

# MANUAL DE INTRODUÇÃO À SEMILOGIA MÉDICA: O EXAME FÍSICO DE ABORDAGEM

**Anthony Caetano<sup>1</sup>; João Victor Silva<sup>1</sup>; Fernanda Sartori Lourenço<sup>1</sup>;  
Bruno dos Santos Farnetano<sup>2</sup>; Filipe Moreira de Andrade<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmicos de MEDICINA - UNIFAGOC - Ubá/MG

<sup>2</sup> Docente do curso de MEDICINA - UNIFAGOC - Ubá/MG

<sup>3</sup> Docente e Diretor do curso de MEDICINA - UNIFAGOC - Ubá/MG



brunofarnetano@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Este texto reúne a descrição de procedimentos essenciais ao início do estudo do exame físico. O Exame Físico de Abordagem, organizado pela posição do paciente (em pé, sentado e deitado) e por sistemas anatômicos, vai proporcionar ao aluno uma forma, um modo, de realizar uma série de manobras e aprender a manusear diversos instrumentos médicos.

Como usar este material:

- Leia cada seção antes da prática; visualize os movimentos e a sequência.
- Utilize os livros indicados em REFERÊNCIAS e os vídeos disponibilizados em documento próprio da disciplina.
- Siga as instruções passo a passo: preparação do paciente, posicionamento, técnica e documentação dos achados.
- Use os critérios de padronização (medidas, terminologia, gradações) para registrar resultados de forma uniforme.
- Pratique em pares nas monitorias: um avalia, o outro observa, e o monitor fornece um *feedback*.

## TÉCNICA

No paciente de pé

### **1. Mensurar o peso, mensurar a altura e calcular o índice de massa corporal (IMC)**

Mensuração do peso:

Para esse exame será necessária uma balança antropométrica mecânica devidamente calibrada, posicionada em superfície plana e nivelada.

Na avaliação do peso solicite ao paciente que retire os calçados, o excesso de roupas e os objetos pesados (ex. molho de chaves, aparelho de telefone celular)

- a. Verificar a tara da balança e com os pesos deslizantes nos pontos “zero”.
- b. Solicitar ao paciente que suba cuidadosamente na plataforma, permanecendo no centro, em posição ereta, pés paralelos e braços estendidos ao longo do corpo.
- c. Deslocar os pesos deslizantes até que o ponteiro da balança se mantenha estabilizado no centro da escala.
- d. Registrar o valor obtido em quilogramas (kg).

## 2. Mensurar a altura

- a. Posicionar o paciente descalço, em posição ereta, com os pés juntos e calcanhares encostados ao rodapé da balança.
- b. Orientar que mantenha o olhar na linha do horizonte, seguindo o plano de Frankfurt.
- c. Baixar a haste antropométrica até encostar suavemente no vértice da cabeça do paciente.
- d. Ler e registrar a altura em metros (m) ou centímetros (cm).

### 1. Calcular o IMC

- a. Aplicar a fórmula:  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$
- b. Exemplo:  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$ . Ex.:  $70 / 1,75^2 = 22,9 \text{ kg/m}^2$ .

No paciente sentado:

## 3. Mensurar a temperatura axilar

Colocar o termômetro em contato com a pele no oco axilar por 2 a 5 minutos, conforme o tipo de termômetro. Manter o braço do paciente apoiado sobre o tronco para fechar a cavidade axilar. Registrar o valor em °C.

## 4. Aferir a pressão arterial no membro superior esquerdo

Para essa avaliação serão necessários esfigmomanômetro e estetoscópio. Primeiramente, deve-se orientar o procedimento ao paciente e questionar se nos últimos 30 minutos houve: atividade física, consumo de café, álcool ou tabaco. Solicitar que o paciente permaneça em repouso por 5 minutos em ambiente calmo. Posicionar o paciente sentado com: costas apoiadas no encosto da cadeira, pés apoiados no chão sem cruzar as pernas, braço desnudo, apoiado na altura do coração. O manguito deve estar adequado à circunferência do braço do paciente.

### Método palpatório

- a. Palpar o pulso da artéria radial.
- b. Insuflar de 10 em 10 mmHg até o pulso desaparecer.
- c. Desinsuflar o manguito na velocidade de 2 a 3 mmHg por segundo até o pulso radial ser percebido novamente: esta é a pressão arterial sistólica mensurada pelo método palpatório.

O valor obtido é uma estimativa da pressão arterial sistólica. Não é possível estimar a pressão diastólica.

### Método auscultatório

- a. Aguardar de 15 a 30 segundos após aferir a pressão sistólica pelo método palpatório.
- b. Acrescentar 20 a 30 mmHg ao valor estimado da pressão sistólica pelo método palpatório e então posicionar o estetoscópio sobre a pele, no território da artéria braquial.
- c. Desinsuflar lentamente, a uma velocidade de 2 a 3 mmHg por segundo.

d. Ao desinsuflar o manguito, podemos perceber os sons de Korotkoff, que são divididos em 5 fases:

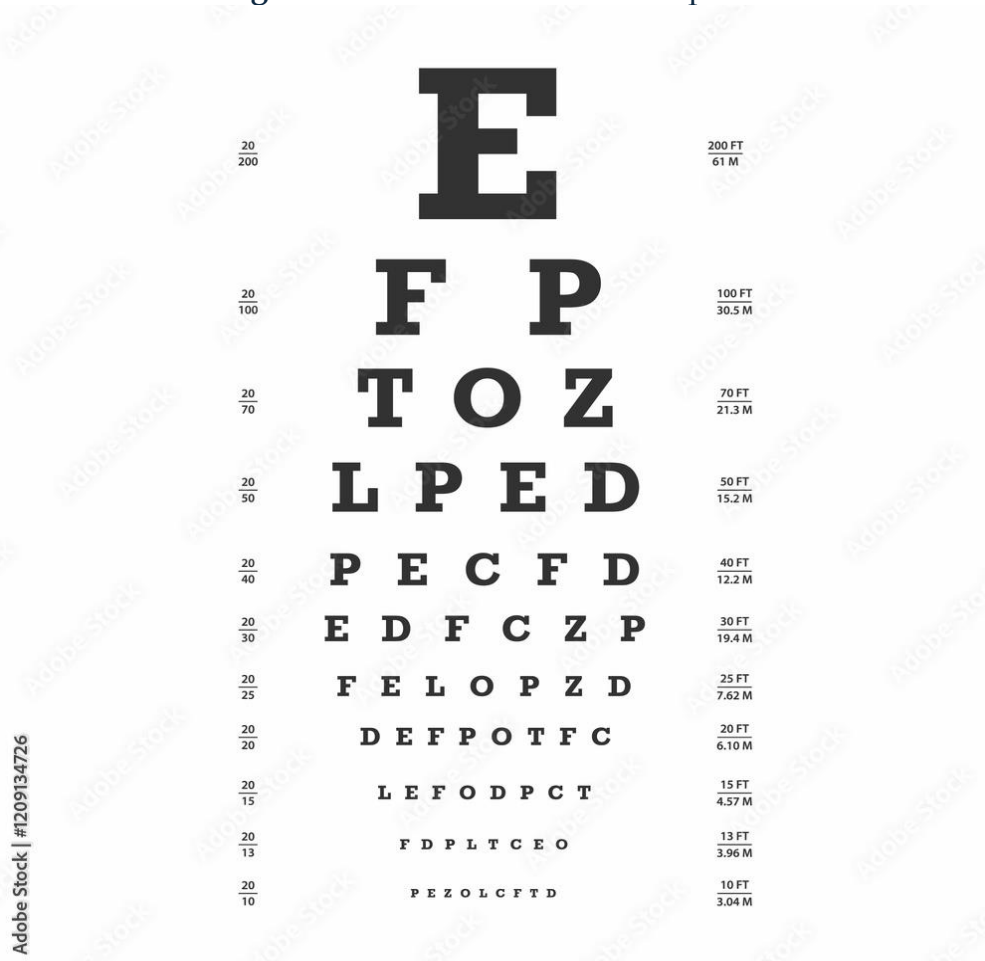
- Fase I: aparecimento do som nítido – corresponde à pressão arterial sistólica (PAS).
- Fase II: batimentos com sopro – com dilatação da artéria pressionada, a contracorrente reverbera e cria sopros na parede dos vasos.
- Fase III: sopro desaparece – os batimentos passam a ser mais audíveis e acentuados.
- Fase IV: abafamento dos sons – os batimentos se tornam menos acentuados.
- Fase V: desaparecimento total do som ao se restabelecer o calibre normal da artéria – corresponde à pressão arterial diastólica nos adultos.
- Hiato auscultatório: desaparecimento dos sons durante a última parte da fase I e na fase II, podendo cobrir intervalos entre 30-40 mmHg durante a desinsuflação, o que pode subestimar a medida da pressão arterial. Por esse motivo deve-se realizar a aferição da pressão arterial utilizando o método palpatório antes do método auscultatório.

## 5. Examinar os olhos

Inspeção geral: Simetria facial, posição dos olhos, pálpebras (ptose, retração), pestanas, córnea aparente, conjuntiva (coloração, hiperemia), presença de secreção, lesões, nódulos (chalázio, terçol).

Acuidade visual: Teste monocular: Snellen (distância ~6 m) ou equivalente; registrar a melhor correção (com óculos/sem).

Fig. 1 - Escala de Snellen adaptada



Fonte: [www.stockadobe.com](http://www.stockadobe.com)

Campo visual: Teste confrontacional (comparar com examinador).

Motilidade ocular: Esse exame envolve a avaliação da musculatura extrínseca (movimento do globo ocular) e intrínseca (contração pupilar) dos olhos, assim como a avaliação dos nervos ópticos, oculomotores, abducentes e troclear.

- Musculatura ocular extrínseca

Pedir ao paciente que acompanhe com os olhos a ponta do seu dedo sem mover a cabeça, seguindo um padrão em 'H' (ou em figura de losango) que aborde os movimentos principais: olhar para cima, para baixo, adução e abdução. Nesse exame avaliamos os movimentos responsáveis pelos seguintes nervos cranianos:

III par – nervo oculomotor: movimento do globo ocular para cima, para baixo e adução;

IV par – nervo troclear: movimento do globo ocular para baixo e para dentro

VI par – abducente: abdução do globo ocular.

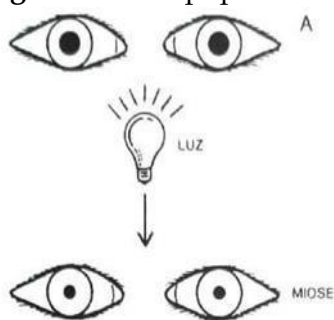
- Musculatura ocular intrínseca

Reflexo fotomotor: Nesse reflexo avaliamos a contração pupilar ao estímulo luminoso. O reflexo fotomotor direto avalia a contração pupilar do olho que recebe o estímulo. Já o fotomotor indireto avalia a contração pupilar do olho contralateral ao que recebeu o estímulo luminoso. Tal reflexo avalia a aferência do nervo óptico e o comando eferente do nervo oculomotor.

O reflexo fotomotor indireto ocorre porque a aferência vai pelo nervo óptico ao núcleo pré-tectal, com projeção bilateral aos núcleos de *Edinger-Westphal*, provocando a resposta contralateral.

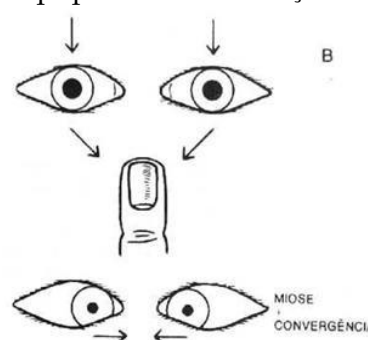
A pupila também reage ao estímulo luminoso (Fig.2) e aos movimentos de convergência e acomodação dos globos oculares (Fig.3). O esfíncter ou músculo constritor da pupila é innervado pelo sistema parassimpático através do III par craniano (nervo oculomotor). Quando as fibras deste nervo forem excitadas haverá constrição da pupila (miose). Se houver lesão dessas fibras ou ausência de estímulo ocorrerá dilatação da pupila (midríase).

**Fig. 2 - Reflexo pupilar à luz**



Fonte: Viera Romeiro, 1980.

**Fig. 3 - Reflexo pupilar à acomodação-convergência**



Fonte: Viera Romeiro, 1980

## 6. Examinar a boca

Para preparar o paciente, deve-se solicitar que abra bem a boca e projete a língua para fora, apontando-a para frente (ou levemente para baixo). Com o auxílio de uma lanterna, é necessário:

- Avaliar os lábios: coloração, integridade, presença de lesões, fissuras ou úlceras.
- Observe a mucosa e avalie: coloração, umidade, presença de manchas, placas ou lesões.

- c. Examine a língua: presença de saburra, ulcerações, nódulos ou alterações da cor.
- d. Analisar o assoalho da boca: inspeção de glândulas salivares, presença de lesões ou secreções anormais.
- e. Observar o palato duro e mole: integridade, coloração e simetria
- f. Avaliar úvula e orofaringe: posição, simetria, presença de hiperemia, placas ou exsudatos.
- g. Verificar o estado dentário e gengival: presença de cáries, fraturas, próteses, sangramento ou inflamação gengival.

Uso do depressor (se necessário):

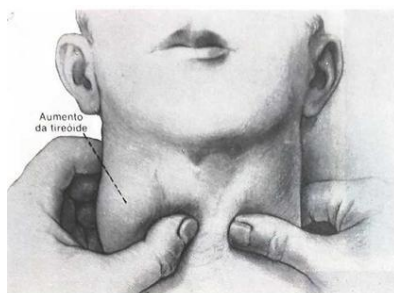
Segurar o depressor entre polegar e indicador; posicioná-lo na linha média anterior da língua, mantendo a língua dentro da cavidade oral, e pressionar suavemente para baixo sem exercer força que provoque náusea. Informar ao paciente sobre a manobra e pedir que respire pelo nariz. Usar luvas quando houver risco de contato com secreções ou lesões, e evitar manobra vigorosa em pacientes com reflexo faríngeo acentuado ou diminuição do nível de consciência.

## **7. Realizar a palpação da tireoide e de linfonodos de cabeça e pescoço**

Palpação da tireoide:

Técnica (frente ao paciente): Com o paciente ligeiramente inclinado para frente e pescoço relaxado, posicionar-se à frente. Colocar os polegares lateralmente à traqueia e os demais dedos apoiados abaixo do pomo de Adão; pedir para o paciente engolir e palpe os lobos tireoidianos durante a deglutição, procurando aumento, nódulos ou sensibilidade.

**Fig. 4 - Palpação da tireoide em posição anterior**



Técnica (de trás do paciente): Colocar-se atrás do paciente; apoiar as palmas das mãos na nuca e usar os índices e médios (ou polegares por fora) para aprisionar e palpar os lobos tireoidianos enquanto o paciente engole."

**Fig. 5 - Palpação da tireoide em posição posterior**

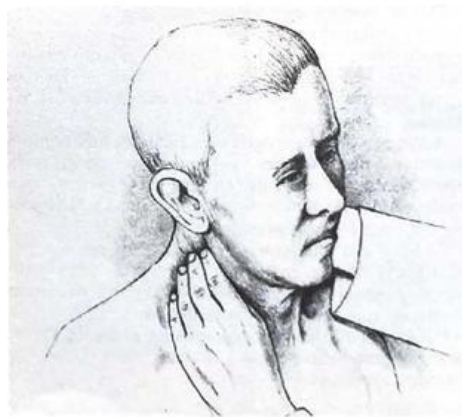


Terminologia/achados: Padronizar descrição: tamanho (cm), forma (difuso/nodular), consistência (macia, elástica, firme, pétrea), mobilidade (móvel durante deglutição), dor à palpação (presente/ausente) e presença de nódulos (único/múltiplo – medir e descrever).

Palpação de linfonodos:

Palpar linfonodos, inclinando a cabeça para o lado a ser palpado, com polpas digitais em movimentos circulares, cobrindo as cadeias anatômicas da cabeça e do pescoço. Descrever: localização (cadeia), número, tamanho (<1 cm; 1-2 cm; >2 cm), forma (ovoide/arredondado/irregular), consistência (mole, firme, pétrea), mobilidade (móvel/fixo), sensibilidade (doloroso/indolor) e sinais inflamatórios locais.

**Fig. 6 - Três principais cadeias de linfonodos do pescoço: 1. Submandibular; 2. Jugular Interna; 3. Cadeia acessória**



A inclinação da cabeça para o lado a ser palpado facilita o exame porque relaxa o músculo esternocleidomastóideo

Fonte: Vieria Romeiro, 1980

## **8. Realizar o exame da pele e fâneros dos membros superiores**

Deve-se avaliar as características da pele de preferência sob a luz natural:

- Coloração: pode-se notar a presença de palidez, vermelhidão ou eritrose, cianose, icterícia, hipericarotenemia e bronzeamento.
- Umidade: deve-se passar as mãos – pode ser seca, normal ou apresentar umidade aumentada.
- Textura: passar a ponta dos dedos – pode ser normal, áspera, enrugada ou fina.
- Espessura: pinçar a pele do esterno, antebraço ou abdome – pode ser normal, atrofica, hipotrófica ou hipertrófica.
- Temperatura: deve ser pesquisada com o dorso da mão, comparando simetricamente cada segmento analisado.
- Elasticidade: pinçar a pele – pode ser normal, aumentada ou diminuída. Avaliar mobilidade.
- Turgor: soltar a pele pinçada e avaliar o retorno; analisar a hidratação da pele.

Outro aspecto fundamental a ser observado é a distribuição de pelos, cor e pigmentação (p. ex., hiperpigmentação na hemocromatose e na cirrose biliar). Quando houver excesso de pelos, é importante a diferenciação entre hirsutismo e hipertricose.

No hirsutismo, ocorre crescimento excessivo de pelos terminais em áreas tipicamente masculinas, como face, queixo, tórax, coxas e triângulo pélvico superior. Pode ser constitucional, idiopático e androgênico.

A hipertricose é caracterizada por aumento generalizado dos pelos, e está geralmente associada a determinadas etnias, doença sistêmica ou uso de medicamentos.

## 9. Realizar a palpação dos pulsos radiais

Nesse exame o objetivo é avaliar a presença e simetria do pulso radial. A artéria radial, deve ser palpada em face anterior do punho, lateral ao tendão do músculo flexor radial do carpo. Cabe ao avaliador comparar ambos os lados e classificar os pulsos como simétricos quando apresentam as mesmas características de amplitude, ritmo (regular ou irregular), tempo (isócronos) e intensidade (isóbaros).

## 10. Pesquisar os reflexos patelares

Colocar o paciente com joelho relaxado e membro pendente; percutir o tendão infrapatelar com o martelo de reflexo, observando extensão brusca do membro. Se necessário, apoiar a mão sob o joelho para relaxamento. Graduar o reflexo de 0 a 4+: 0 ausente; 1+ hipotonus; 2+ normorreflexia; 3+ hiperreflexia; 4+ hiperreflexia com resposta clônica. Documentar simetria.

**Fig. 7 -** Avaliação do reflexo patelar com o paciente sentado



Fonte: Rocco, José Rodolfo (2022, p. 345).

No paciente deitado:

### 1. Realizar otoscopia

O examinador deve utilizar o polegar e o indicador da mão apreendendo o pavilhão auricular e tracionando para cima e para trás enquanto a outra mão leva o espéculo auricular ao meato acústico e nele o introduz. A inspeção consiste na identificação da membrana timpânica com aspecto cinza-pérola e na descrição se há algum pólipolo, escoriação, furúnculos ou processos inflamatórios.

**Fig. 8 - Otoscopia: ao introduzir o otoscópio**



Fonte: Rocco, José Rodolfo (2022, p. 103).

**Fig. 9 - Membrana timpânica normal**



Fonte: <https://www.msmanuals.com/>

2. Aferir a pressão arterial no membro superior direito

Repetir a técnica de aferição da pressão arterial posicionando-se à direita do paciente deitado.

3. Realizar a ausculta das carótidas

Auscular cada lado em três níveis (próximo à base do pescoço, ao longo do corpo da carótida, e perto do ângulo da mandíbula), mantendo leve contato sem pressionar excessivamente. Pedir ao paciente para expirar e prender a respiração por alguns segundos para reduzir ruídos respiratórios e ouvir por vários ciclos cardíacos, comparando

bilateralmente; documentar presença de outros ruídos (localização, intensidade, timbre, irradiação) e quaisquer achados diferentes do som carotídeo.

#### 4. Realizar a ausculta cardíaca

Concomitante à ausculta cardíaca, para a identificação correta das bulhas cardíacas, deve ser palpado o pulso radial. Colocar o diafragma sobre o foco mitral e, ao mesmo tempo, palpar o pulso radial do braço direito. Definir a primeira bulha (som síncrono ao impulso do pulso radial).

#### 5. Realizar a percussão do espaço de Traube, palpação superficial e profunda.

O espaço de Traube é uma área semilunar à esquerda do tórax, delimitada superiormente pela 6ª costela, pela linha axilar anterior e inferiormente pelo rebordo costal; situa-se sobre a porção gástrica e entre o pulmão e o estômago (normalmente com bolha gástrica).

#### Técnica de percussão

- Estender o dedo médio (ou indicador) e apoie a falange distal firmemente sobre a superfície corporal, mantendo os dedos adjacentes elevados e sem contato.
- Com a mão dominante, utilize o plexor (normalmente o dedo médio) para dar um golpe curto e percussivo na falange distal do dedo plexímetro, golpeando perpendicularmente e de forma rápida, não longa.
- O movimento deve vir do pulso, não do ombro; evitar pressão excessiva do plexímetro contra a pele.
- Percuta toda a área do espaço de Traube.

Normalmente som timpânico (devido à bolha gástrica).

#### 6. Realizar a palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores.

Nesse exame o objetivo é avaliar a presença e simetria desses pulsos, nas seguintes localizações:

- Pulso pedioso: artéria dorsal do pé, sendo palpada lateral ao músculo do extensor longo do hálux;
- Pulso tibial posterior: artéria tibial posterior, sendo palpada na região posterior e inferior ao maléolo medial.

Cabe ao avaliador comparar ambos os lados e classificar os pulsos, assim como na avaliação dos pulsos radiais, como simétricos quando apresentam as mesmas características de amplitude, ritmo (regular ou irregular), tempo (isócronos) e intensidade (isóbaros).

#### 7. Pesquisar a presença de edema de membros inferiores.

Avaliar edema comprimindo com o polegar por 5 segundos no dorso do pé, região retromaleolar e pré-tibial; observar formação de cacifo (sinal do Godet) e tempo de recuo. Graduação do *pitting* edema: 1+ leve ( $\leq 0,6$  cm); 2+ moderado (0,6–1,3 cm); 3+ acentuado (1,3–

2,5 cm); 4+ severo (>2,5 cm) — ou descrever extensão anatômica (maleolar, terço médio, nível do joelho, raiz da coxa, generalizado). Documentar simetria, sinais inflamatórios (rubor, calor, dor) e considerar trombose venosa profunda se edema unilaterais assimétricos. Exemplo de categorização do edema: maleolar (+); terço médio da perna (++); nível do joelho (+++); raiz da coxa (++++); generalizado (anasarca).

**Fig. 10** - Pesquisa de cacifo sobre a região tibial em edema de membro



Fonte: Rocco, José Rodolfo (2022, p. 251).

#### REFERÊNCIAS

ROMEIRO, Vieira. **Semiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

ROCCO, José Rodolfo. **Semiologia médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN / Guanabara Koogan, 2022.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019