

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS E ADMINISTRAÇÃO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM I
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Mirian da Costa Lindolpho
MONITORA: Thamires Ribeiro da Silva

Projeto de monitoria: Roteiro e recursos audiovisuais de Exame Físico como ferramentas didáticas no contexto da consulta de enfermagem.

Exame Físico

1. Conceito

O exame físico compreende o uso de instrumentos e técnicas propedêuticas com a intenção de realizar o levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas como psicológicas (Alba, 2016). Juntamente com outros dados objetivos colhidos por meio da habilidade de observação compõem a primeira etapa do processo de enfermagem, definido como: a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano (Horta, 1979). A operacionalização pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o processo em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Na primeira, denominada: Coleta de dados, busca-se obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana (Cofen, 2009), possibilitando a identificação dos problemas. Esse exame envolve **habilidades de inspeção, palpação, percussão e ausculta** (Potter e Perry, 2013), tendo como **constituintes: condições gerais e físicas, sinais vitais, queixas e problemas identificados** (Horta, 1979).

2. Propósitos

O objetivo deste roteiro é proporcionar suporte teórico aos vídeos educativos que demonstram a realização do exame físico durante uma consulta de enfermagem.

A realização desse exame é indicada para obtenção de dados basais sobre o estado de saúde do cliente; complementar, confirmar ou refutar os dados obtidos na anamnese; confirmar e identificar os diagnósticos de enfermagem; elaborar juizamentos clínicos sobre a mudança e o gerenciamento do estado de saúde do cliente e avaliar resultados do cuidado (Potter e Perry, 2013). Pode ser um exame direcionado para as necessidades alteradas do cliente, como a avaliação do sistema pulmonar e cardíaco no caso de um paciente com ataque asmático ou um exame completo para avaliação mais abrangente do seu estado de saúde geral (Potter e Perry, 2013). Uma avaliação eficaz permite o desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem individualizado, importante para escolha da intervenção correspondente ao problema identificado (Potter e Perry, 2013).

3. Preparo para o Exame

3.1 A preparação adequada do examinador, equipamentos, ambiente e cliente são cruciais. A integração entre conhecimento básico e aplicado só é possível no processo produtivo (Kuenzer, 2004), ou seja, os conteúdos e princípios científicos aprendidos nas disciplinas básicas como anatomia e fisiologia formam o alicerce fundamentador da prática clínica. Diante da insegurança, ansiedade e do medo do estudante com receio de provocar desconforto no cliente ou de não ser capaz de distinguir o fisiológico do patológico, nota-se

que a sua **preparação técnica e psicológica** é indispensável (Porto, 2017). Desse modo, manter a calma, ter atenção, respeitar e interagir com o cliente são recursos essenciais. Lembrar que as mãos devem ser higienizadas antes e após o exame.

- 3.2 O uso de **jaleco** é indispensável; o uso de **calça comprida** e **calçados fechados impermeáveis e antiderrapantes** são fundamentais; o uso de **luvas de procedimento** é obrigatório no contato com mucosas como a bucal e na presença de lesões cutâneas; o uso de equipamentos de proteção individual (**EPIs**) como máscara, gorro, avental com mangas longas e óculos de proteção deve ocorrer quando houver possibilidade de contato com líquidos corporais como sangue e secreções (Porto, 2017). Vale lembrar que é necessário portar **equipamentos básicos** como lanterna, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro e relógio de pulso com marcação de segundos (Porto, 2017).
 - 3.3 Segundo Florence Nightingale é papel da enfermagem o **controle de fatores** como ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos e odores para a manutenção de um ambiente favorável. Portanto, o ambiente deve proporcionar privacidade e silêncio, estar limpo e dispor de iluminação e temperatura adequadas a fim de garantir o conforto (Potter e Perry, 2013).
 - 3.4 O paciente pode se sentir exposto, ansioso e amedrontado com os possíveis resultados, considerando o exame estressante e cansativo (Porto, 2017), por isso, é importante uma explicação minuciosa de cada procedimento de maneira simples. Use termos facilmente compreensíveis, dando liberdade a ele para perguntar e mencionar qualquer desconforto, além de o preparar fisicamente por meio da garantia de que esteja coberto de forma adequada e sem exposições desnecessárias, desnudando apenas a área a ser examinada. A posição do examinador e do cliente depende de suas condições clínicas e do segmento corporal a ser avaliado (Potter e Perry, 2013). É preconizado que se esteja **em pé e à direita** do paciente.
4. Propedêuticas
 - 4.1 A **inspeção** é realizada a partir do sentido da visão e da audição para distinguir os achados normais dos anormais (Potter e Perry, 2013). Essa habilidade ocorre com a investigação das superfícies corporais e das partes mais acessíveis das cavidades, de forma panorâmica (corpo inteiro), direcionada (segmentos corporais) (Porto, 2017). Quando possível, compare a área inspecionada com a do lado oposto (Potter e Perry, 2013).
 - 4.2 A **palpação** é mediada pelo tato que proporciona informações sobre as partes mais superficiais e pela pressão, a qual informa sobre as mais profundas. Por meio dela é possível perceber modificações da textura, temperatura, umidade, espessura, consistência, sensibilidade, volume, dureza, percepção de frêmito, elasticidade, crepitações, vibrações, pulsação e verificação da presença de edema. As variantes mais utilizadas são: mãos totalmente espalmadas e uma sobrepondo-se à outra (Porto, 2017). Atentar-se para manutenção das unhas curtas, fricção das mãos antes do toque e palpação das regiões dolorosas por último. A palpação leve ou superficial (1 cm) determina áreas de flacidez e a profunda (4 cm) as condições dos órgãos (Potter e Perry, 2013).
 - 4.3 A **percussão** utiliza a habilidade do tato e da audição por meio da vibração do corpo com a ponta dos dedos. O timbre, intensidade e tonalidade dessas vibrações caracterizam a região percutida, pois está relacionada com a estrutura anatômica subjacente. A percussão dígito-digital é a mais utilizada e é executada golpeando-se com a borda ungueal do dedo médio ou do indicador a superfície dorsal da segunda falange do dedo médio ou do indicador da outra mão. O dedo que golpeia é o plexor e o que recebe o golpe é o plexímetro, que é o único em contato direto com o paciente. A movimentação da mão depende do movimento do punho, o cotovelo permanece fixo e fletido em um ângulo de 90°. Devem ser dados 2 golpes seguidos, secos e rápidos. Em órgãos simétricos, é con-

veniente a percussão comparada de um e outro lado. Os sons obtidos são: maciço (região desprovida de ar como do coração, baço e fígado), submaciço (ar em quantidade restrita como quando há conteúdo alimentar no intestino), timpânico (área com ar recoberta por membrana flexível como nos intestinos e no espaço de traube no fundo do estômago) e claro pulmonar ou claro atimpânico (no tórax onde há presença de ar nos alvéolos e outras estruturas pulmonares) (Porto, 2017).

4.4 A **ausculta** consiste em ouvir os sons produzidos pelo corpo por meio do estetoscópio (Porto, 2017), a partir do sentido da audição. É ideal que o ambiente seja silencioso. Os sons auscultados são os ruídos cardíacos (bulhas cardíacas), brônco pulmonares (murmúrios vesiculares) e intestinais (ruídos hidroaéreos). O diafragma do estetoscópio é mais apropriado para ouvir ruídos de alta frequência, enquanto a campânula os de baixa frequência (Potter e Perry, 2013).

5. Investigação geral

Observe como o cliente anda e se há coordenação nos seus movimentos para avaliação da **marcha**, caracterizando sua deambulação como preservada ou prejudicada. Identifique o grau de **higiene** e de **hidratação**. Ao avaliar a **postura** do cliente, lembre-se que o normal na posição ereta é o alinhamento paralelo de quadris e ombros e na posição sentada, é normal haver um leve inclinação dos ombros. Geralmente, a postura reflete disposição e dor (Potter e Perry, 2013).

6. Sinais Vitais

6.1. Devem ser medidos na admissão aos serviços de saúde; em esquema de rotina no hospital; em visita no domicílio; antes e após procedimento cirúrgico e intervenções de enfermagem que influenciem um sinal; antes, durante e após transfusão e administração de medicamentos ou terapias que afetem as funções cardiovascular, respiratória ou de temperatura; quando as condições físicas se alterarem (Potter e Perry, 2013).

6.2. Os valores de **peso e altura** refletem o nível geral de saúde de uma pessoa (Potter e Perry, 2013), por isso, devem ser calculados se possível. A partir desses dados, calcule o Índice de Massa Corporal (**IMC**), cujos parâmetros para pessoas entre 20 e 59 anos são: < 18,5- Abaixo do peso; entre 18,5 e 24,9- Peso normal; entre 25 e 29,9- Sobrepeso; entre 30 e 34,9- Obesidade classe I; entre 35 e 39,9- Obesidade classe II e ≥ 40- Obesidade classe III (OMS, 1995). No caso de idosos, os parâmetros são: < 22- Baixo peso; ≥ 22 e < 27- Peso adequado; ≥ 27- Sobrepeso (Ministério da Saúde, 2014).

6.3. O **padrão respiratório** normal do adulto é de **12 a 20 respirações por minuto** (Potter e Perry, 2013). A **temperatura** corpórea sofre influência de fatores como: estresse, ambiente, idade, ritmo circadiano e nível hormonal. A temperatura superficial é medida principalmente nas axilas através de um termômetro digital de preferência. É recomendável secar as axilas do cliente antes da mensuração e realizar a assepsia do aparelho com algodão embebido em álcool desde o sensor à haste, antes e após a medição. Fique atento às variações que destoem do normal. A **hipertermia** está relacionada com uma temperatura corporal elevada, como resultado da sobrecarga nos sistemas de termorregulação, enquanto a **febre** é um mecanismo de defesa em que o ponto de ajuste hipotalâmico é elevado, tendo os seguintes padrões: sustentada, intermitente, remitente e recidivante. Na febre, há um aumento do metabolismo, capaz de enfraquecer o cliente e provocar hipóxia do miocárdio (angina) e cerebral (confusão). Havendo excesso de perda de água, também pode ocasionar desidratação. Apresenta os seguintes sinais: sudorese, agitação, rubor facial e letargia. Já a **hipotermia**, classificada por meio de medições de temperatura central é caracterizada pela diminuição da frequência respiratória, cardíaca e da pressão arterial e pela pele cianótica (Potter e Perry, 2013).

- 6.4. O **pulso** é a delimitação palpável da circulação sanguínea que possibilita a identificação da frequência cardíaca. O volume de sangue bombeado pelo coração em 1 minuto corresponde ao débito cardíaco, o qual é resultado do produto da frequência cardíaca e do volume de ejeção. Uma alteração na frequência cardíaca (FC) afeta a pressão sanguínea, por exemplo: Se a FC aumentar, há menos tempo para o coração se encher de sangue, provocando queda da pressão arterial. A incapacidade da pressão arterial de responder a alterações na FC indica um problema. Pulso anormalmente lento, rápido ou irregular (arrítmico) altera o débito cardíaco. Os fatores que influenciam o pulso são: drogas, hemorragias, exercício, temperatura, mudanças posturais, condições pulmonares e emoções. A artéria carótida e radial são mais fáceis de palpar. Se o ritmo da pulsação radial estiver irregular, um examinador mede a frequência apical, enquanto outro, a radial simultaneamente para depois compara-las, verificando se há presença de déficit de pulção. Coloque as pontas dos 2 ou 3 dedos médios, oblitere o pulso, diminua a pressão e assim que ele estiver regular, conte a frequência durante 60 segundos. As variações aceitáveis no adulto são de **60 a 100 bpm** (Potter e Perry, 2013).
- 6.5 O **padrão respiratório** normal do adulto é de **12 a 20 respirações por minuto** (Potter e Perry, 2013). A inspiração é um processo ativo e a expiração, passivo. O cliente consciente pode alterar a profundidade e a frequência, por isso, não permita que ele saiba que está sendo avaliado. Uma estratégia é avaliar logo em seguida da mensuração do pulso com a mão ainda posicionada sobre o mesmo. A avaliação correta envolve o reconhecimento dos movimentos completos torácicos e abdominais, então é realizada a contagem durante 60 segundos. Uma respiração profunda consiste em uma expansão completa com exalação total de ar, enquanto uma superficial consiste em uma pequena quantidade de ar que gera movimentos respiratórios rasos. O ritmo da respiração pode ser regular ou irregular. O esforço respiratório, denominado **dispneia** é caracterizado pelo uso dos músculos intercostais, do ombro e pescoço, que constituem a musculatura acessória. Uma respiração normal é denominada **eupneia** e a incapacidade de respirar facilmente, exceto na posição ereta é **ortopnéia**. Um oxímetro de pulso permite a medida indireta da saturação de oxigênio arterial (SaO₂) por meio da medida da saturação de pulso (SpO₂), cuja faixa normal se encontra entre 95 e 100%. (Potter e Perry, 2013).
- 6.6 A **pressão arterial** (PA) se trata da força exercida pelo sangue na parede arterial. A pressão sistólica corresponde ao pico máximo no momento da ejeção do sangue e a diastólica à pressão mínima, ou seja, no relaxamento dos ventrículos. A diferença entre essas pressões é a pressão de pulsação. A pressão arterial depende do débito cardíaco (DC), da frequência cardíaca (FC) e volume de sangue (VS) (↑DC ↑PA; ↑FC ↓PA; ↑VS ↑PA). O hematócrito (percentual de hemácias) determina a viscosidade do sangue, por isso, se estiver aumentado, a velocidade do fluxo sanguíneo diminui e a PA sobe. As paredes arteriais são elásticas e de fácil distensão, porém em doenças como a arteriosclerose a elasticidade é reduzida e a resistência é aumentada, acarretando no aumento da PA. Os fatores que influenciam a PA são: idade (↑PA em idosos), estresse (estimulação simpática ↑FC ↑PA), etnia (↑PA em afrodescendentes), sexo (↑PA em homens depois da puberdade e em mulheres após menopausa), variação diária (↑PA durante o dia entre 10 e 18h e ↓PA durante o sono), medicações (↑PA vasoconstritores e ↓PA opioides), atividade e peso (↑PA durante exercícios e em obesos e ↓PA após alimentação e um período de exercícios) e tabagismo (↑PA por vasoconstrição) (Potter e Perry, 2013). A **hipertensão** é definida por pressão sistólica superior à 140 mmHg e diastólica superior à 90 mmHg e apresenta os seguintes fatores de risco: história familiar de hipertensão, obesidade, tabagismo, etilismo, alta ingestão de sódio, sedentarismo e estresse. A educação em saúde é muito importante na hipertensão, por isso, explique sobre os fatores de risco modificáveis, o fato da terapia medicamentosa não curar, mas ser importante para con-

trolar e prevenir complicações, importância do tratamento não medicamentoso e do acompanhamento regular. A **hipotensão** ocorre quando a pressão sistólica cai para 90 mmHg ou menos por dilatação das artérias, perda de volume sanguíneo (ex. hemorragia) e ineficiência do miocárdio de bombear sangue (ex. IAM). Essa condição apresenta como sinais: pele mosqueada, viscosidade, palidez, confusão, fraqueza, desmaio, frequência cardíaca aumentada ou diminuição do débito urinário. A **hipotensão ortostática ou postural** ocorre quando um indivíduo normotenso apresenta sintomas de pressão baixa ao se mover para uma posição mais elevada, sendo um fator de risco para quedas em idosos principalmente. Essa condição pode ser efeito de determinadas medicações, longo tempo de repouso, desidratação, anemia ou perda de volemia sanguínea. **Procedimento:** Antes de verificar a PA pergunte ao cliente se fumou ou consumiu cafeína ou bebida alcoólica antes, observe se há fatores que possam alterar como exercício recente, por fim, escolha o manguito adequado e posicione o braço esquerdo de preferência no nível do coração em posição supina. Localize a artéria braquial por palpação e coloque o manguito 2,5 cm acima da fossa antecubital com as setas do manguito na direção da artéria. Inicie o método palpatório palpando o pulso radial e infle o manguito até o seu desaparecimento, desinfele totalmente e aguarde 30 segundos. Colocar o estetoscópio nos ouvidos, coloque a campânula ou o diafragma sobre a artéria braquial localizada anteriormente e infle de 10mmHg em 10mmHg até 30mmHg acima da pressão sistólica estimada (ponto em que o pulso desapareceu). Proceder à deflação a uma taxa de 2mmHg a 3mmHg por segundo e observe no manômetro, no ponto em que escutar o primeiro som claro (fase I de Korotkoff) determine a pressão sistólica. O som irá aumentar de intensidade lentamente e depois aparecerá um som abafado e suave (fase IV de Korotkoff). Determine a pressão diastólica no desaparecimento completo dos sons (fase V de Korotkoff) e ausculte 10 a 20 mmHg após o último som para confirmar e proceder à deflação rápida. Quando os batimentos persistirem, determine a pressão diastólica na fase IV de korotkoff (Potter e Perry, 2013)

Tabela 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Limites Aceitáveis para Adultos Vitais: Variações Aceitáveis

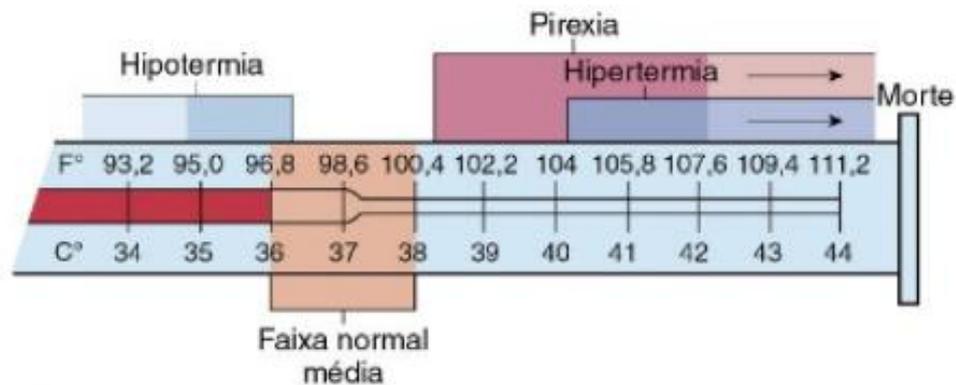
<p>Varição da Temperatura: 36° a 38°C (96,8° a 100,4°F) <i>Média oral/timpânica: 37°C (98,6°F)</i> <i>Média retal: 37,5°C (99,5°F)</i> <i>Média axilar: 36,5°C (97,7°F)</i></p>	<p>Respirações 12 a 20 respirações por minuto</p> <p>Pressão Arterial <i>Média: <120/80</i> <i>Pressão de pulso: 30 a 50 mmHg</i></p>
<p>Pulso 60 a 100 batimentos por minuto</p>	

Fonte: Potter e Perry, 2013

Terminologias específicas

Pulso normocárdico	Batimentos cardíacos nomais
Pulso rítmico	Intervalos iguais entre os batimentos
Pulso arrítmico	Intervalos desiguais entre os batimentos
Taquisfigmia	Pulso rápido e filiforme (fino, fraco, quase imperceptível)
Bradisfigmia	Pulso lento
Taquicardia	Aumento da frequência (acima do valor normal)
Bradicardia	Diminuição da frequência (abaixo do valor normal)
Pulso magnus	Pulso com boa magnitude ou amplitude
Pulso parvus	Pulso filiforme ou fino

Ministério da Saúde, 2003



Fonte: Potter e Perry, 2013

TABELA 29-6 Alterações no Padrão Respiratório	
ALTERAÇÃO	DESCRIÇÃO
Bradipneia	A frequência da respiração é regular, porém anormalmente lenta (inferior a 12 respirações por minuto).
Taquipneia	A frequência da respiração é regular, porém anormalmente rápida (superior a 20 respirações por minuto).
Hiperpneia	A respiração é difícil, com profundidade e frequência aumentadas (superior a 20 respirações por minuto) (normalmente ocorre durante o exercício).
Apneia	A respiração cessa durante vários segundos. Paradas persistentes resultam em retardo respiratório.
Hiperventilação	A frequência e a profundidade da respiração aumentam. Algumas vezes ocorre hipocarbúria.
Hipoventilação	A frequência respiratória é anormalmente lenta e a profundidade da ventilação está deprimida. Algumas vezes ocorre hipercarbúria.
Respiração de Cheyne-Stokes	A frequência e a profundidade da respiração são irregulares, caracterizadas pela alternância entre períodos de apneia e hipoventilação. O ciclo respiratório começa com respiração lenta e superficial que aumenta gradualmente a frequência e profundidade anormais. O padrão se reverte, a respiração se torna lenta e superficial, chegando ao clímax com uma apneia antes do recomeço da respiração.
Respiração de Kussmaul	A respiração é anormalmente profunda, regular e de alta frequência.
Respiração de Biot	A respiração é anormalmente superficial para duas ou três respirações seguidas de um período irregular de apneia.

Fonte: Potter e Perry, 2013

7. Cabeça

- 7.1 Cabelo e couro cabeludo: enquanto separa o **cabelo**, inspecione a cor, espessura, textura e lubrificação. Verifique se há afinamento ou alopecia (queda) que podem estar relacionados a tendências genéticas ou distúrbios endócrinos como diabetes e tireoidite. Cabelo quebradiço é comum em pessoas com idade avançada. Já o cabelo seco, sem brilho, pegajoso e mais fino pode ser indicativo de má nutrição. Examine o **couro cabeludo** à procura de lesões, contusões, proeminências e depressões. Se houver lesões, observem suas características. Pesquise se há descamação e parasitas (Potter e Perry, 2013)
- 7.2 Fácies: é o conjunto de dados exibidos na face do paciente (Porto, 2017). A **hipocrática** é caracterizada por olhos fundos inexpressivos, nariz afilado, lábios adelgaçados, bati-mento de asa de nariz, palidez cutânea, discreta cianose labial e sudorese facial (Figura 1). A **renal** é marcada por edema periorbitário (ao redor dos olhos) e palidez cutânea, sendo observada em doenças difusas dos rins como síndrome nefrótica e glomerulonefrite difusa aguda (Figura 2). Na **leonina** se observam alterações decorrentes da hanseníase como presença de lepromas de tamanhos variados principalmente na frente, pele espessa, queda de supercílios (madarose superciliar), nariz espesso e alargado, lábios grossos e proeminentes, bochechas e mento deformados devido aos nódulos, barba escassa ou ausente (Figura 3). A **basedowiana** tem como características principais os olhos salientes (protrusão do globo ocular ou exoftalmia) e brilhantes, além da expressão de vivacidade e da presença de bócio, indicando hipertireoidismo (Figura 4). A **mixedematosa** é representada por rosto arredondado, nariz e lábios grossos, pele seca e espessada com acentuação dos seus sulcos, pálpebras infiltradas e enrugadas, supercílios escassos e ca-

belos secos e sem brilho, além da expressão de desânimo e apatia, indicando hipotireoidismo (Figura 5). A **cunshgoide** ou de lua cheia é identificada pelo arredondamento do rosto, atenuação dos traços faciais, presença de acne e possivelmente rubor facial, podendo indicar hipercortisolismo (Figura 6). A **acromegálica** é caracterizada por saliência das arcadas supraorbitárias, proeminência das maçãs do rosto, maior desenvolvimento do maxilar inferior, aumento do tamanho do nariz, lábios e orelhas (Figura 7). A **parkinsoniana** é observada na doença de Parkinson, sendo marcada pela inclinação da cabeça para frente que permanece imóvel, olhar fixo, supercílios elevados e fronte enrugada, conferindo expressão de espanto (Figura 8) (Porto, 2017).

- 7.3 Olhos: pergunte ao cliente se faz uso de óculos ou lentes de contato e com que frequência. Para avaliar sua **acuidade visual** pode-se pedir para ler um material impresso sob iluminação adequada em curta e longa distância, neste caso é recomendado o uso de escala específica (Snellen). Os **movimentos extraoculares** podem ser avaliados por meio da movimentação (direita, esquerda, diagonalmente para cima e para baixo, à direita e à esquerda) do seu dedo a uma distância confortável dos olhos do cliente. Observe se há o movimento em paralelo e a presença de movimentos anormais, presentes no nistagmo (oscilação involuntária e rítmica), por exemplo. Avalie a **posição** de um olho em relação a outro, pois olhos saltados caracterizam exoftalmia (hipertireoidismo, tumores ou inflamação na órbita ocular) e seu cruzamento, isto é, estrabismo (hereditário ou lesão neuromuscular). Inspeção o tamanho, extensão, textura, alinhamento e movimento das **sobrancelhas** (simetria), pois a sua queda (madarose superciliar) pode indicar hipotireoidismo e a incapacidade de movimentação pode ser decorrente de paralisia do nervo facial, lembrando que há perda do terço final por causa do envelhecimento. Inspeção posição, cor, estado da superfície das **pálpebras**. Pode haver seu abaixamento anormal ou ptose (edema, comprometimento do III nervo craniano ou perda da elasticidade em idosos), margens viradas para fora (ectrópio) ou para dentro (entrópio) comum em idosos, abscesso eritematoso (hordéolo ou terçol) no folículo de um cílio por inflamação, hiperemia da superfície (inflamação ou infecção), edema (alergias ou insuficiência cardíaca ou renal. Observe se há edema no **ducto nasolacrimal** (canto interno). Inspeção a coloração da esclera, pois em doença hepática pode se apresentar amarelada. Sob ela, há a **conjuntiva bulbar**. Para avalia-la, retraia ambas as pálpebras e peça ao cliente para olhar para várias direções, observando a cor, textura, presença de edema ou lesões, pois sua hiperemia indica conjuntivite e o sangue, hemorragia subconjuntival. A presença de um anel fino e branco ao longo da margem da íris é chamado arco senil (comum com o avanço da idade). As **pupilas** normalmente são pretas, redondas, isocóricas (mesmo tamanho) e fotorreagentes. Assim, seu embaçamento indica catarata; sua dilatação (midríase) indica glaucoma, trauma, distúrbios neurológicos, medicações oftalmológicas como atropina ou retirada de opioides; sua constrição (miose) indica intoxicação. O teste de reflexo pupilar é feito movimentando um feixe de luz a partir da lateral da face do cliente para dentro da pupila, observando a ocorrência de miose. Essa reação pupilar é afetada por alterações na pressão intracraniana, lesões neurais e medicações oftálmicas (Potter e Perry, 2013).
- 7.4 **Pavilhão auricular**: inspeção o tamanho, forma, simetria, posição e cor. Posicionamento mais abaixo ou em ângulo não usual indica anormalidade cromossômica como a Síndrome de Down, hiperemia é sinal de inflamação ou febre e palidez extrema indica hipotermia. Palpe para observar textura, maciez e presença de lesões ou de dor. Pressione o **tragus** para avaliar se há otalgia. Inspeção a entrada do **canal auditivo**, observe o tamanho (meato obstruído ou inchado) e se há supuração. Verifique a presença de cerume e de corpos estranhos. Avalie a **acuidade auditiva** por meio da conversação (Potter e Perry, 2013).

- 7.5 Nariz e seios paranasais: Inspeção o formato, tamanho, pele, cor, presença de deformidade ou de inflamação do **nariz externo**. Avalie o **fluxo de ar** para identificar obstruções, colocando um dedo na lateral do nariz, feche uma das narinas, peça para respirar com a boca fechada e repita o procedimento com a outra narina. Ilumine as narinas e inspeção a **mucosa nasal**: cor, presença de lesões, exsudato, edema e evidências de sangramento, além de verificar presença de pólipos (crescimento semelhante a tumores) (Potter e Perry, 2013). A presença de sangue é denominada epistaxe (Alba, 2016). Uma mucosa pálida com supuração limpa indica alergia, já um exsudato mucoide indica rinite. O uso de sonda nasal pode provocar escoriação. Observe o alinhamento do **septo** e se há perfuração (uso de cocaína favorece). Para exame dos **seios paranasais** (frontais, etmoidais, esfenoides e maxilares) é necessário palpar a região frontal (acima das sobrancelhas), maxilares e os dois lados da cavidade nasal, fazendo uma pressão com o polegar para cima. Em casos de alergia ou infecção, a parte interna se torna inflamada e edemaciada, resultando em dor à palpação (Potter e Perry, 2013).
- 7.6 Boca: Inspeção os **lábios** em relação à coloração, hidratação, pigmentação, textura e presença de lesões como fissuras e ulcerações. Pode haver queilite (inflamação nos lábios mais comum na comissura bucal). Avalie os **dentes** quanto ao número, posição, alinhamento e condições gerais (determine a qualidade da higiene e se há presença de cárie). Inspeção a **mucosa oral**: cor, hidratação, textura e presença de lesões como úlceras, vesículas, abrasões ou cistos. Podem haver leucoplasas (placas grossas e brancas), estomatites aftosas, manchas como as de koplik (sarampo) e monilíase (infecção fúngica que forma uma camada branca). Verifique as **gengivas** quanto à cor, edema, retração, sangramento e lesões. O sangramento fácil e edema podem indicar doença periodontal. Examine a **língua** em relação à: cor, tamanho, posição, textura, revestimento e presença de lesões. Pode se encontrar saburrosa (placa esbranquiçada). Inspeção também o **as-soalho** da boca e o **palato**, principalmente quanto à existência de proeminências ou exostose (crescimento ósseo) neste último. Avalie o **hálito**: alcoólico, halitose e cetônico; a **úvula**: simetria; **tonsilas**: tamanho, ulceração, exsudato, inflamação (Potter e Perry, 2013).



Figura 1 (Porto, 2017)



Figura 2 (Porto, 2008)



Figura 3 (Porto, 2008)

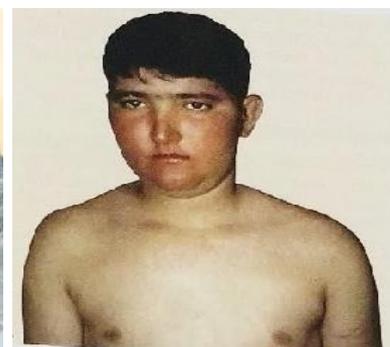


Figura 4 (Porto, 2017)

Figura 5 (Porto, 2017)

Figura 6 (Porto, 2017)

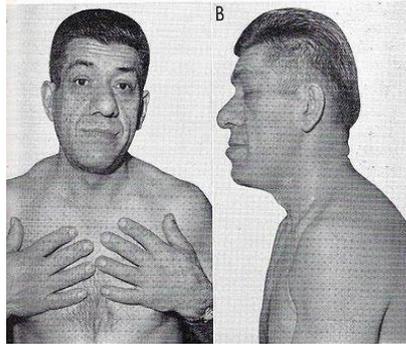


Figura 7 (Porto, 2008)



Figura 8 (Porto, 2008)

8. Pescoço

- 8.1. Inspeção: observe a simetria dos **músculos** do pescoço e a área onde os linfonodos estão localizados e compare os lados, pedindo ao cliente para erguer o queixo. Verifique se esses nodos estão com eritema ou edemaciados. Lembrando que não são visíveis, normalmente. Avalie a **tireoide** quanto ao tamanho, simetria e presença de massas visíveis. Para tanto, pode pedir ao cliente para deglutir a fim de facilitar sua identificação. Aproveite e examine as **artérias carótidas**, se há pulsações visíveis e tortuosidades anormais (podem ocasionar isquemia cerebral) e as **veias jugulares**, se há turgescência (estase que indica função cardíaca comprometida) (Potter e Perry, 2013).
- 8.2. Ausculta: um lúmen estreito (ex: estenose e trombo) cria uma turbulência responsável por produzir um som de **sopro**. Se estiver presente, compare com a veia ou artéria homóloga (Potter e Perry, 2013).
- 8.3. Palpação: utilizando as polpas dos dedos, palpe com movimentos rotatórios **os linfonodos** (Figura 10) occipitais (base do crânio), pós-auriculares (ao longo do mastoide), **pré-auriculares** (em frente da orelha), retrofaríngeo (ângulo da mandíbula), submandibulares, submentais (na base do mento), cervicais superficiais e profundos (ao longo e ao redor do músculo esternocleidomastoideo) e supraclaviculares (fossa supraclavicular). Palpe ambos os lados para comparação e não faça pressão excessiva. Os que forem palpáveis observe: organização (isolados ou agrupados), tamanho, formato (simétrico ou assimétrico), consistência (endurecido, fibroelástico, elástico), mobilidade (fixo ou móvel), sensibilidade (doloroso ou indolor) e calor. Dor à palpação sugere inflamação. Nodos endurecidos e fixos sugerem malignidade. Para exame da **glândula tireoide**, fique atrás do paciente, coloque as polpas digitais na frente do músculo esternocleidomastoideo sobre a traqueia, peça para o cliente deglutir, pois a glândula se move para cima, possibilitando a confirmação da sua localização, então palpe observando quaisquer aumentos, nódulos, massas e consistência. Palpe as **carótidas** de um lado de cada vez, pois as duas simultaneamente podem ocasionar uma síncope e observe ritmo das pulsações, força e amplitude. Palpe a **traqueia** na incisura esternal para identificar se há algum deslocamento lateral (causado por massas no pescoço ou mediastino e anormalidades pulmonares) (Potter e Perry, 2013).

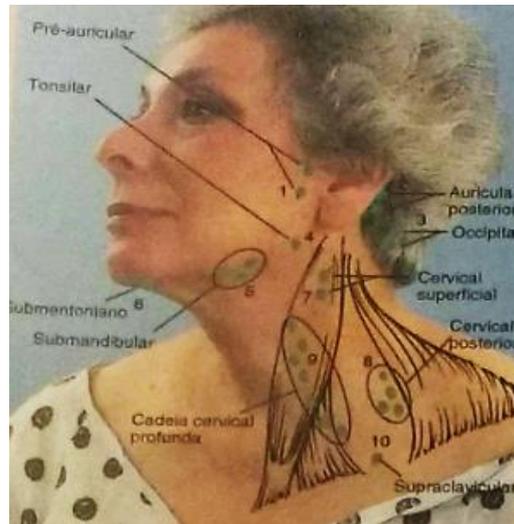


Figura 10 (Brunner, 2003)

9. Tórax e Pulmões

- 9.1. Inspeção: observe a simetria do **tórax anterior, posterior** e suas **laterais**, assim como, da **coluna vertebral** (mobilidade ou deformidades). Verifique a postura, mobilidade durante a respiração, diâmetro anteroposterior em relação ao transversal, ocorrência de abaulamentos na expiração ou retrações dos espaços intercostais na inspiração, ritmo, frequência e padrão da respiração. Avalie se há o uso dos músculos acessórios durante a respiração: esternocleidomastoideo, trapézio e abdominal (respiração tóraco-abdominal). O uso dessa musculatura sugere doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Caracterize o tipo de tórax: simétrico, em tonel (diâmetro anteroposterior quase igual ao transversal), cariniforme (esterno pronunciado), em sino (base alargada), raquítico, infundibuliforme (terço inferior do esterno deprimido), cifótico e chato (diâmetro anteroposterior diminuído) (Potter e Perry, 2013).
- 9.2. Palpação: palpe os **músculos torácicos** e o esqueleto para detectar nódulos, massas, sensibilidades ou movimentos não usuais. Com o propósito de medir a excursão do tórax e a profundidade da respiração (expansibilidade pulmonar), execute a **Manobra de Rualt**: dedos na fossa supraclavicular e polegar na C7, depois na altura da escápula e por fim na base pulmonar; instrua ao cliente que respire profundamente; note o movimento dos polegares e observe a presença de simetria ou de diminuição do movimento uni ou bilateralmente. Realize o **Frêmito tóraco-vocal** para avaliar as vibrações torácicas: coloque a superfície palmar de uma mão sobre o tórax do cliente e peça-o que diga “33” sempre que sentir o toque. Utilize a mesma mão durante todo o exame e faça de modo comparativo a fim de comparar as áreas, avaliando se há variação de intensidade (Potter e Perry, 2013).
- 9.3. Percussão: percute áreas simétricas comparando os lados e localize qualquer som anormal como: hipersonoridade (aumento de ar, ex: enfisema), timpânismo (ar no espaço pleural, ex: pneumotórax ou em cavidade ex: caverna tuberculosa), submacicez ou macicez (ausência ou escassez de ar, ex: derrame pleural). O som de percussão normal é **claro e atimpânico**, com exceção da região precordial (submacicez e macicez) e após o 5º espaço intercostal (macicez) (Potter e Perry, 2013).
- 9.4. Ausculta: peça ao cliente que não converse, friccione o diafragma do estetoscópio para aquecer e ouça um ciclo completo de inspiração e expiração em cada posição que o estetoscópio é colocado, compare as áreas simétricas desde o ápice à base pulmonar. É possível os seguintes sons normais: **traqueal** (sobre a fenda glótica e traqueia), **brônquico** (sobre a traqueia), **broncovesicular** (vias aéreas maiores) e **vesiculares** (vias aéreas menores). Os sons anormais são chamados de ruídos adventícios: crepitações (parte

dos alvéolos não é completamente aerada), roncos (espasmo muscular, líquido ou muco nas vias), sibilos (vias estreitadas), estridores (obstrução da laringe ou traqueia) e atrito pleural (inflamação ou fricção da pleura) (Potter e Perry, 2013).

10. Precórdio

- 10.1. Inspeção: observe se há **abaulamento**, **ondulação** ou **depressão** e se há qualquer **palpitação visível**, além do impulso apical (Potter e Perry, 2013).
- 10.2. Palpação: palpe para detectar **frêmitos** que podem ser causados por sopros e palpitações na **área aórtica** (2º Espaço Intercostal à direita), **pneumônica ou pulmonar** (2º EI à esquerda), **tricúspide** (5º EI próximo ao esterno) e **mitral** (5º EI na linha média clavicular). É normal encontrar pulsação na região apical (mitral). Se houver dificuldade, pode pedir para o cliente se posicionar em decúbito lateral esquerdo (Potter e Perry, 2013).
- 10.3. Ausculta: coloque o estetoscópio sobre cada foco, escutando um ciclo completo em cada local. Começando no **mitral** onde a B1 (fechamento das valvas tricúspide e mitral) é mais audível, tendo som de “tum”; **tricúspide** onde a B1 e a B2 possuem intensidade quase igual; **aórtico e pulmonar** onde a B2 com som de “tá” é mais intensa. Na presença de arritmia (ritmo irregular), compare a frequência de pulsação apical e radial simultaneamente (auscultando ambos com 2 examinadores ou auscultando o apical e palpando o radial com 1 examinador) para verificar se há déficit de pulso (radial mais lento). Avalie também se há sons cardíacos extras como o galope ventricular B3 que ocorre após B2 por causa de um enchimento rápido do ventrículo, tendo som de “Tum Tá Tá” e também como o galope atrial B4 que ocorre antes de B1 devido à contração atrial, sendo caracterizado por “Tum Tum Tá” e por ser melhor audível em decúbito lateral esquerdo no sítio apical. Note se há murmúrios (sopros) devido ao aumento do fluxo sanguíneo através de uma válvula normal ou fluxo normal por uma válvula estenótica ou dentro de uma câmara dilatada ou que retorna devido a uma valva que não consegue se fechar. Verifique quando ocorre (entre B1 e B2: sistólico ou entre B2 e o próximo B1: diastólico), sua localização (sítio), irradiação (áreas onde também se ouvem), altura (intensidade) e frequência (baixa, média ou alta) (Potter e Perry, 2013).

11. Abdome

- 11.1. Inspeção: primeiramente peça que o cliente se coloque na posição supina com os braços nas laterais (braços sob a cabeça causam contração dos músculos abdominais) e exponha o abdome desde o processo xifoide à sínfise púbica (Potter e Perry, 2013). Inspeção a **pele** quanto à cor, presença de cicatrizes, padrões venosos, lesões e estrias. Verifique o formato, cor e presença de massas, secreção, sinais de inflamação e hérnias (protrusão de órgão abdominal pela parede muscular) do **umbigo**. Observe o **contorno**, **simetria**, presença de **massas**, **visceromegalias**, **protuberâncias** ou **distensões** (edemas decorrentes de gases intestinais, tumor ou líquido na cavidade abdominal), então caracterize o tipo de abdome: simétrico, atípico, plano, globoso (diâmetro anteroposterior > transversal), em ventre de batráquio (diâmetro transversal > anteroposterior), pendular, em avental e escavado. Inspeção se há **movimentos respiratórios** (respiração tóraco-abdominal), **movimentos peristálticos** (ex. obstrução) e **pulsões** (ex. aneurisma) **visíveis** (Lindolpho, 2018)
- 11.2. Ausculta: peça ao cliente para não conversar, aqueça o estetoscópio e o coloque sobre cada um dos quadrantes. É feita antes da percussão e palpação para evitar que a peristalse seja alterada. Normalmente, leva de 5 a 20 segundos para ouvir um som intestinal denominado como: ruído hidroaéreo. Os sons são descritos como: normais, audíveis, ausentes, hiperativos ou hipoativos. Motilidade intestinal diminuída (ausência de

sons) pode ser decorrente de obstrução intestinal, íleo paralítico ou peritonite. Peristaltismo aumentado pode ser acarretado por inflamação intestinal, ansiedade, diarreia, sangramento e ingestão excessiva de laxantes. Ruídos anormais indicam estreitamento dos principais vasos e interrupção da circulação do sangue (Potter e Perry, 2013).

- 11.3. Percussão: aqueça as mãos e percute as 9 regiões. O **timpanismo** predomina devido ao ar presente nas vísceras ocas. Contudo, o som **maciço** é obtido com a percussão do fígado e baço (vísceras sólidas), a não ser que existam líquidos (ascite), fezes, massas, tumores, hematomas, espleno e hepatomegalia. Já o som **submaciço** pode ser obtido com presença de conteúdo alimentar ou fezes associadas aos gases (Brunner, 2003).
- 11.4. Palpação superficial: aqueça as mãos e pergunte ao cliente se sente dor e peça que aponte as áreas mais sensíveis. Sabendo disso, as avalie por último. Deprima aproximadamente **1,3 cm** (Potter e Perry, 2013) com movimento suave a fim de avaliar resistência muscular, distensão, sensibilidade, abaulamento, integridade anatômica, pulsação e massas superficiais (Lindolpho, 2018).
- 11.5. Palpação profunda: é realizada deprimindo aproximadamente **2,5 a 7,5 cm** (Potter e Perry, 2013) para avaliar tamanho, localização, consistência, mobilidade e sensibilidade de **órgãos** e **massas**, além do conteúdo abdominal. Com massa palpável, para identificar se está na parede ou na cavidade abdominal: peça que o paciente levante cabeça e ombros, se continuar palpável está na parede se não, está na cavidade (Lindolpho, 2018). A presença de dor sugere irritação peritoneal (Potter e Perry, 2013).
- 11.6. Palpação do fígado: uma borda hepática normal pode ser palpável em pessoas magras como uma superfície lisa, afilada e regular. Um fígado aumentado pode ser palpável, doloroso e irregular. Há 3 métodos: o **primeiro** é chamado de método de Mathieu em que as mãos deslizam desde a fossa ilíaca direita até a reborda costal durante a respiração (Lindolpho, 2018); o **segundo** é uma técnica bimanual em que a mão esquerda se situa abaixo da região costo-lombar para fornecer apoio e forçar o fígado a descer, enquanto a mão direita aprofunda no rebordo costal direito na inspiração; o **terceiro** é a técnica em forma de garra na qual o examinador se dispõe lateralmente e aprofunda ambas as mãos lado a lado para dentro e para cima no rebordo costal direito em forma de garra na inspiração (Alba, 2016)
- 11.7. Palpação do baço: o baço geralmente é impalpável mas pode estar aumentado e palpável em condições patológicas. Há 2 métodos: o **primeiro** no qual a mão esquerda se posiciona sob a região costo-lombar esquerda e pressiona sua mão direita desde a região umbilical até o hipocôndrio esquerdo, abaixo da margem costal esquerda para dentro durante uma respiração profunda; o **segundo** com o cliente na posição de Schuster, isto é, entre decúbito dorsal e lateral direito, estando a pelve completamente lateralizada, a perna direita estendida e a esquerda flexionada em 90° e membro superior esquerdo posicionado atrás da cabeça (Lindolpho, 2018).
- 11.8. Palpação do rim: o direito está em uma posição mais inferior do que o esquerdo sendo, por isso, mais facilmente palpável. Durante a respiração, coloque uma das mãos transversalmente na região lombar e a outra apoiada longitudinalmente sobre a parede abdominal, à altura do flanco, então com a superfície dos dedos, palpe tentando aproximar o máximo possível ambas as mãos. A mão palpadora é homônima do lado que se palpa (Lindolpho, 2018). Outra maneira é pelo **Método de Israel** em que o paciente é posicionado em decúbito lateral oposto ao lado do rim que será palpado. Também com a coxa correspondente ao órgão que será examinado, fletida. Coloque uma das mãos no ângulo lombocostal, fazendo pressão de trás para a frente. Com a outra mão espalmada sobre o abdome, logo abaixo do rebordo costal, o enfermeiro procura pinçar o rim na sua descida inspiratória (Alba, 2016)

- 11.9. Sinal de Giordano: com o paciente sentado ou em pé, coloque uma mão espalmada sobre a região costal do flanco e então faça uma punho-percussão sobre a mão abaixo. Depois, pergunte houve dor durante o procedimento (Lindolpho, 2018).
- 11.10. Sinal de Piparote: é realizado para pesquisa de ascite. O paciente coloca a borda cubital de sua mão na linha alba acima da cicatriz umbilical. O examinador coloca a mão esquerda no flanco do lado oposto ao seu e percute a face lateral do flanco direito. Então, se a mão esquerda sente vibrações, o sinal é positivo (+) (Lindolpho, 2018).
- 11.11. Sinal de Blumberg: é obtido a partir da compressão dos 4 últimos dedos, seguida de uma descompressão brusca no **ponto de Mc Burney** (parte média da linha que une o umbigo e a crista ilíaca ântero-superior direita). É usado para indicar irritação peritoneal, apendicite e anexite (inflamação das tubas uterinas). Dor à compressão indica uma condição crônica já à descompressão, aguda (Lindolpho, 2018).
- 11.12. Sinal de Rovsing: é realizada uma mobilização dos gases para o ceco (da esquerda para direita), com as mãos uma ao lado da outra. A ocorrência de dor sugere apendicite (Lindolpho, 2018).

12. Membros

- 12.1. Superiores (MMSS): **Inspecione**: coloração, presença de lesões, sinais de inflamação (dor, calor, rubor e edema) (Lindolpho, 2018), textura (macia, áspera, espessa ou fina), umidade (hidratação), turgor (elasticidade), vascularização e edema. As lesões podem ser: mácula (não palpável, com alteração de cor e < 1cm), pápula (palpável e < 1cm), nódulo (massa sólida de 1-2cm), vesícula (elevação com líquido seroso < 1cm), pústula (elevação com pus que varia de tamanho), tumor (massa sólida > 1-2 cm), úlcera (perda da superfície até a derme) e atrofia (afinamento com perda dos sulcos). O edema corresponde ao acúmulo de líquidos nos tecidos, sendo mensurado por meio do Sinal de Cacifo ou Godet em que a depressão permanece após cessação da pressão: +1 (2mm e desaparece rapidamente), +2 (4 mm e desaparece de 10 a 15s), +3 (6 mm e demora mais de 1min) e +4 (8mm e demora de 2 a 5min). O turgor é avaliado fazendo-se uma prega e após soltar, se a pele permanecer contraída e demorar a retornar à posição de repouso, conclui-se que o turgor está diminuído. Palpe o **pulso radial** para avaliar frequência, amplitude e ritmo do pulso e elasticidade da artéria. Avalie a **Perfusão capilar** comprimindo a polpa digital e observando o tempo que leva até a recoloração do leito ungueal, é satisfatória quando acontece em 2s e lentificada quando o tempo excede. Observe se há calosidades nos **dedos**. Inspecione as **unhas**: cor, limpeza, comprimento e textura. Compare ambos os membros (Potter e Perry, 2013).
- 12.2. Inferiores (MMII): **inspecione** se há presença de edema, lesões, varizes, hidratação, textura, coloração, turgor e sinais de inflamação. Palpe para avaliar se as **panturrilhas** estão livres (Lindolpho, 2018) e observando a temperatura da pele. Palpe os **pulsos** tibiais posteriores e pediosos. Na presença de edema, faça o Sinal de Cacifo. Avalie a **perfusão capilar**, as **unhas** (onicomicose e sujidades) e os **espaços interdigitais** (lesões, infecção fúngica e sujidades) (Potter e Perry, 2013).

13. Musculoesquelético

- 13.1. Inspeção: observe a massa muscular, as articulações (edema, hiperemia, tumefações), mobilidade e presença de deformidades ou sinais de dor. Observe a amplitude dos movimentos da mão e pulso e se há dor: flexão e hiperextensão metacarpofalângicas, flexão e abdução dos dedos, flexão e hiperextensão do pulso; braços e pernas: abdução e adução; pés: flexão plantar e dorsal; antebraços: pronação e supinação; cotovelos: flexão; tornozelo: rotação medial e lateral. (Potter e Perry, 2013).

- 13.2. Palpação: palpe as articulações e observe presença de crepitações, nódulos, tumores, dor, edema, temperatura e amplitude do movimento. Mantenha a palma da mão sobre a articulação à medida que ela se movimenta e verifique se há crepitação (sensação de estalido dentro da articulação). Palpe os músculos para tamanho, tônus e dor. Se houver hipertonicidade, haverá resistência a qualquer movimento passivo, já a hipotonicidade ocorrerá na presença de flacidez. Para avaliar a força muscular, peça ao cliente para flexionar o músculo que está examinando, aplique uma força contrária e note se ele resiste e se há fraqueza. Também pode pedir que aperte suas mãos e no caso dos membros inferiores, que empurre com os pés as mãos do examinador (Potter e Perry, 2013).
14. Exame neurológico
- 14.1. Prova de Romberg: peça ao cliente para andar com os braços estendidos, de olhos fechados a fim de avaliar o equilíbrio. Fique ao lado dele enquanto caminha. O desequilíbrio sugere problema de labirinto e polineuropatias periféricas (Lindolpho, 2018).
- 14.2. Prova de Lewinson: peça ao cliente que encoste o queixo no tórax com a boca aberta e ao flexionar o pescoço, mostra que não há rigidez na nuca. A incapacidade de realização sugere meningite ou hemorragia meníngea (Lindolpho, 2018).
- 14.3. Prova de Brudzinski: auxilie o cliente, que está em decúbito dorsal, a flexionar sua cabeça sobre o tórax. Observe se houve flexão dos membros inferiores, indicando irritação nas meninges. O ideal é que fiquem relaxados (Lindolpho, 2018).
- 14.4. Prova do dedo no nariz: com o cliente em pé e com os braços em extensão e abdução, solicite que coloque um dedo de cada vez no nariz. A incapacidade de execução ou a presença de dismetria indica distúrbio cerebelar (Lindolpho, 2018).
- 14.5. Prova de Laségue: com o cliente em decúbito dorsal, eleve o membro distal com o joelho em extensão flexione a coxa sobre o quadril. Depois flexione o membro contralateral. Avalie se há dor lombar durante o movimento (Lindolpho, 2018).
- 14.6. Prova de Kerning: com o cliente em decúbito dorsal, inicie pela coxa distal, flexionando sobre o quadril em um ângulo de 90° e após a perna sobre o joelho. Avalie se há resistência ou dor (Lindolpho, 2018).
- 14.7. Sinal de Babinski: com o auxílio de um instrumento rígido, deslize-o desde o calcanhar até a planta do pé, fazendo uma curva em direção ao dedão. Em uma pessoa saudável, há contração dos artelhos (reflexo plantar). O sinal é positivo (+) se houver extensão (Lindolpho, 2018).
- 14.8. Reflexos: o **patelar** acontece com o cliente sentado e com as pernas penduradas. O examinador golpeia de leve o tendão da rótula, abaixo da patela. O reflexo normal é a extensão da parte inferior da perna. O **plantar** é obtido da mesma forma que o sinal de babinski descrito acima, sendo o normal a flexão plantar de todos os dedos do pé (Babinski -). Os reflexos podem estar diminuídos ou ausentes (Potter e Perry, 2013).
- 14.9. Nível de consciência: vai desde um estado de alerta e cooperação até a falta de resposta a qualquer estímulo externo. Em caso de diminuição, é utilizada a Escala de coma de Glasgow (ECG). Os níveis são: lucidez, obnubilado, torpor e coma (Potter e Perry, 2013).

BIBLIOGRAFIA

ALBA, L. B. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BRUNNER, S. M. N. **Prática de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 3 ed. Brasília, 2014.

COFEN. **Resolução COFEN 358 de 2009**. Brasília: Distrito Federal, 1993.

HORTA, V. A. **Processo se Enfermagem**. São Paulo. EPU, 1979.

KUENZER, A. Z. **Competência como Práxis: os dilemas da relação entre teoria e prática na educação dos trabalhadores**. Rio de Janeiro, 2004.

LINDOLPHO, M. C. **O exame Físico: fundamentando o procedimento**, 2018.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. **Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica**. Natal, 2015.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

POTTER, P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POTTER, P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SOUZA, C. B. O.; LOBATO J. F. P. **A Relação Teoria e Prática no Ensino Superior**.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.