais com os dedos da mão esquerda enquanto o espéculo é introduzido com a mão, de forma oblíqua. Proceder, em seguida, à rotação no sentido horário para a abertura das valvas do espéculo.

Há vários tamanhos de espéculos, que são classificados em pequeno, médio e grande, e, ainda, o espéculo de origem. São descartáveis. A pinça Cheron é utilizada com uma gaze para retirar o excesso de secreção caso esteja dificultando a visualização do colo uterino. Avaliar o canal vaginal e o colo uterino. Quanto ao canal vaginal, observar a amplitude, o comprimento (7 a 8 cm), a distensibilidade e a superfície. No colo uterino, observar a forma, o volume, a superfície, o orifício externo e a direção. O espéculo deve ser mantido aberto até que se tenha livrado o colo uterino de suas valvas, para fechá-lo e retirá-lo, de forma oblíqua.

Palpação:

- ✓ Glândulas de skene: abertura e secreção;
- ✓ Glândulas de Bartholin;
- ✓ Orifício vaginal: intumescimento, massas ou nódulos;
- ✓ Genitália interna: abertura, colo uterino, musculatura vaginal.

Figura 59: Na palpação da glândula Bartholin, introduza o indicador na vagina e palpe com o polegar



Fonte: web

Figura 60: Toque vaginal



Fonte: researchgate.net (2021)

EXAME DAS MAMAS

Inspecção estática: deve ser realizada na mulher com os membros superiores ao longo do corpo, sentada, tronco desnudo, voltada para o examinador e para a fonte de luz. A avaliação durante a inspecção estática envolve os seguintes aspectos:

Número: as mamas são em número par.

Localização: estão localizadas na parede anterior do tórax, sobre os músculos grandes peitorais, entre o segundo e o sexto espaço intercostal, entre a linha paraesternal e a axilar anterior.

Divisão: a mama deve ser dividida em quatro quadrantes: superior externo, superior interno, inferior externo e inferior interno.

Forma: globosa, periforme, discóide ou plana e pendente.

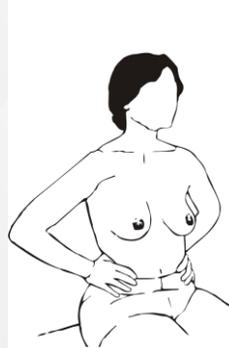
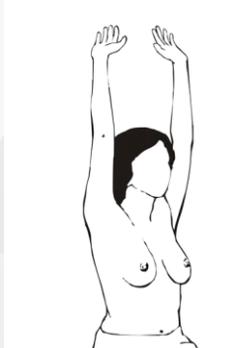
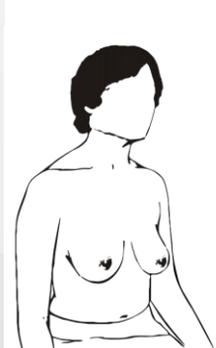
Mamilos: protruso, semiprotruso, pseudumbilicado ou pseudoinvertido, umbilicado ou invertido e hipertrófico.

Na inspecção dinâmica, solicitar que a mulher eleve os braços e, depois, coloque as mãos no quadril, realizando movimentos e contrações musculares para diante. O objetivo dessa manobra é realçar as possíveis retrações e abaulamentos da região e verificar o comprometimento dos planos musculares, cutâneos e do gradil costal, incluindo a região axilar.

Figura 61: Inspecção estática

Figura 62: Inspecção dinâmica

Figura 63: Inspecção dinâmica



Fonte: Carrara, Hélio; Philbert, Paulo. Semiologia Mamária. São Paulo(2021)

A PALPAÇÃO DOS GÂNGLIOS SUPRACLAVICULARES, INFRACLAVICULARES, AXILARES E DAS MAMAS

Deve ser realizada com movimentos firmes e suaves a fim de não causar dor.



Para apalpação dos gânglios, em um primeiro momento, a paciente deverá estar sentada. Utilizar a técnica de Bailey da seguinte forma: com a paciente em frente ao enfermeiro, segurar com a mão direita o seu braço direito, que deve ser mantido em posição horizontal e apoiado sobre o braço direito do enfermeiro de modo a deixar livre o acesso à região axilar. Palpar a região axilar com a mão oposta, aprofundar, tanto quanto possível, à procura de linfonodos. Caso sejam localizados, registrar o número, volume, localização, sensibilidade, consistência e mobilidade. Repetir o procedimento do lado esquerdo.

Em um segundo momento, a paciente deve deitar com o braço repousado sobre as laterais do corpo, favorecendo o relaxamento da musculatura peitoral. Palpar as áreas supra e infraclaviculares com a face palmar dos dedos da mão dominante e, em seguida, proceder à palpação dos gânglios axilares. Caso sejam palpáveis, anotar o número, tamanho, consistência e mobilidade.

Com os (MMSS) membros superiores elevados e fletidos, e com as mãos sob a nuca apalpar as mamas delicadamente e de maneira ordenada, obedecendo a divisão dos quadrantes. Iniciar no quadrante superior externo, incluindo a parte lateral superior do tecido mamário. Toda a superfície deve ser examinada com as polpas digitais da mão dominante espalmada.

Os seguintes aspectos devem ser avaliados caso haja massa palpável:

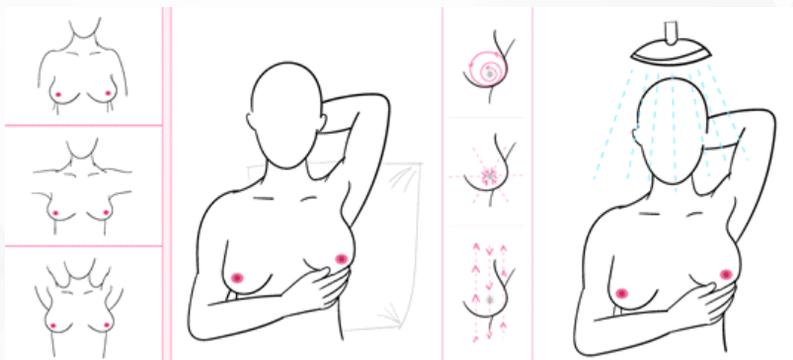
Localização: (determinar o quadrante), consistência (edematosa, cística, firme, endurecida ou macia), mobilidade (fixa ou móvel), tamanho (diâmetro, comprimento, largura e espessura), dor (sensível e insensível) e textura (uniforme, nodular e granular).

Expressão mamilar: tem o propósito de avaliar a existência de secreção. Realizar moderada pressão mamilo-areolar deslizando o dedo indicador sobre a projeção dos dutos até chegar à aréola, comprimindo-a.

As secreções são classificadas em: serosa, serossanguinolenta, purulenta, situação normal (gravidez ou lactação) – colostro e secreção láctea.

Durante o exame ou ao final, deve-se orientar a paciente para a realização do autoexame das mamas de 7 a 10 dias após o início de cada período menstrual, enfatizando a importância da detecção precoce das doenças na mamas.

Figura 64: Palpação mamária em auto-exame



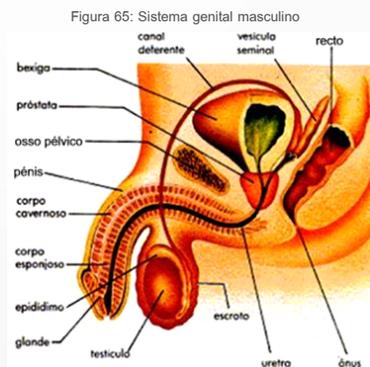
Fonte: alessandramorelle.com.br (2021)



9 | Avaliação do sistema genital Masculino

MATERIAIS NECESSÁRIOS: luvas de procedimento.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção e palpação.



Fonte: portaldoprofessor.mec.gov.br

ANAMNESE

Na anamnese atentar-se para:

- ✓ Investigar histórico familiar de câncer de próstata;
- ✓ Investigar história de problemas no trato urinário, acidente ou trauma aberto ou fechado com lesão renal, trauma de ureter durante procedimento, diagnósticos, trauma de bexiga e de uretra;
- ✓ Histórico de doenças sistêmicas;
- ✓ Relato de alergia, uso de medicamento, estilo de vida, história sexual;
- ✓ Relato de dor no ato sexual;
- ✓ Presença ou histórico de secreção uretral.

EXAME FÍSICO

A posição ideal para o exame é com o profissional sentado à frente do paciente. Pode-se examinar ainda com o paciente sentado ou em decúbito dorsal, porém para a pesquisa de varicocele e hérnia é necessário que o cliente esteja em pé.



Região Pubiana

Inspeção:

- ✓ inspecionar a região pubiana.
- ✓ observar a distribuição dos pelos e presença de parasitas.
- ✓ observar a pele e pesquisar presença de vermelhidão, escoriações, lesões, nódulos ou massas.

Pênis

Inspeção:

- ✓ inspecionar a pele, forma e tamanho do pênis. No prepúcio, caso se encontre presente, solicitar ao paciente que retraia ou explicar que irá fazê-lo, expor a glândula e observar a presença de secreções (esmegma).
- ✓ observar ainda lesões e sinais de inflamação.

Palpação:

- ✓ procurar por sinais de fimose: retraindo o prepúcio para exposição da glândula;
- ✓ palpar toda e qualquer anormalidade do pênis, pesquisando hipersensibilidade, áreas de endurecimento.

Meato uretral

Inspeção:

- ✓ verificar a localização do meato uretral e observar a presença de secreções. Verificar a presença de nódulos, sinais de inflamação, lesões, cicatrizes

Palpação

- ✓ comprimir suavemente entre o dedo polegar e indicador. O normal é a não ocorrência de secreção. Se for notada, ou o paciente referir que observou a presença e durante o exame não foi notado, peça a ele para ordenar o corpo do pênis da base até a glândula. Se permitido, faça você mesmo e verifique se essa manobra possibilitou a saída de secreção. Caso positivo, você poderá colher o material em lâmina (se houver protocolo interno para esse procedimento) e encaminhar o paciente ao médico.

Glândula

Inspeção:

- ✓ inspecionar a pele do sacro escrotal, elevando-o para observar a superfície posterior. Pesquisar a presença de parasitas na base dos pelos, coloração, sinais de escoriação, contorno, edema,

simetria, lesões, nódulos ou veias. Geralmente o testículo esquerdo situa-se aproximadamente um centímetro abaixo do direito. A ausência de testículos na base do escroto pode ser congênita (criptorquidismo).

Testículos e epidídimo

Palpação:

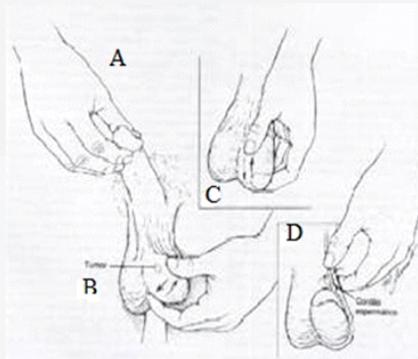
✓ palpe individualmente os cordões espermáticos do epidídimo até o anel inguinal superficial e procure a presença de nodulações e aumentos de volume. Na infecção pode aparecer aspecto espessado ou com pequenas nodulações. A palpação de estrutura cística sugere hidrocele de cordão.

✓ palpe com delicadeza cada um dos testículos e epidídimos utilizando o polegar na face anterior e movimente o testículo entre os dedos, pesquise tamanho, formato, consistência, nódulos, massas e hipersensibilidade.



Lembre-se a localização de nódulo indolor levanta a possibilidade de câncer de testículo.

Figura 66: A- Palpação glândula e pênis; B- Palpação testículo; C- Palpação epidídimo; D- Palpação do ducto deferente



Fonte: <http://francisconobresobral.blogspot.com/> (2021)

10 | Avaliação sistema Tegumentar

MATERIAIS NECESSÁRIOS: maca profissional fixa, lençol, lanterna, foco de luz, lâmpada de Wood, esfignomanómetro (tamanho adequado) e estetoscópio (para prova do laço), lâmina, caneta esferográfica, agulha (para teste de sensibilidade) régua transparente, abaixador de língua, lupa dermatoscópio.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS: inspeção e palpação.

Constituem o sistema tegumentar:

- ✓ Pele: epiderme, derme e hipoderme;
- ✓ Anexos: pelos, unhas, glândulas sebáceas e sudoríparas.

O sistema tegumentar é o conjunto de órgãos que reveste e protege a superfície do corpo. A pele é o maior órgão do corpo humano e o primeiro sistema de barreira do corpo.



ANAMNESE:

- ✓ Investigar quadro similar na família e existência de histórico de eczema, asma, rinite alérgica, dermatite, câncer de pele, alopecia na família;
- ✓ Investigar reações adversas a algum medicamento;
- ✓ Investigar atividade profissional, exposição ao sol, viagem para áreas endêmicas para doenças de pele nos últimos tempos, contato com plantas ou animais, uso de álcool, drogas ou algum medicamento, condições de habitação, hábitos de higiene;
- ✓ Investigar especificidades das alterações atuais na pele: tempo de duração e características iniciais, aumentou ou diminuiu de tamanho, histórico de recidiva, presença de prurido e dor (intensidade, frequência, duração, local, fatores agravantes e de alívio);
- ✓ Avaliar presença de vesículas ou bolhas (desde quando);
- ✓ Investigar uso de medicamento (qual e por quanto tempo);
- ✓ Investigar presença de sangramento e hematomas, presença de alergia de contato (especificar causa), alterações nas unhas (desde quando), presença de verrugas (localização), presença de sudorese aumentada (localização).

EXAME FÍSICO:

Inspeção:

Pigmentos da pele:

- ✓ melanina: a quantidade é determinada geneticamente e aumentada pela exposição a luz solar;
- ✓ caroteno: pigmento dourado que existe na gordura subcutânea e na região queratinizada do corpo (região palmar e plantar);
- ✓ oxi-hemoglobina: pigmento vermelho. Predominante nas artérias e capilares, causa vermelhidão da pele quando em excesso e palidez quando escasso;
- ✓ desoxi-hemoglobina: pigmento mais escuro, menos avermelhado e mais azulado. Cianose.



OBSERVAR:

- ✓ nos cabelos: quantidade, distribuição, cor, textura e aderência;
- ✓ nas unhas: cor, consistência, configuração, aderência, espessura e condições das cutículas;
- ✓ na pele: alterações da cor, uniformidade, hidratação, higiene, perdas, feridas, ulceração, cianose: observar os lábios, a mucosa bucal, a língua e enchimento capilar das extremidades. A coloração amarelada pode estar associada a excesso de caroteno, distúrbios hepáticos ou hemólise de hemácias. Icterícia: observar escleróticas, as conjuntivas palpebrais, os lábios, o palato duro e embaixo da língua.

Figura 67 e 68: Baqueteamento digital e sinais de cianose em extremidades e face



- Palpação:

- ✓ observar a presença de lesões sólidas e registrar localização, volume, textura, elasticidade, turgor, espessura e temperatura.
- ✓ verificar a presença de sensibilidade superficial e profunda, dermatografismo, perfusão periférica ou outras alterações.
- ✓ teste de cacifo: posicione 2 dedos em um local por 5 segundos, solte, em seguida mede-se 1+(2mm), 2+(4mm), 3+(6mm), e 4+(8mm).

Figura 69: Teste cacifo



Fonte: <https://www.abcdnafermagem.com.br> (2021)

Alterações coloração da pele:

- **Enantema:** cor vermelha decorrente da vasodilatação em área limitada da pele.

Figura 71: Lesões eritematosas



Fonte: wikipedia.org/wiki (2021)

- **Enantema:** eritema de mucosas.

Figura 72: Lesões enantematosas



Fonte: Matias FAT, Rosa DJF, Carvalho MTF, Castañon MCMN, 2011)

- **Púrpura:** resultante do extravasamento de hemácias na derme. Quando menor que 1 cm denomina-se petéquia, maior equimose e se linear víbice.

Figura 73: Lesão Purpura



Fonte: pt.wikipedia.org (2021)

Manchas pigmentares:

- **Hipocromia:** mancha mais clara que a pele decorrente da diminuição de melanina.

Figura 74: Hipocromia em varias regiões do corpo



Fonte: <http://diariogaucho.clicrbs.com.br/> (2021)

- **Acromia:** mancha sem cor decorrente da ausência de melanina.

Figura 75: Acromia em membros superiores e inferiores



Fonte: ipemed.com.br (2021)

- **Hipercromia:** mancha escura decorrente do aumento de melanina.

Figura 76: Hipercromia em face



Fonte: <https://www.ibmr.br/> (2021)

Alterações superfície da pele:

- ✓ **Xerodermia:** pele seca
- ✓ **Hiperidrose:** sudorese excessiva

Lesões de conteúdo sólido:

- ✓ **Pápula:** lesão circunscrita menor de 1 cm.

Figura 77: Lesão de pele (pápulas)



Fonte: <https://www.msmanuals.com/> (2021)

- **Nódulo:** mede de 1 a 3 cm, pode ser elevado ou não.

Figura 78: Lesão de pele (nódulo) localizado na mão



Fonte: paranashop.com.br (2021)

- **Tumor:** maior de 3 cm, pode ser elevado ou não.

Figura 79: Lesão de pele (tumor)



Fonte: saojoaquimonline.com.br (2021)

- **Urticária:** de forma irregular, coloração vermelha e pruriginosa.

Figura 80: Lesão de pele (tumor)



Fonte: medicina.ribeirao.br (2021)

Lesão de conteúdo líquido:

✓ **Vesícula:** contém líquido seroso e mede até 1 cm.

Figura 81: Vesículas em face



Fonte: <https://www.atlasedasaude.pt/> (2021)

- **Bolha:** contém líquido seroso e é maior que 1 cm.

Figura 82: Bolha por queimadura em mão



Fonte: <http://www.slideshare.net/> (2021)

- **Pústula:** contém secreção purulenta e mede até 1 cm

Figura 84: Pústula



Fonte: abemdanacao.blogs.sapo.pt (2021)

- **Abcesso:** coleção de pus na pele ou tecido subcutâneo. Há dor e calor.

Figura 85: Abcesso na refião do pescoço



Fonte: <http://saratavares-naturopatia.blogspot.com/> (2021)

- **Físsura:** perda linear da epiderme no contorno de orifícios naturais ou em áreas de prega ou dobras da pele.

Figura 86: Fissuras plantares



Fonte: <http://papoentremulheresbrasil.blogspot.com/> (2021)

- **Fístula:** canal com pertuito da pele que drena foco profundo de supuração ou necrose.

Figura 87: Lesão de pele (fístula)



Fonte: br.depositphotos.com (2021)

Métodos que podem auxiliar no exame físico:

✓ **Vitropressão:** permite a diferenciação do eritema da púrpura. Pressione uma lâmina sobre a lesão. A púrpura manterá sua coloração e o eritema, pigmentos de melanina e áreas translúcidas de coloração castanha.

Figuras 88 e 89: Método visopressão



Fonte: resumosmedicina.com.br (2021)

- **Hematoma:** coleção de sangue na pele ou tecido subcutâneo, tamanho variável, proeminente ou não.

Figura 90: Hematoma na região do tornozelo



Fonte: revistanews.com.br (2021)

Lesões com perda tecidual:

✓ **Escama:** massa laminada que desprende da superfície cutânea decorrentes da alteração da queratina.

Figura 91: Lesão escamativa (psoríase) - fonte:web



Fonte: <https://www.saudebemestar.pt/> (2021)

- **Erosão:** perda superficial que atinge somente a epiderme.

Figura 92: Lesões de pele (erosão)



Fonte: semiobloguneb.wordpress.com (2021)

- **Prova de laço:** verifica fragilidade capilar e/ou alterações plaquetárias. Para identificá-la, aperte o braço com o esfigmomanômetro durante 5 minutos. Em seguida, mede-se a quantidade de petéquias surgidas. O resultado do exame é considerado normal até cinco petéquias.

Figura 93: Prova do laço



Fonte: <http://www.taquiprati.com.br/> (2021)

- **Teste de preenchimento capilar:** permite avaliar a hidratação do paciente e a velocidade de enchimento capilar. Basta comprimir a polpa de um dedo até ficar branca, o sangue de voltará em até 2 segundos.

Figura 94: Preenchimento capilar



Fonte: <http://corporacao21bv.blogspot.com/> (2021)

- **Sinal de Nikolsky:** auxilia no diagnóstico de patologias bolhosas. Realizar digitopressão sobre a pele e deslizar o dedo mantendo a pressão. O sinal de Nikolsky positivo ocorre quando a pele se desloca e há formação de bolha.

Figura 95: Sinal de Nikolsky



Fonte: app.emaze.com (2021)

- Teste de sensibilidade: utilização de monofilamento para verificar a sensibilidade.

Figuras 96, 97 e 98: Testes de sensibilidade em lesões diversas



Fonte: g1.globo.com (2021)



- Anexos:

- ✓ Observar distribuição de pelos (maturidade sexual, idade, patologia, uso de medicamento).
- ✓ Observar unhas (alterações pode estar relacionado com patologias).

Referências

Barros, A.L.B.L.; *et al.* **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Jarvis, C. **Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem**. Rio de Janeiro, Elsevier 2012.

PORTO, C.C. **Exame Clínico: bases para a prática médica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 6ª ed, 2008.

IMAGENS:

TERMÔMETRO. Disponível em:
<https://www.expandmedico.com.br/post/termometro-voce-sabecomou-usar-todos-os-tipos>. Acesso em 2021

EDEMA. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/FIGURA-1-Facies-mixe-dematoso-mostrando-edema-palpebral-pronunciado_fig2_245832352. Acesso em 2021

FACIES. <https://www.goconqr.com/flashcard/19108819/f-cies>. Acesso em 2021

FACIES. Disponível em: <https://www.goconqr.com/flashcard/19108819/f-cies>. Acesso em 2021

BASEDOWIANA. Disponível em:
<https://semioclin.files.wordpress.com/2017/05/fc3a1cies.pdf>. Acesso em 2021.

MIXEDEMATOSA. Disponível em: <https://www.chegg.com/flashcards/sinais-esintomas-facies-9f69ac23-f0e5-40df-9541-0facfa1420fe/deck>. Acesso em 2021.

FÁCIES. Disponível em:

<https://semioclin.files.wordpress.com/2017/05/fc3a1cies.pdf>. Acesso em 2021.

TESTE CACIFO. Ministério da Educação, EBSEERH.

<https://www.abcdadenfermagem.com.br/sinal-de-cacifo-voce-sabe-como-realizar/>. Acesso em 2021

GENITÁLIA FEMININA. Disponível em:

<http://essenciadavida-julianacorreia.blogspot.com/2009/09/sistemareprodutor-feminino-oogenese.html>. Acesso em 2021.

GENITÁLIA FEMININA. Disponível em:

<https://brasilecola.uol.com.br/biologia/refeminino2.htm>. Acesso em 2021.

EXAME ESPECULAR. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/papanicolauexame-preventivo-de-colo-de-utero/>. Acesso em 2021.

TOQUE VAGINAL. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Figura-30-Toque-vaginal-bimanual_fig10_286921308. Acesso em 2021.

SEMILOGIA MAMÁRIA. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4486911/mod_page/content/3/SEMILOGIA%20MAM%C3%81RIA.pdf. Acesso em 2021.

AUTO-EXAME. Disponível em: <https://alessandramorelle.com.br/como-fazer-o-autoexame-de-mamas/>. Acesso em 2021.

MASCULINO. Disponível em:

http://portaldoprofessor.mec.gov.br/fichaTecnicaAula.html?aula=224_40. Acesso em 2021.

PALPAÇÃO. Disponível em:

<http://francisconobresobral.blogspot.com/2018/09/exame-fisico-dagenitalia-masculina.html>. Acesso em 2021.

FADIGA. Disponível em: <https://jmarcosrs.wordpress.com/2012/03/04/falta-de-arcausa/>. Acesso em 2021.

COLORAÇÃO. Disponível em:

<https://semioclin.files.wordpress.com/2017/07/examede-pele.pdf>. Acesso em 2021.

LESÕES ERITEMATOSAS. Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Eritema_multiforme. Acesso em 2021.

LESÕES ENANTEMATOSAS. Matias,F.A.T.; Rosa, D.J.F.; Carvalho, M.T.F.; Castañon, M.C.M.N.. Piodermatite-pioestomatite vegetante: relato de caso e revisão de literatura. **An Bras Dermatol.** 2011; 86(4Supl1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/Twkv45T8xHdwSvK4Z3z7KZw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 2021.

PIODERMATITE-PIOESTOMATITE. Matias,F.A.T.; Rosa, D.J.F.; Carvalho, M.T.F.; Castañon, M.C.M.N.. Piodermatite-pioestomatite vegetante: relato de caso e revisão de literatura. **An Bras Dermatol.** 2011; 86(4Supl1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/Twkv45T8xHdwSvK4Z3z7KZw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 2021.

LESÕES PURPURA. Disponível em:

[https://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%BArpura_\(sintoma\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%BArpura_(sintoma)). Acesso em 2021.

HIPOCROMIA. Disponível em:

<http://diariogaucha.clicrbs.com.br/rs/entretenimento/noticia/2016/02/manchas-brancas-na-pele-e-agora-4979009.html>. Acesso em 2021.

ACROMIA. Disponível em: <https://ipemed.com.br/blog/vitiligo/>. Acesso em 2021.

HIPERCROMIA. Disponível em: <https://www.ibmr.br/files/tcc/experiencias-esteticasna-reducao-da-hiperpigmentacao-da-pele-danielly-jose-de-souza-enatalia-nascimento-dos-reis.pdf>. Acesso em 2021.

PÁPULA. Disponível em:

https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/multimedia/image/v958188_pt. Acesso em 2021.

NÓDULO. Disponível em: <https://paranashop.com.br/2020/01/caroco-firme-na-pele-pode-ser-dermatofibroma-lesao-que-pode-surgir-por-picada-deinseto/>. Acesso em 2021.

TUMOR. Disponível em: <https://saojoaquimonline.com.br/saude/2019/12/12/cancerde-pele-o-que-e-causas-sintomas-tratamento-e-prevencao/>. Acesso em 2021.

URTICÁRIA. Disponível em: <https://medicina.ribeirao.br/2017/04/02/urticaria/>. Acesso em 2021.

VESÍCULAS. Disponível em: <https://www.atlasdaude.pt/publico/content/vesiculas>. Acesso em 2021.

BOLHAS. Disponível em: <https://www.slideshare.net/fonteslucas/semiologia-paraenfermagem-no-caminho-da-enfermagem-lucas-fontes>. Acesso em 2021.

PÚSTULAS. Disponível em: <https://abemdanacao.blogs.sapo.pt/as-pustulas-do-anoque-acaba-1549606>. Acesso em 2021.

ABCESSO. Disponível em: <http://saratavares-naturopatia.blogspot.com/2015/01/oque-e-um-abcesso.html>. Acesso em 2021.

HEMATOMA. Disponível em: <https://revistanews.com.br/2019/01/18/lesoes-comhematomas-saiba-como-prevenir-e-tratar/>. Acesso em 2021.

PSORÍASE. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/dermatologia/psoriase/>. Acesso em 2021.

EROSÃO. Disponível em: <https://semiobloguneb.wordpress.com/2016/08/28/lesoeselementares/>. Acesso em 2021.

LINFONODOS. Disponível em: <https://resumosmedicina.com.br/examegeral-pelefaneros-linfonodos/>. Acesso em 2021.

FÍSSURA. Disponível em:

<http://papoentremulheresbrasil.blogspot.com/2014/08/belezarachadura-nos-pes.html>. Acesso em 2021.

FISTULA. Disponível em: <https://br.depositphotos.com/207275026/stock-photo-photo-series-cosmetology-complications-wound.html>. Acesso em 2021.

VITROPRESSÃO. Disponível em:

<https://resumosmedicina.com.br/examegeral-pelefaneros-linfonodos/>. Acesso em 2021.

PROVA DO LAÇO. Disponível em: <http://www.taquiprati.com.br/cronica/142-ocalvario-de-um-dengoso-tutinha-me-beija>. Acesso em 2021.

PREENCHIMENTO. Disponível em:

<http://corporacao21bv.blogspot.com/2015/07/oque-e-perfusao-capilar.html>. Acesso em 2021.

SINAL DE NIKOLSKY. Disponível em:

<https://app.emaze.com/@AQCFWOQW#6>. Acesso em 2021.

SENSIBILIDADE. Disponível em:

<https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2021/01/14/casos-dehanseniose-caem-52percent-no-amapa-e-campanha-busca-alertarpara-novos-casos.ghtml>. Acesso em 2021.

HANSENIASE. Disponível em:

<https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2021/01/14/casos-dehanseniose-caem-52percent-no-amapa-e-campanha-busca-alertarpara-novos-casos.ghtml>. Acesso em 2021.

HANSENIASE. Disponível em:

<https://www.agoramt.com.br/2012/08/idososparticipam-de-acao-do-programa-de-hanseniose/>. Acesso em 2021.

As imagens fotográficas foram realizadas no laboratório de semiologia e semiótica da UDESC com autorização para publicação pelos modelos fotográficos.