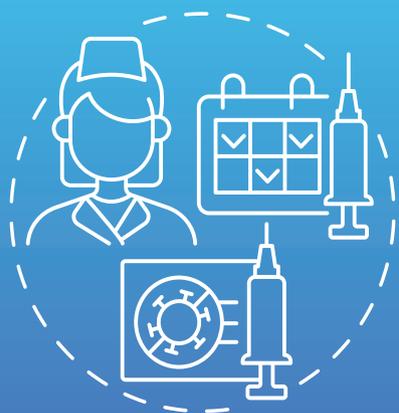
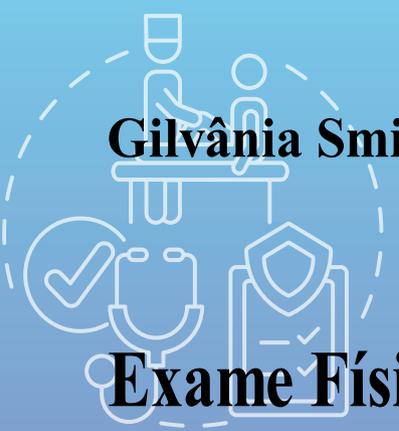




Exame físico para **estudantes de enfermagem**

Roteiros **práticos de cuidados**





Gilvânia Smith da Nóbrega Moraes

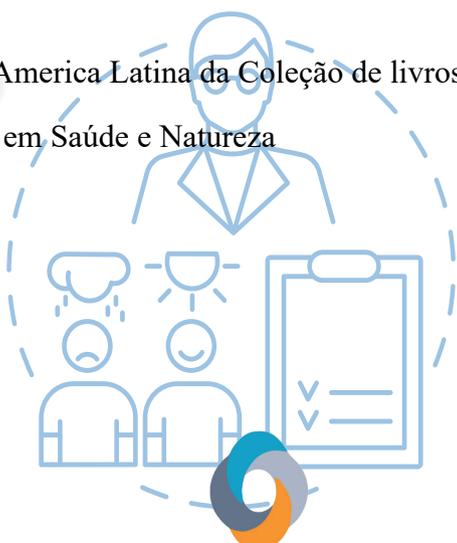
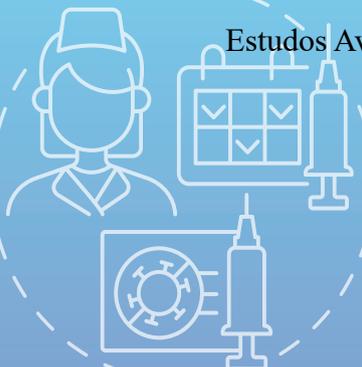


Exame Físico para Estudantes de Enfermagem

Roteiros práticos de cuidados

Volume X da Seção Pesquisas na América Latina da Coleção de livros

Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Conselho Editorial

Abas Rezaey

Ana Maria Brandão

Fernado Ribeiro Bessa

Filipe Lins dos Santos

Flor de María Sánchez Aguirre

Isabel Menacho Vargas

Izabel Ferreira de Miranda

Leides Barroso Azevedo Moura

Luiz Fernando Bessa

Manuel Carlos Silva

Renísia Cristina Garcia Filice

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E96 Exame físico para estudantes de enfermagem - Roteiros práticos de cuidados-
volume 10. / Gilvânia Smith da Nobrega Morais – João Pessoa: Periodicojs
editora, 2022.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-89967-34-7

1. Exame físico. 2. Enfermagem. 3. Cuidados. I. Morais, Gilvânia Smith da
Nobrega. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Exame físico: Diagnóstico de Enfermagem: 610.73

Obra sem financiamento de órgão público ou privado. Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Pesquisas na América Latina da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil

website: www.periodicojs.com.br

instagram: @periodicojs

Prefácio



O livro Exame físico para estudantes de enfermagem: roteiros práticos de cuidados é uma obra constituída por três capítulos. O primeiro reúne de forma acessível orientações necessárias para avaliação da integridade de estruturas anatômicas da cabeça e do pescoço.

No segundo capítulo são apresentadas diretrizes para analisar o funcionamento do cérebro, medula espinhal e nervos.

O livro aborda em seu terceiro capítulo considerações sobre as técnicas propedêuticas para realização do

exame físico cardiovascular.

Esta obra apresenta-se como uma fonte de consulta rápida que visa contribuir com o ensino da Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem bem como facilitar a aprendizagem dos alunos de enfermagem.

Sumário



Capítulo 1

EXAME FÍSICO – CABEÇA E PESCOÇO

10

Capítulo 2

EXAME FÍSICO: SISTEMA NEUROLÓGICO

42

Capítulo 3

EXAME FÍSICO DO SISTEMA CARDIOVASCULAR



85

Referências Bibliográficas

110



Os autores



Gilvânia Smith da Nóbrega Moraes

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2005). Mestrado em Enfermagem pela UFPB (2007). Doutorado em Enfermagem pela UFPB (2016). Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material pela Faculdade UnYLeYa – Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) desde 2008. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG. Autora de publicações no âmbito da Enfermagem, principalmente sobre os temas: cuidar em enfermagem; humanização; cuidados paliativos;



oncologia; semiologia e semiotécnica, ética e bioética.



Capítulo

1

EXAME FÍSICO – CABEÇA E

PESCOÇO

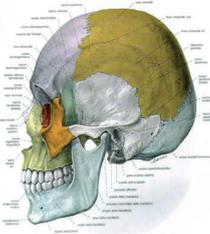
Exame da Cabeça:

- Crânio;
- Face;
- Olhos;
- Nariz e Seios Nasais;
- Ouvidos;
- Boca;
- Língua.

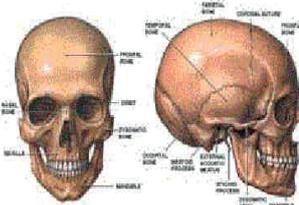
CRÂNIO

- Forma



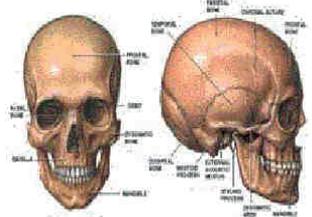


Mesocéfalo (crânio médio)



cráneo dolicocefalo

Dolicocefalo (crânio longo)



cráneo braquicefalo

Braquicefalo (crânio largo)

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

- Tamanho



Macrocefalia



Microcefalia



Hidrocefalia

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

- Alterações (lesões localizadas, presença de cistos, tumores ósseos, hematomas, nódulos);
- Características do cabelo (distribuição, quantidade, alterações na cor, higiene e presença de parasitas);
- Palpação (pontos dolorosos, tumorações).

FACE: Na propedêutica da face, é importante observar alterações na coloração da pele que indiquem patologias como, por exemplo, palidez, cianose ou icterícia. As manchas localizadas podem caracterizar algumas doenças como o eritema nas regiões malares, produzido pelo lúpus eritematoso)

- Simetria;
- Trismo;



- Coloração;
- Edemas;
- Cicatrizes;
- Movimentos involuntários;
- Lesões cutâneas;
- Fácies.



Face normal ou ATÍPICA

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



**Face em máscara
(Doença de Parkinson)**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Face mixedematosa (hipotireoidismo ou mixedema)

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

O rosto é arredondado, a pele é seca, espessada e com acentuação dos sulcos, o nariz e os lábios são grossos, os cabelos são secos e sem brilho, as pálpebras enrugadas e infiltradas.



Face hipocrática (doenças graves)

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Face renal

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Caracteriza-se pela presença de edema peri-orbitário, presente desde o período matutino e palidez. Presente nas doenças difusas dos rins (síndrome nefrótica, glomerulonefrite difusa aguda, etc.)



Figura 2 - hanseníase multibacilar: virchowiana - infiltração difusa da face(exuberante nos pavilhões auriculares), mádarnose, numerosas pápulas na fronte, bochechas e mento.

Face leonina (hanseníase)

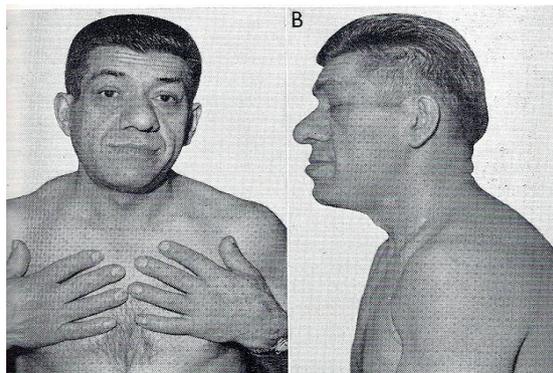
Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Face basedowiana (hipertireóidismo)

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Rosto emagrecido, olhos salientes e brilhantes (exoftalmia), presença de bócio.



Face acromegálica

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Saliência das maçãs do rosto e das arcadas supra-orbitárias, aumento do maxilar inferior e do tamanho do nariz, orelhas e lábios.



Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Face cushingóide ou de lua-cheia (uso de corticóides)

O rosto apresenta-se arredondado, avermelhado, com aumento na quantidade de pelos e com acne. Aparece nas alterações endocrinológicas onde existe hipercortisolis-

mo ou é determinada pelo uso de corticosteróides



Face mongólica

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Presença de epicanto característico com hipertelorismo, rosto arredondado, boca quase sempre entreaberta.



Face de depressão

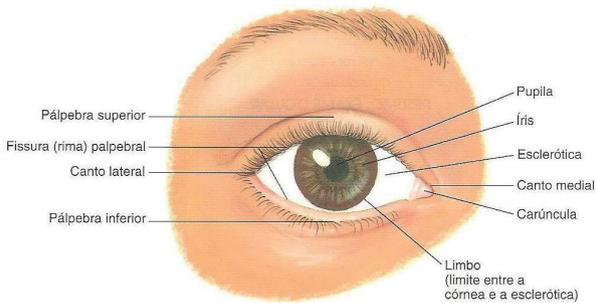
Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Face de paralisia facial

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

OLHOS



Fonte: JARVIS, 2002

- Pálpebras;



- Globos Oculares;
- Conjuntiva;
- Córnea;
- Esclerótica;
- Aparelho Lacrimal;
- Acuidade Visual;
- Pupilas.

- Pálpebras

- Inspeção;
- Palpação.

O que observar?



- Nódulos ou lesões;
- Fechamento e abertura das pálpebras;
- Alterações na mobilidade palpebral;
- Presença de movimentos palpebrais conjugados;
- Presença de edema palpebral;
- Presença de processos inflamatórios.

- Globo ocular



Exoftalmia



Enoftalmia



Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



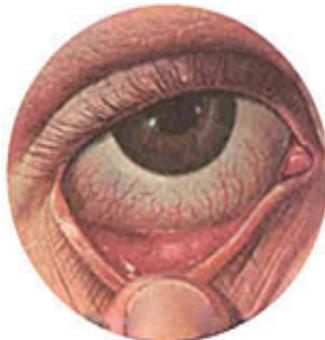
Estrabismo



Nistagmo

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

- Conjuntiva



Exame da Conjuntiva

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

- Córnea

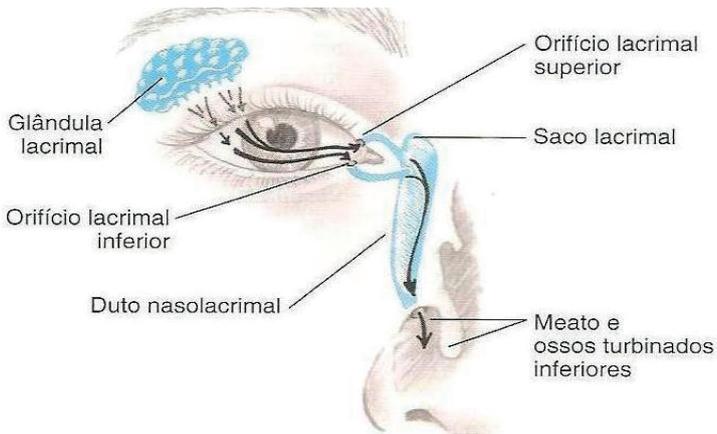
- Ulcerações;
- Corpos estranhos;
- Opacificações do cristalino.

- Esclerótica

- Icterícia;
- Pigmento marrom;
- Hemorragia.

- Aparelho lacrimal





Fonte: JARVIS, 2002

- Acuidade visual

- Movimentos oculares reflexos;
- Movimentos oculares voluntários;
- Movimentos oculares coordenados pelos nervos

oculomotores.

- Pupilas



- Forma (esférica);
- Cor (negras);
- Diâmetro (miose, midríase).

Exemplos!!!



Diplopia



Ardência



Fotofobia

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Dor



Edema



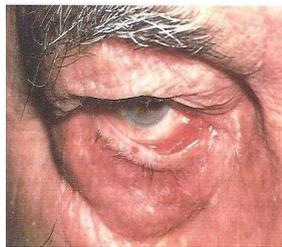
Ptose

Figura 1. Edema e hiperemia com proptose ocular direita.

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Xantelasma



Ectopia Ciliar



Entropia Ciliar

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Conjuntivite



Icterícia



Pterígio

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



Isocóricas



Anisocóricas

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



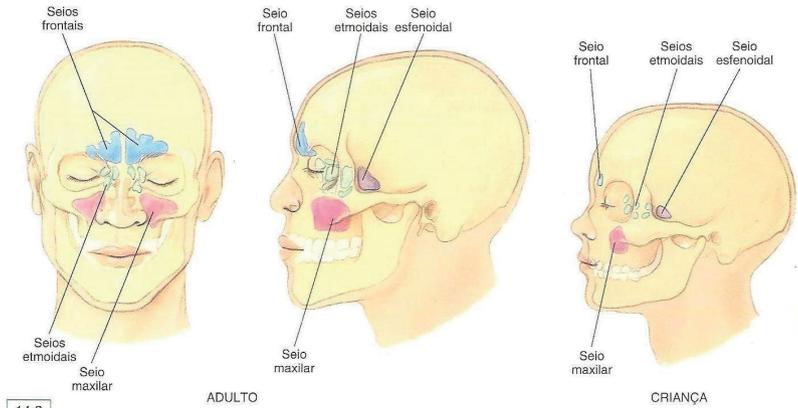
Midríase



Miose

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

NARIZ E SEIOS NASAIS

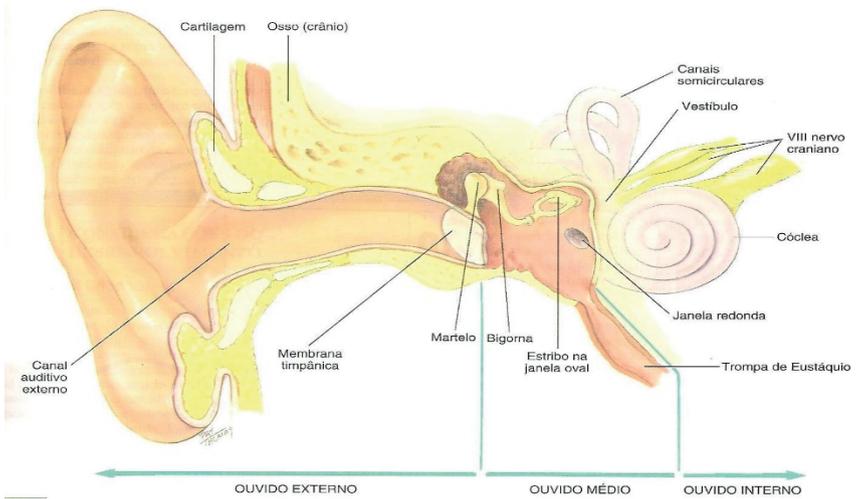


Fonte: JARVIS, 2002

- Olfato;
- Simetria;
- Narinas;
- Espirros;
- Deformidade;
- Obstrução;
- Sujidade;
- Coloração da mucosa;
- Edema;
- Secreções;
- Sensibilidade;
- Epistaxe.



OUVIDOS



Fonte: JARVIS, 2010

- Ouvido externo;

- Membrana Timpânica;
- Acuidade Auditiva;
- Exame Otoscópio.

- Ouvido externo

- Tamanho e formato da aurícula;
- Posição e alinhamento na cabeça;
- Condição da pele (cor, massas, lesões);
- Sensibilidade da aurícula e do trago aos movimentos;
- Meato auditivo (tamanho, tumefação, eritema, secreção, cerume, lesões, corpos estranhos).

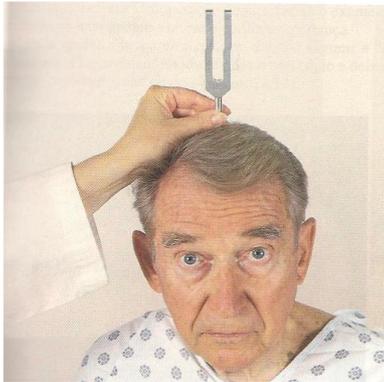
- Membrana timpânica

- Cor e característica;
- Posição (plana, abaulada, retraída);
- Integridade da membrana.



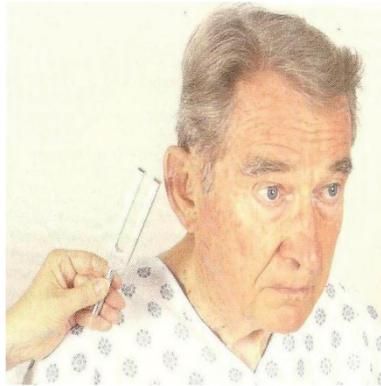
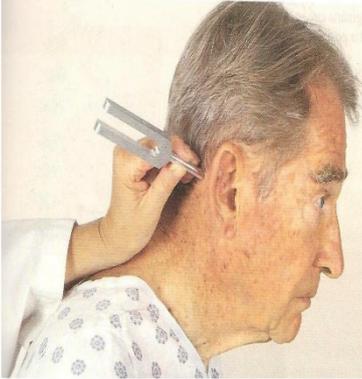
- Acuidade auditiva

- Resposta comportamental à conversação;
- Teste de voz;



**Teste do diapasão de
Weber**

Fonte: JARVIS, 2002



Teste do diapasão de Rinne

Fonte: JARVIS, 2002

- Exame otoscópico

- Canal externo;
- Cerume, secreção, corpos estranhos, lesões;
- Eritema ou tumefação da parede do canal.

BOCA



- Fala;
- Reflexo;
- Morder;
- Mastigar;
- Engolir;
- Coloração;
- Umidade;
- Úlceras;
- Edema;
- Simetria;
- Hiperemia;
- Sensibilidade;
- Estomatite;



- Ausência de dentes;
- Cáries;
- Higiene;
- Fissuras na língua;
- Língua saburrosa;
- Deglutição;
- Dor;
- Hiperemia;
- Secreções;
- Halitose;
- Irritabilidade;
- Tosse;
- Escarro;



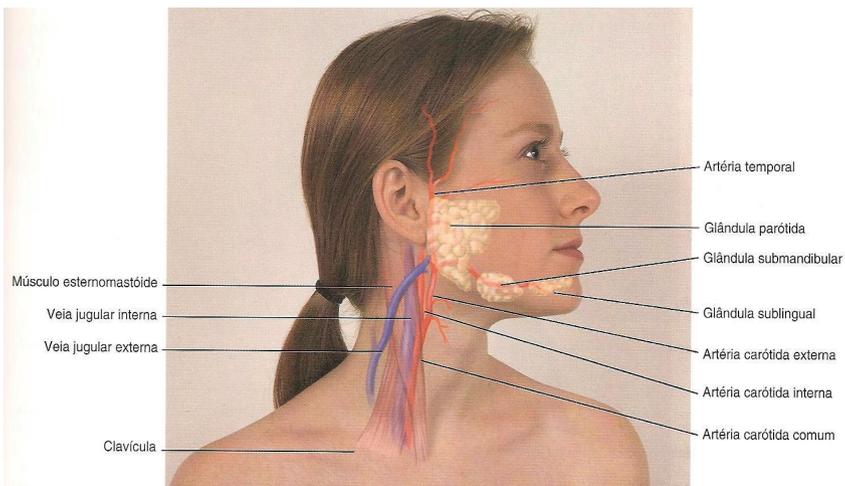
- Hemoptiase;
- Glosite.

- Língua

- Aspecto do dorso;
- Tamanho;
- Coloração;
- Presença de lesões;
- Palato mole;
- Úvula;
- Amígdalas.

Exame do Pescoço:



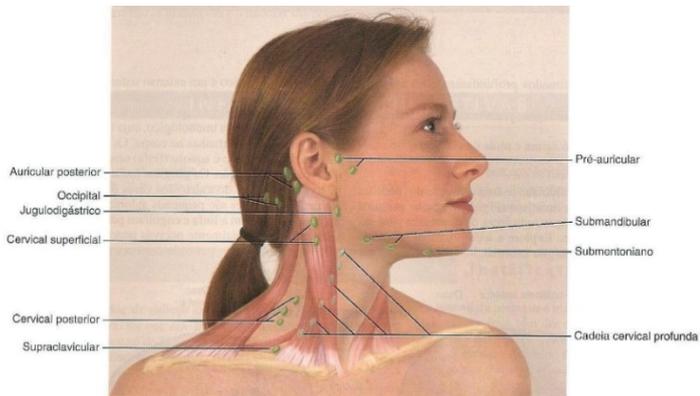


Fonte: JARVIS, 2002

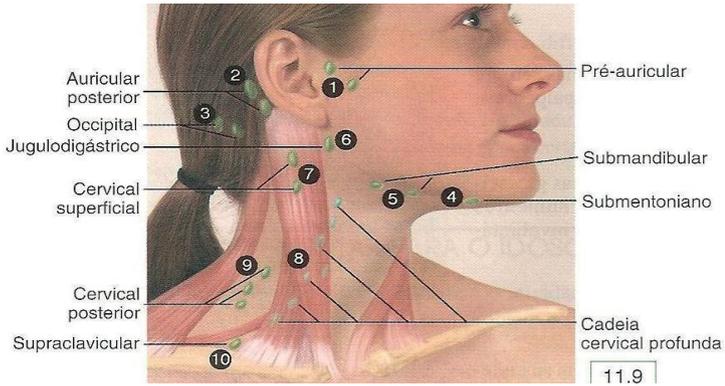
- Simetria;
- Amplitude de Movimento;
- Gânglios Linfáticos (localização, tamanho, formato, delimitação, mobilidade, consistência e sensibilidade);
- Traquéia;

- Tireóide.

- Gânglios linfáticos



Fonte: JARVIS, 2010



Fonte: JARVIS, 2002

Avaliação da Cadeia Cervical Profunda



Avaliação do Gânglio Supraclavicular

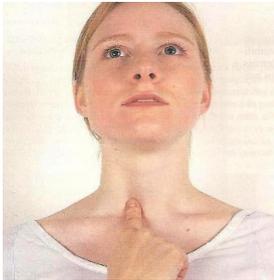


Fonte: JARVIS, 2002

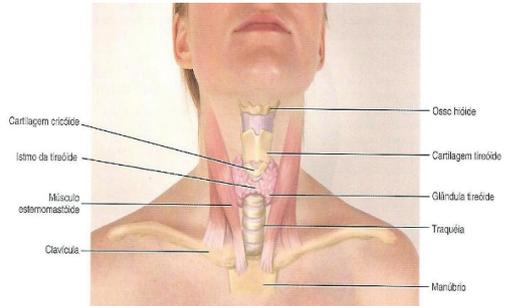


2011-11-11 11:11

- Traquéia

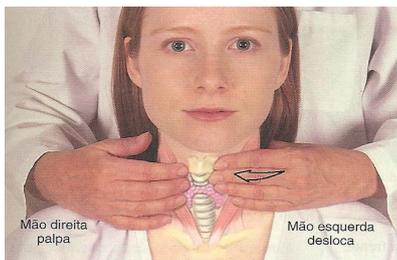


Glândula Tireóide



Fonte: JARVIS, 2002

Acesso Posterior - Tireóide



Acesso Anterior - Tireóide



Fonte: JARVIS, 2002

Capítulo

2

EXAME FÍSICO: SISTEMA
NEUROLÓGICO

Estrutura do Sistema Neurológico

- Sistema Nervoso Central - cérebro e medula espinhal;
- Sistema Nervoso Periférico - 12 pares de nervos cranianos, 31 pares de nervos espinhais e todos os seus ramos.

Função do Sistema Neurológico

O sistema nervoso periférico leva mensagens sensoriais de receptores sensoriais para o SNC, mensagens motoras do SNC para músculos e glândulas e, também, mensagens autonômicas que controlam os órgãos internos e os vasos sanguíneos.



Sistema Nervoso Central (SNC)

CÓRTEX CEREBRAL

Constituição do Córtex Cerebral:

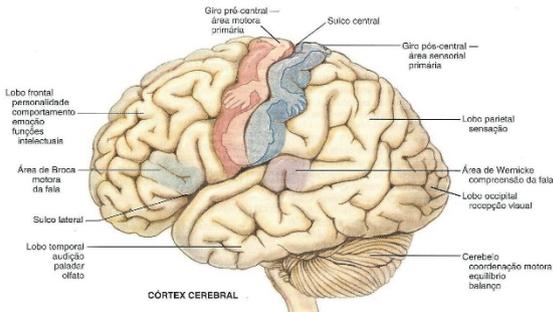
- Hemisfério;
- Lobos.

Definição do Córtex Cerebral:

O córtex cerebral é a camada externa de corpos celulares nervosos do encéfalo que têm aparência de uma substância cinzenta, por ser desprovida de mielina. O córtex cerebral é o centro das funções superiores dos seres humanos, governando o pensamento, a memória, o raciocínio, as sensações e os movimentos voluntários. Cada metade do cérebro constitui um hemisfério; o hemisfério esquerdo é



dominante na maioria das pessoas (95%), incluindo aquelas que são canhotas.



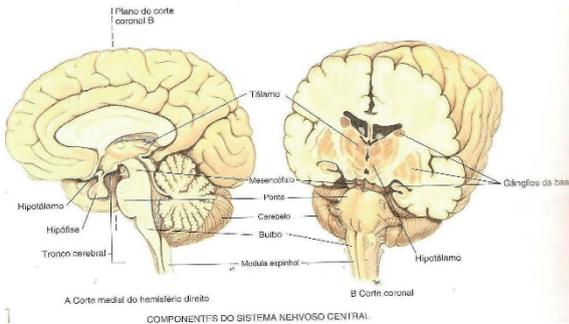
Fonte: JARVIS, 2010, p. 195.

OBS: Os danos a qualquer uma dessas áreas corticais específicas produzem uma perda funcional correspondente: fraqueza motora, paralisia, perda de sensação ou distúrbio da capacidade de compreender e processar a linguagem. As lesões ocorrem quando as células neurológicas

altamente especializadas são privadas de seu suprimento sanguíneo, tal como ocorre por oclusão de artérias cerebrais, sangramento vascular ou vasoespasmos.

- Vias Sensoriais do SNC;
- Vias Motoras do SNC;
- Neurônios Motores Superior e Inferior

COMPONENTES DO SNC



Fonte: JARVIS, 2002

Gânglios da Base: Os gânglios da base são feixes de substância cinzenta profundamente situados nos dois hemisférios cerebrais, formam o sistema motor subcortical associado. Eles controlam os movimentos automáticos associados do corpo (p. ex. A oscilação dos braços alternando-se à das pernas durante o caminhar);

Tálamo: É a principal estação retransmissora do sistema nervoso. As vias sensoriais da medula espinhal e do tronco cerebral formam sinapses (locais de contato entre dois neurônios em seu trajeto até o córtex cerebral);

Hipotálamo: É um importante centro de controle, com muitas funções vitais: controle da temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial, centro do sono regulador



da glândula hipófise anterior e posterior, bem como coordenador da atividade do sistema nervoso autônomo e do estado emocional;

Cerebelo: Estrutura espiralada, localizada sob o lobo occipital, que se ocupa da coordenação motora dos movimentos voluntários, equilíbrio e tônus muscular. Ele não dá início aos movimentos, mas os coordena e regula, como, por exemplo, a complexa e rápida coordenação de muitos músculos diferentes necessária para se tocar piano, nadar ou jogar dados. Ele é como uma “caixa preta”, pois ajusta e corrige os movimentos voluntários, mas opera inteiramente abaixo do nível consciente.

Tronco Cerebral: é o cerne do cérebro, consistin-



do principalmente em fibras nervosas. Tem três áreas:

1) Mesencéfalo – parte mais anterior do tronco cerebral, ainda com a estrutura tubular básica da medula espinhal. Funde-se ao tálamo e hipotálamo. Contém muitos neurônios e tratos motores.

2) Ponte – área mais larga, contendo tratos de fibras ascendentes e descendentes.

3) Bulbo – a continuação da medula espinhal no cérebro, contendo todos os tratos de fibras ascendentes e descendentes ligando o cérebro à medula espinhal. Contém centros autonômicos vitais (respiração, coração, função gastrointestinais) e tb núcleos para o VIII-XII nervos cranianos. A decussação piramidal (cruzamento das fibras

motoras) tem lugar aqui.

Medula Espinhal: **é a longa estrutura cilíndrica, de diâmetro** semelhante ao do dedo mínimo da mão, que ocupa os dois terços superiores do canal vertebral. Ela é a principal via para os tratos de fibras ascendentes e descendentes que ligam o cérebro aos nervos espinhais e medeia reflexos. Os seus corpos celulares nervosos, ou substância cinzenta, estão dispostos em forma de borboleta, com “cornos” anterior e posterior.

VIAS DO SNC

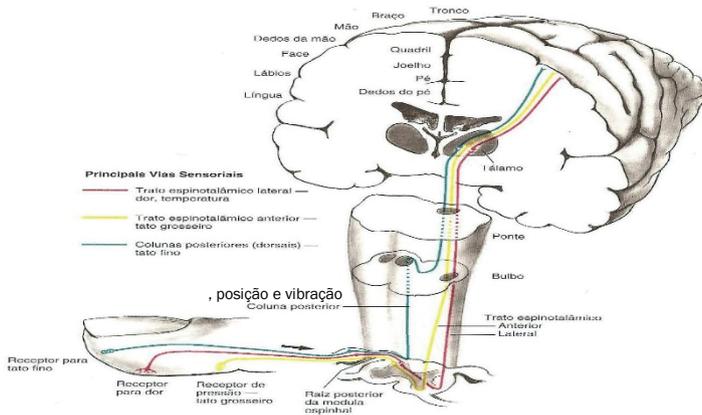
- Vias Sensoriais;
- Vias Motoras.



OBS: A representação cruzada é uma característica notável dos tratos nervosos; o córtex cerebral esquerdo recebe informações sensoriais e controla a função motora do lado direito do corpo, enquanto o córtex cerebral direito interage reciprocamente com o lado esquerdo do corpo. Saber onde as fibras cruzam a linha média vai ajudá-lo a interpretar os achados clínicos.

VIAS SENSORIAIS





Fonte: JARVIS, 2002

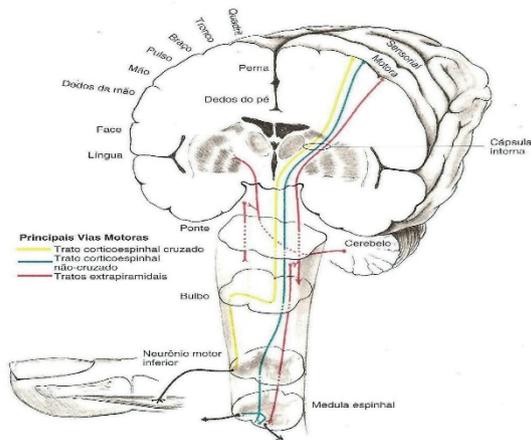
Milhões de receptores sensoriais estão incrustados na pele, membranas mucosas, músculos, tendões e vísceras. Eles monitoram a sensação consciente, as funções dos órgãos internos, a posição corporal e os reflexos. A sensação segue pelas fibras aferentes no nervo periférico, depois pela raiz posterior (dorsal) e até a medula espinhal. Daí ela pode

seguir por uma de duas vias – o trato espinotalâmico ou as colunas posteriores (dorsais)

Nervos aferentes conduzem sinais sensoriais (da pele ou dos órgãos dos sentidos, por exemplo) para o sistema nervoso central, enquanto nervos eferentes conduzem sinais estimulatórios do sistema nervoso central para os órgãos efetores, como músculos e glândulas.

VIAS MOTORAS





Fonte: JARVIS, 2002

Trato Corticoespinhal – sistema motor mais novo, e “superior”, apresentado pelos seres humanos e que possibilita movimentos muito especializados e intencionais. Medeia movimentos muito especializados, discretos e intencionais, como o de escrever.

Trato Extrapiramidal – sistema motor filogene-

ticamente mais antigo, “inferior”, mais primitivo. Mantém o tônus muscular e controla os movimentos corporais, especialmente grandes movimentos automáticos, como caminhar.

Sistema Cerebelar – complexo sistema motor que coordena os movimentos, mantém o equilíbrio e ajuda a manter a postura.

NEURÔNIOS MOTORES SUPERIOR

Podem influenciar ou modificar os neurônios motores inferiores. Os neurônios motores superiores estão localizados integralmente no SNC



NEURÔNIOS MOTORES INFERIORES

Localizam-se principalmente no sistema nervoso periférico.

Sistema Nervoso Periférico

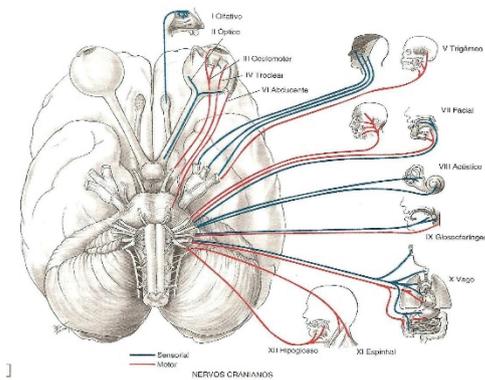
- Nervos Cranianos;
- Nervos Espinhais;
- Sistema Nervoso Autônomo;
- Arco Reflexo.

NERVOS CRANIANOS

Os nervos cranianos entram e saem do cérebro em vez da medula espinhal. Os 12 pares de nervos cranianos



suprem principalmente a cabeça e o pescoço, exceto pelo nervo vago, que vai até o coração, músculos respiratórios, estômago e vesícula biliar.



Fonte: JARVIS, 2002

Quadro 21.1 • Nervos Cranianos

Nervo Craniano	Tipo	Função
I: Olfativo	Sensorial	Olfato
II: Óptico	Sensorial	Visão
III: Oculomotor	Misto*	Motor — maioria dos movimentos MOE, levantar pálpebras Parassimpático — constrição pupilar, forma do cristalino
IV: Troclear	Motor	Movimento do olho para baixo e para dentro
V: Trigêmeo	Misto	Motor — músculos da mastigação Sensorial — sensação da face e do couro cabeludo, córnea, mucosas da boca e nariz
VI: Abducente	Motor	Movimento lateral do olho
VII: Facial	Misto	Motor — músculos faciais, fechar os olhos, fala labial Sensorial — paladar (doce, salgado, azedo, amargo) nos 2/3 anteriores da língua Parassimpático — secreção de saliva e lágrimas
VIII: Acústico	Sensorial	Audição e equilíbrio
IX: Glossofaríngeo	Misto	Motor — faringe (fonação e deglutição) Sensorial — paladar no 1/3 posterior da língua, faringe (reflexo do vômito) Parassimpático — glândula parótida, reflexo carotídeo
X: Vago	Misto	Motor — faringe e laringe (fala e deglutição) Sensorial — sensação geral do corpo carotídeo, seio carotídeo, faringe, vísceras Parassimpático — reflexo carotídeo
XI: Espinhal	Motor	Movimento dos músculos trapézio e esternocleidomastóideo
XII: Hipoglosso	Motor	Movimento da língua

*Misto designa um nervo levando uma combinação de fibras: motoras + sensoriais; motoras + parassimpáticas; ou motoras + sensoriais + parassimpáticas.

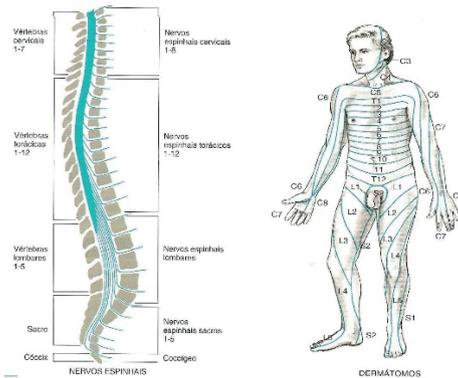
Fonte: JARVIS, 2002

NERVOS ESPINHAIS

- 8 cervicais;
- 12 torácicos;
- 5 lombares;
- 5 sacros;
- 1 coccígeo



Os 31 pares de nervos espinhais originam-se de toda a extensão da medula espinhal e suprem o restante do corpo. Eles são nervos “mistos”, pois contêm tanto fibras sensoriais quanto motoras. Os nervos saem da medula espinhal de modo ordenado. Cada nervo inerva um segmento específico do corpo. A segmentação dérmica é a distribuição cutânea dos diversos nervos espinhas.



Fonte: JARVIS, 2002

Um dermatomo é uma área circunscrita da pele que é suprida principalmente por um segmento da medula espinhal, através de um nervo espinhal específico.

Marcos Úteis:

- Polegar, Dedo Médio, Quinto Dedo – Dermátomos de C6, C7 e C8;
- Mamilo – T4;
- Umbigo – T10;
- Virilha – L1.

SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

O sistema autônomo modula a atividade inconsciente.



ARCO REFLEXO



Mecanismo de defesa básico do sistema nervoso. É involuntário, atuando abaixo do nível do controle consciente e possibilitando uma reação a situações potencialmente dolorosas ou nocivas.

Pancada – Tendão distende os fusos musculares no músculo – Ativação do nervo aferente sensorial – raiz dorsal – Medula espinhal

TIPOS DE REFLEXOS

- Reflexo tendinoso profundo – reflexo patelar;
- Reflexo tendinoso superficial – reflexo córneo, reflexo abdominal;
- Visceral – resposta pupilar á luz;
- Patológico – reflexo de Babinski

Exame Físico do Sistema Neurológico

PREPARAÇÃO

- Exame Neurológico de Triagem (ENT);
- Exame Neurológico Completo (ENC);
- Exame Neurológico de Revisão (ENR).

OBS: Integre as etapas do exame neurológico ao exame de cada parte específica do corpo, tanto quanto vc



conseguir. Por exemplo, teste os nervos cranianos ao avaliar a cabeça e o pescoço e os reflexos abdominais superficiais ao avaliar o abdome. Ao registrar seus achados, porém, considere todos os dados neurológicos como uma unidade funcional e registre-os juntos.

SEQUÊNCIA PARA O ENC

- Estado Mental;
- Nervos Cranianos;
- Sistema Motor;
- Sistema Sensorial;
- Reflexos.

EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Caneta Lanterna;



- Abaixador de Língua;
- Haste Recoberta de Algodão;
- Chumaço de Algodão;
- Diapasão (128 Hz ou 256 Hz);
- Martelo de Percussão;
- Substâncias Aromáticas.

NERVOS CRANIANOS

- I Nervos Cranianos – Nervos Olfativos

Não teste de rotina. Teste o sentido do olfato naqueles que relatarem perda do olfato, naqueles que sofreram um traumatismo cranioencefálico e naqueles com estado mental anormal, bem como nos casos em que há suspeita da presença de uma lesão intracraniana.

- II Nervos Cranianos – Nervos Ópticos



Teste a acuidade visual e os campos visuais por confronto. Examine o fundo de olho para determinar a cor, o tamanho e a forma do disco óptico usando o oftalmoscópio.

- III, IV e VI Nervo Craniano – Nervos Oculomotor, Troclear e Abducente

Fissuras Palpebrais; Pupilas; Movimentos extra-oculares.

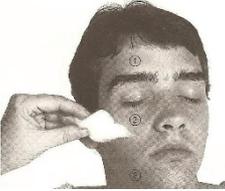
- V Nervo Craniano – Nervo Trigêmeo

Função Motora



Fonte: JARVIS, 2002

Função Sensorial - Isso testa todas as três divisões do nervo: 1) oftálmica, 2) maxilar, 3) mandibular



Fonte: JARVIS, 2002

Reflexo Corneal - Omita esse teste, a não ser que a pessoa apresente uma sensação facial anormal ou anormalidades do movimento facial.



Fonte: JARVIS, 2002

- VII Nervo Craniano – Nervo Facial

Função Motora - sorrir, franzir a testa, fechar firmemente os olhos contra sua tentativa de abri-los, erguer as sobrancelhas, mostrar os dentes, inflar as bochechas e em seguida apertá-las.



Fonte: JARVIS, 2002

- VII Nervo Craniano – Nervo Facial

Função Sensorial - Não teste de rotina. Quando indicado, teste o sentido do paladar tocando a língua com um aplicador de algodão coberto com uma solução de açúcar, sal ou suco de limão (azedo). Peça à pessoa para identificar o gosto.

- VIII Nervo Craniano – Nervo Acústico (Vesti-



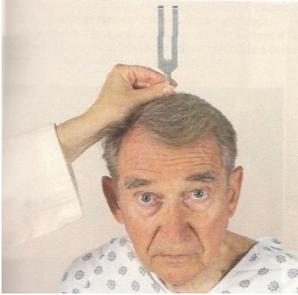
bulococlear)

Teste da voz sussurrada

Teste um ouvido de cada vez, camuflando a audição no outro ouvido para evitar que o som seja transmitido em torno da cabeça. Para isto, coloque um dedo no trago e empurre-o rapidamente para dentro e para fora do meato auditivo. Proteja os seus lábios de modo que a pessoa não possa compensar a perda de audição fazendo a leitura labial ou usando o ouvido “bom”. Mantenha sua cabeça 30 a 60cm distante do ouvido da pessoa e emita e sussurre lentamente algumas palavras de duas sílabas, como casa, bola, livro, doze.

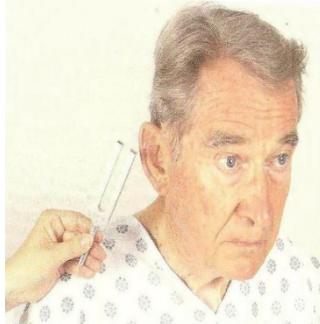
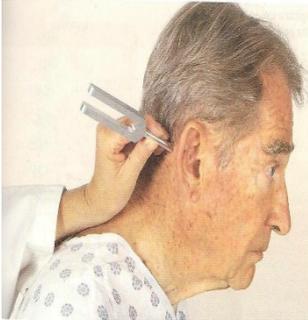


Teste do diapasão de Weber - É valioso quando uma paciente relata ouvir melhor com um ouvido do que com o outro. Coloque um diapasão vibratório na linha média do crânio da pessoa e pergunte se o tom soa igual em ambos os ouvidos ou melhor em um deles. A pessoa deve ouvir o tom por condução óssea através do crânio, e ele pode soas igualmente alto em ambos os ouvidos.



Fonte: JARVIS, 2002

Teste do diapasão de Rinne - Condução Aérea (CA) > Condução Óssea (CO)



Fonte: JARVIS, 2002

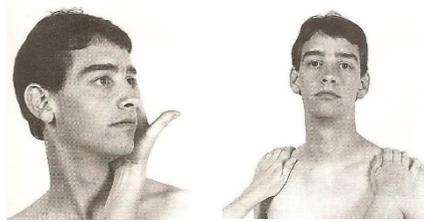
- IX e X Nervos Cranianos – Nervos Glossofaríngeo e Vago

Função Motora – movimento da faringe enquanto a pessoa diz “ahhh” e reflexo do vômito.

Função Sensorial – o IX nervo craniano medeia de fato o paladar no terço posterior da língua, mas tecnicamente é demasiado difícil testar essa sensação.



- XI Nervo Craniano – Nervo Espinhal Acessório



Fonte: JARVIS, 2002

- XII Nervos Cranianos – Nervo Hipoglosso

Inspecione a língua. Não devem estar presentes adelgaçamentos ou tremores. Observe o impulso para frente na linha média quando a pessoa efetua a protrusão da língua. Peça, também, à pessoa para dizer “leve, teso, dinamite” e observar se os sons linguais são claros e nítidos.

SISTEMA MOTOR



- **Músculos**

- Tamanho
- Força
- Tônus
- Movimentos Involuntários

FUNÇÃO CEREBELAR

- **Testes de Equilíbrio**

Teste de Romberg

Marcha



Fonte: JARVIS, 2002

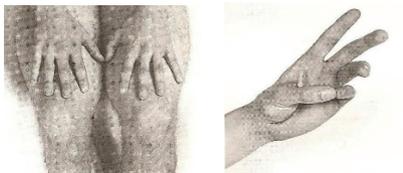


Fonte: JARVIS, 2002



- **Coordenação e Movimentos Especializados**

Movimentos Alternados Rápidos (MAR)



Fonte: JARVIS, 2002

Teste Dedo-Dedo e Teste do Dedo-Nariz



Fonte: JARVIS, 2002

Teste do Calcânhar-Canela



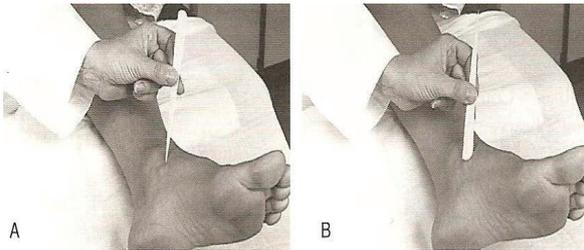
Fonte: JARVIS, 2002

SISTEMA SENSORIAL

Os procedimentos rotineiros de avaliação incluem o teste da dor superficial, tato leve e vibração em alguns pontos distais e o teste da estereognosia. Isso será o bastante para todos aqueles que não tiverem evidenciado nenhum sinal ou sintoma neurológico. O teste integral do sistema sensorial se justifica naqueles com sintomas neurológicos ou nos casos em que você vier a descobrir anormalidades.

- Trato Espinotalâmico – Dor (Hipoalgia, Analgesia, Hiperalgia)





Fonte: JARVIS, 2002

- Trato Espinotalâmico - Temperatura

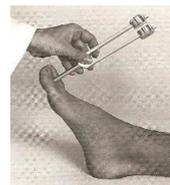
Teste a sensação de temperatura somente quando a sensação de dor se mostrar anormal; caso contrário você pode omiti-la, porque os tratos de fibras são os mesmos.

- **Trato Espinotalâmico – Tato Leve (Hipoestesia, Anestesia, Hiperestesia)**



Fonte: JARVIS, 2002

- **Trato da Coluna Posterior – Vibração**



- **Trato da Coluna Posterior – Posição (Cinestesia)**



Fonte: JARVIS, 2002

- **Trato da Coluna Posterior – Discriminação Tátil (Tato Fino)**

Estereognosia

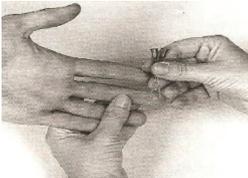


Fonte: JARVIS, 2002

Grafestesia



Discriminação de Dois Pontos



Fonte: JARVIS, 2002

Extinção – Toque ambos os lados do corpo simultaneamente no mesmo ponto. Peça à pessoa para dizer quantas sensações são percebidas e onde elas estão. Normalmente são percebidas ambas as sensações.

Localização de um Ponto – Toque a pele e retire prontamente o estímulo. Diga à pessoa : “Coloque seu dedo onde toquei.” Você pode executar esse teste simultaneamente ao da sensação do tato leve.



- Reflexos Extensores, ou Reflexos Tendinosos

Profundos (RTP)

A medida dos reflexos extensores revela a integridade do arco reflexo em níveis espinhais específicos, assim como seu predomínio normal sobre reflexo dos níveis corticais superiores.

REFLEXOS

4+ Muito rápido, hiperativo e com clônus, indicativo de doença,

3+ Mais rápido que a média, pode indicar doença,

2+ Médio, normal,

1+ Diminuído, abaixo do normal,



0 Nenhuma Resposta

- **Reflexos Extensores, ou Reflexos Tendinosos Profundos (RTP)**

Reforço



Fonte: JARVIS, 2002

Reflexo Bicipital (C5 a C6)



Reflexo Tricipital (C7 a C8)

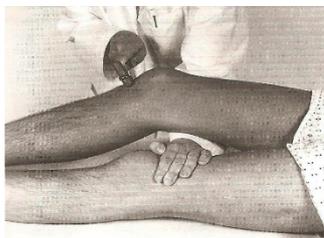


Fonte: JARVIS, 2002

Reflexo Braquiorradial (C5 a C6)



Reflexo do Quadríceps (Reflexo Patelar) - (L2 a L4)



Fonte: JARVIS, 2002

Reflexo do Tornozelo (Reflexo Aquileu) - (L5 a S2)



Fonte: JARVIS, 2002

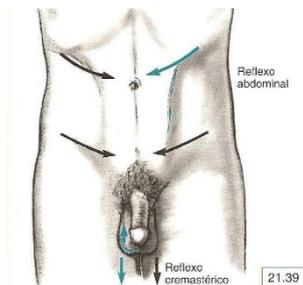
Clônus



Fonte: JARVIS, 2002

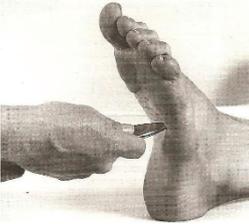
- **Reflexos Superficiais**

**Reflexos Abdominais – Superior (T8 a T10), Inferior (T10 a T12)
e Reflexo Cremastérico (L1 a L2)**



Fonte: JARVIS, 2002

Reflexo Plantar (L4 a S2)

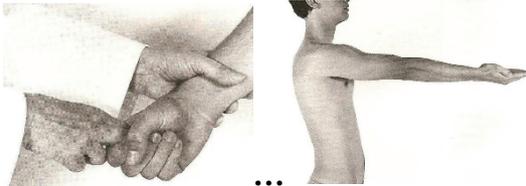


Fonte: JARVIS, 2002

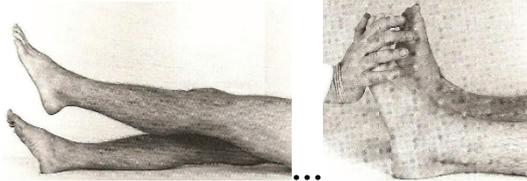
REVISÃO NEUROLÓGICA

- Nível de Consciência – (facilidade de ativação, orientação);

- **Função Motora;**

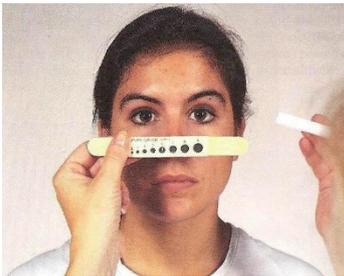


Fonte: JARVIS, 2002



Fonte: JARVIS, 2002

- **Resposta Pupilar;**



Fonte: JARVIS, 2002

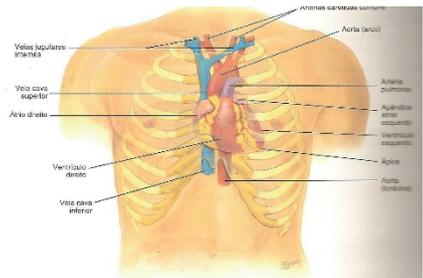
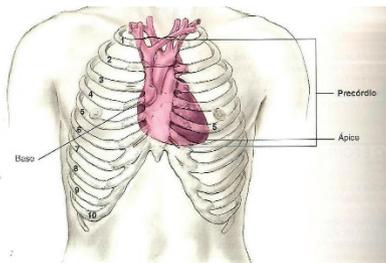
- **Sinais Vitais.**
- **Escala de Coma de Glasgow**

Capítulo

3

**EXAME FÍSICO DO SISTEMA
CARDIOVASCULAR**

POSIÇÕES E PONTOS DE REFERÊNCIA NA SUPERFÍCIE

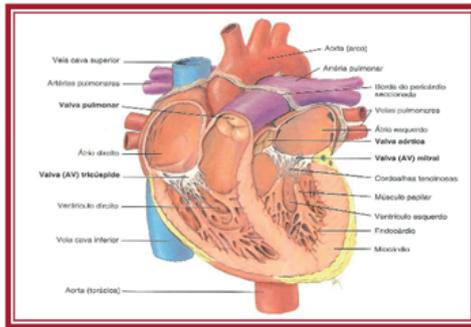


Fonte: JARVIS, 2002

A avaliação das funções cardíacas é realizada pela região anterior do tórax. O examinador elabora mentalmente a imagem de localização exata do coração. No adulto, o órgão está localizado no centro do tórax (precórdio), atrás e à esquerda do esterno, com uma pequena parte do átrio direito estendendo-se à direita do esterno. A base do coração é a porção superior e o ápice é a ponta inferior. O ápice do

coração toca a parede anterior do tórax, aproximadamente na altura do quarto para o quinto espaço intercostal, ao longo da linha hemiclavicular, conhecido como o ictus cordis (choque da ponta).

PAREDES, CAVIDADES E VALVAS CARDÍACAS

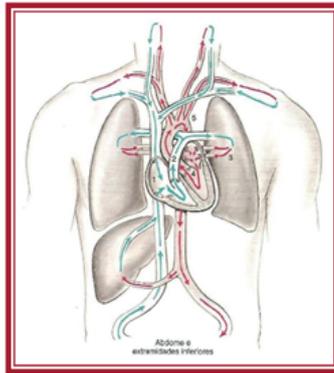


Fonte: JARVIS, 2002

O sistema cardiovascular é composto pelo coração, uma bomba muscular, e pelos vasos sanguíneos. Os vasos

sanguíneos estão dispostos em duas alças contínuas, a circulação pulmonar e a circulação sistêmica. Quando o coração se contrai, ele bombeia sangue simultaneamente para o interior das duas alças.

DIRAÇÃO DO FLUXO SAGUÍNEO



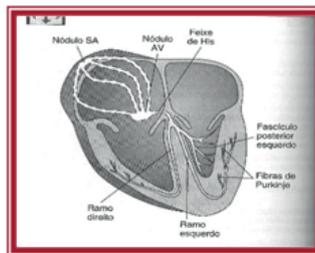
Fonte: JARVIS, 2002

O CICLO CARDÍACO

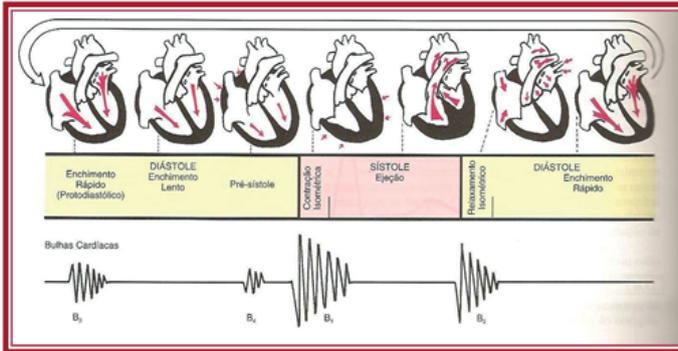
Partes do sistema de condução rítmica:



- Nodo Sinusal (Nodo Sinuatrial), que inicia o impulso cardíaco;
- Via Internodal, que conduz impulsos do nodo sinusal para o nodo atrioventricular (A-V);
- Nodo A-V, que retarda os impulsos dos átrios para os ventrículos;
- Feixe A-V (Feixe de His), que conduz impulsos do nodo A-V para os ventrículos;
- Fibras de Purkinje, que conduzem impulsos para todas as partes dos ventrículos.



Fonte: JARVIS, 2002



Fonte: JARVIS, 2002

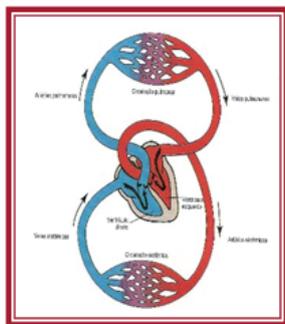
AVALIAÇÃO DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

A avaliação do sistema cardiovascular deve ser realizada a partir de dados obtidos através da anamnese do paciente, do exame físico e de outros recursos diagnósticos. As queixas manifestadas pelo paciente permitem estabelecer prioridades na procura de sinais no exame físico e também nas intervenções que serão realizadas.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

- Dispnéia
- Fadiga
- Precordialgia
- Palpitações
- Desconforto no peito
- Desmaio
- Edemas
- Cianose
- Alterações periféricas
- Náuseas, vômitos e sudorese





Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

ANAMNESE DO PACIENTE CARDIOPATA

É necessário obter informações precisas sobre cada um dos sintomas relatados pelo paciente, verificando seu início (desde quando ele existe), o quanto é desconfortável, o motivo que desencadeia o início das crises de dor ou falta de ar, o quanto as atividades diárias foram alteradas (consegue cuidar das atividades domésticas, interferiu no desempenho sexual, nos seus cuidados de higiene?), que

tipo de atitude é tomada para que diminuam, aliviem ou cessem os sintomas (deita, senta, pára a atividade iniciada, etc.).

ASPECTOS AVALIADOS DURANTE A ANAMNESE DO PACIENTE CARDIOPATA

- Queixa Atual (dor, palpitações, fadiga e dispnéia);
- Tratamentos Anteriores (clínicos, cirúrgicos, procedimentos invasivos, implantes de dispositivos);
- Antecedentes Pessoais e Familiares.

EXAME FÍSICO GERAL RELACIONADO AO SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Pressão arterial;



- Pulso;
- Frequência cardíaca;
- Temperatura;
- Tipo morfológico: longilíneos, portadores de Down e Turner, esclerodermia;
- Nível de consciência;
- Pele, mucosa e anexos: coloração, turgor, umidade, textura, temperatura, hidratação;
- Estase jugular;
- Ascite;
- Edemas;
- Membros: teste de enchimento capilar e coloração.

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO RELACIONADO AO SISTEMA CARDIOVASCULAR

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS:

- Inspeção;
- Palpação;
- Ausculta.

a) INSPEÇÃO:

- Observar precórdio e especialmente ictus cordis
- Abaulamentos (cardiopatias congênicas);
- Retrações (congênito ou adquirida);
- pulsações anormais;
- pulsações normais;



- Rede venosa;
- Observações gerais do paciente;

b) PALPAÇÃO:

- Análise do ictus cordis, ponto ou pulso apical ou PIM
- Localização, desvios, extensão e intensidade;
- Pulsos periféricos (frequência, ritmo, amplitude e tensão);
- Perfusão periférica;
- Palpação do precórdio



Palpação do Ictus Cordis



Fonte: BARROS et al, 2002

c) AUSCULTA:

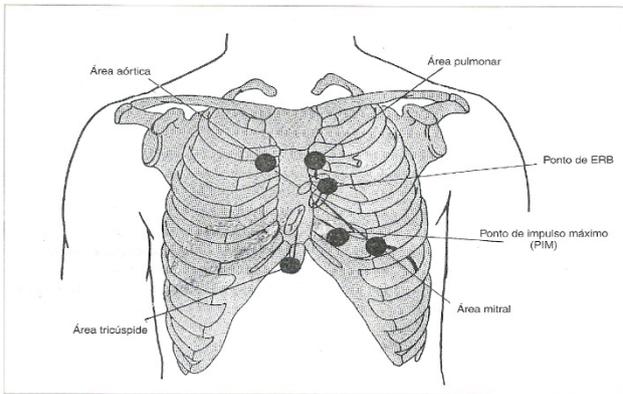
c.1) FOCOS DE AUSCULTA

- Foco aórtico (FA): 2º EID (linha paraesternal direita);
- Foco pulmonar (FP): 2º EIE (linha paraesternal esquerda);

- Foco tricúspide (FT): 4º EIE (na base do apêndice xifóide, ligeiramente para esquerda);

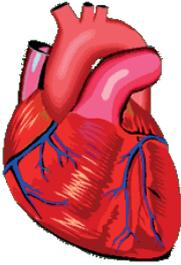
- Foco mitral (FM): 4º ou 5º EIE (linha hemiclavicular) ao nível da região apical (ictus cordis), abaixo do mamilo.

FOCUS DE AUSCULTA CARDÍACA



Fonte: JARVIS, 2010

PONTO DE MÁXIMO IMPULSO – PIM



Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

c) AUSCULTA:

c.2) RITMO (fenômenos que ocorrem durante o ciclo cardíaco)

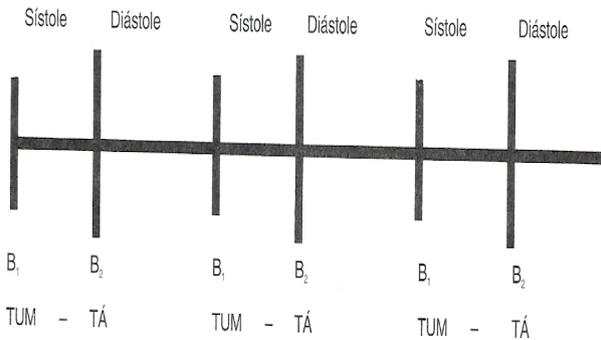
- Cardíaca: bulhas com nº de 2;
- Normal: ritmo regular em 2T;
- Anormal: ritmo de galope em 3T (irregular).

c.3) FREQUÊNCIA



- Normocárdico;
- Bradicárdico;
- Taquicárdico.

Ausculata das bulhas cardíacas



Fonte: JARVIS, 2002

c) AUSCULTA:

c.4) BULHAS CARDÍACAS

- 1ª bulha (B₁): fechamento das válvulas mitral e



tricúspide;

- 2ª bulha (B2): fechamento das válvulas aórtica e pulmonar;

- 3ª bulha (B3): som de galope, bulha acessória (doença do miocárdio e ICC);

- 4ª bulha (B4): VE hipertrofiado (hipertensão, estenosa aórtica).

c.5) SOPRO

- Sons de galope;
- Arritmias patológicas.

c.6) INTENSIDADE



- Normofonético;
- Hipofonético;
- Hiperfonético.

TIPOS COMUNS DE ARRITMIAS

Condição	Definição	Causa
Arritmia Sinusal	A frequência de pulsação se altera durante a respiração. Ela aumenta no pico da inspiração e diminui durante a expiração.	Retenção momentânea de sangue no pulmão durante a inspiração, provocando uma queda do volume sistólico.
Taquicardia Sinusal	O ritmo de pulsação é regular, mas a frequência é acelerada a mais de 100 batimentos por minuto.	Exercícios, estresse emocional, ingestão de cafeína ou álcool são fatores comuns da causa do aumento de disparo do nó sinoatrial

Bradicardia Sinusal	O ritmo de pulsação é regular, mas a frequência é mais lenta que o normal, ficando entre 40-60bpm.	O nó sinoatrial dispara com menor frequência. Esta ocorrência é comum em atletas bem treinados.
Contração Ventricular Prematura	O batimento é prematuro, ocorrendo antes da contração cardíaca regular esperada.	O ventrículo contrai prematuramente como resultado de impulsos elétricos que surgem no ventrículo, fora da via normal de condução.

RUÍDOS CARDÍACOS

Estenose Mitral (FM)

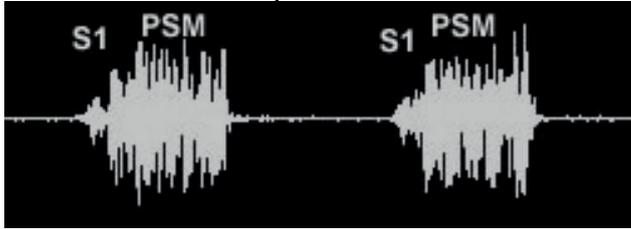
Registro da 1a e 2a bulhas e do sopro mesodiastólico em ruflar com o reforço pre-sistólico



Fonte: JARVIS, 2002

Insuficiência Mitral (FM)

Registro da 1a bulha e do sopro holossistólico que encobre a 2a bulha



Fonte: JARVIS, 2002

Prolapso Mitral Isolado (FM)

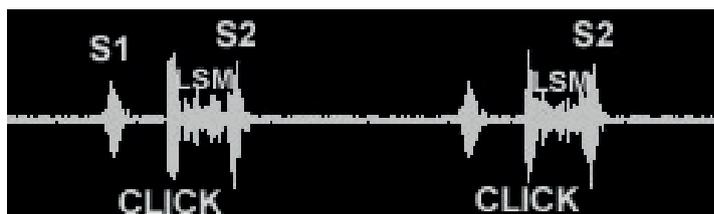
Registro da 1a e 2a bulhas e do *click* mesossistólico



Fonte: JARVIS, 2002

Prolapso com Insuficiência Mitral (FM)

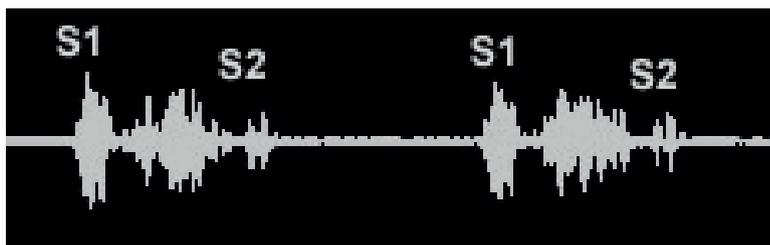
Registro da 1a e 2a bulhas, do *click* mesossistólico e do sopro telessistólico



Fonte: JARVIS, 2002

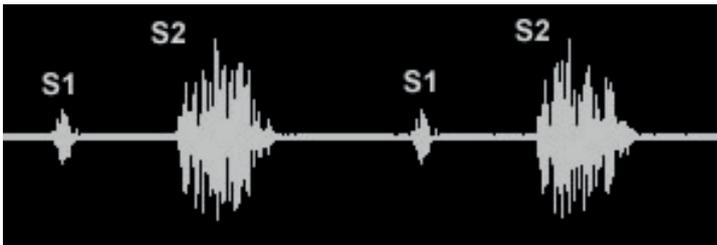
Estenose Valvar Aórtica (FA)

Registro da 1a e 2a bulhas e do sopro mesossistólico de ejeção



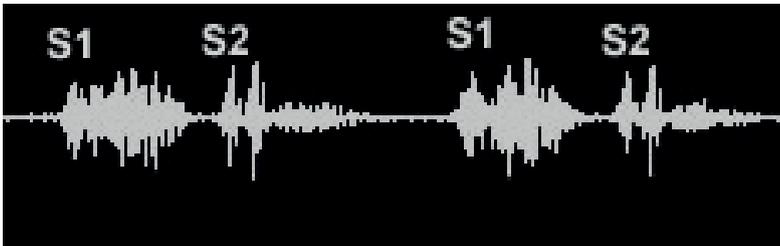
Fonte: JARVIS, 2002

Insuficiência Aórtica (FA, FAA)
Registro da 1a e 2a bulhas e do
sopro protodiastólico aspirativo desde a 2a bulha



Fonte: JARVIS, 2002

Comunicação Inter-Atrial (FP)
Registro da 1a bulha, da 2a bulha
fixamente desdobrada e do
sopro protomesossistólico



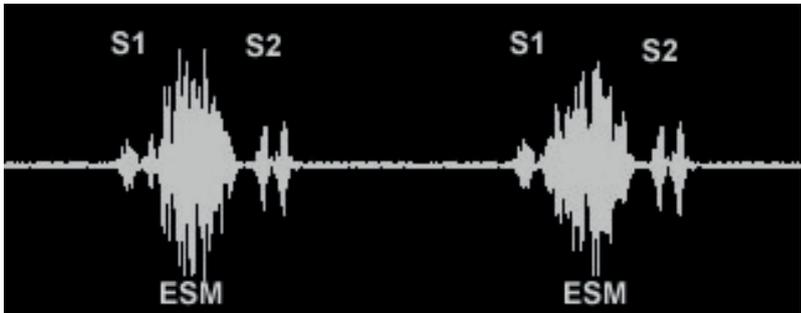
Fonte: JARVIS, 2002

Comunicação Inter-Ventricular (MC)
Registro da 1a bulha e do
sopro holossistólico que encobre a 2a bulha



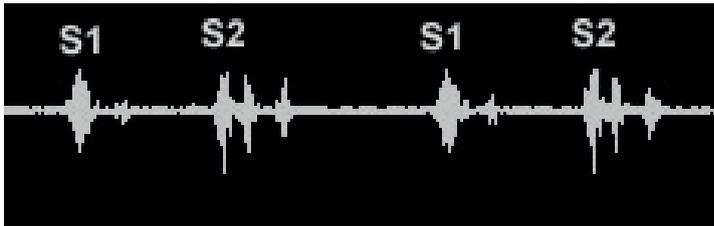
Fonte: JARVIS, 2002

Estenose Valvar Pulmonar (FP)
Registro da 1a bulha, da 2a bulha desdobrada
e do sopro mesossistólico de ejeção



Fonte: JARVIS, 2002

Anomalia de Ebstein (FT)
Registro da 1a bulha, da 2a bulha
desdobrada e de *clicks* sistólico e diastólico



Fonte: JARVIS, 2002

Persistência do Canal Arterial (FP)
Registro do sopro contínuo sistó-diastólico
em maquinária, que encobre a 1a e 2a bulhas



Fonte: JARVIS, 2002

Coarctação da Aorta (FP, FA, Dorso)
Registro da 1a bulha desdobrada,
e da 2a bulha



Fonte: JARVIS, 2002

Capítulo

4

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁ-
FICAS**

BARROS, A. L. B. L. de. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BICKLEY, L. S. Bates, propedêutica médica essencial: avaliação clínica, anamnese, exame físico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CELENO PORTO, C.; LEMOS PORTO, A. Exame clínico: Porto & Porto. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

JARVIS, C. Exame físico e avaliação da saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



_____. Guia de exame físico para enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; STOCKERT, P. A.; HALL, A. M. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.



Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir

alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em

nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respec-

tivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceito ou aceito com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá terã acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento

Índice Remissivo



C

Coração

página 88

página 94

página 95

página 103

D

Doença

página 16

página 78

página 91



E

Exame

página 10

página 11

página 42

página 62

N

Nervoso

página 47

página 60

página 67

página 74

página 82



S

Sistemas

página 46

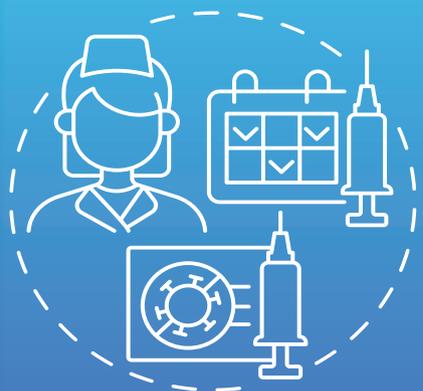
página 61

página 71

página 85

página 93





Esta obra apresenta-se como uma fonte de consulta rápida que visa contribuir com o ensino da Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem bem como facilitar a aprendizagem dos alunos de enfermagem.



Gilvânia Smith da Nóbraga Moraes

