



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental.

Laboratório de Habilidades Médicas



***Manual Teórico
de Semiotécnica Médica.***

**Volume 01
Exame Físico Geral.
QUANTITATIVO**



Belém - Pará

2016



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Laboratório de Habilidades Médicas
Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental.

Reitor da UEPA:

Prof. Dr. Juarez Antônio Simões Quaresma

Vice Reitor

Prof. Rubens Cardoso da Silva

Pró-reitor de pesquisa:

Prof. Douglas Rodrigues da Conceição

Pró-reitora de extensão:

Prof.^a Dr.^a Mariane Cordeiro Alves Franco

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde:

Prof.^a Dr.^a Ilma Pastana Ferreira

Coordenadora do Curso de Medicina:

Prof.^a Dr.^a Elaine Xavier Prestes

Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental:

Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

Trabalho desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental como um dos produtos da tese da pós-graduanda Dr.^a Ana Paula Santos Oliveira Brito, sob orientação do Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito.

REPRODUÇÃO PROIBIDA

Nenhuma parte desta obra, ou sua totalidade poderá ser reproduzida sem a permissão por escrito dos autores, quer por meio de fotocópias, fotografias, “scanner”, meios mecânicos e/ou eletrônicos ou quaisquer outros meios de reprodução ou gravação. Os infratores estarão sujeitos a punição pela lei 5.988, de dezembro de 1973, artigos 122-130 e pela lei do Direito Autoral, nº 9.610/98.

© Direitos de cópias / Copyright 2016
por / by / MESTRADO CIPE / UEPA
Belém, Pará, Brasil

AUTORES

Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

Dr.^a Ana Paula Santos Oliveira Brito

Dr.^a Rafaela de Souza Dias Neves

Dr.^a Louise Tandaya Bendahan

COLABORADORES

Amanda Silva da Silva

Brisa da Silva Lopes

Daniela Vale Dias

Danilo Dantas Figueiredo

Flávia Dias Alcântara de Oliveira

Luan Teles Ferreira De Carvalho

Pamella Fonseca Barbosa

Poliana Soares de Souza

Rodrigo Paracampo Couteiro

Wescley Miguel Pereira da Silva

PESO, ALTURA, IMC E TEMPERATURA

PESO

Empregam-se dois tipos de balança:



As balança antropométricas comuns



As Balanças digitais

Para o recém-nascido é necessário balança própria que suportam até 15kg; e para os pacientes acamados usa-se a cama-balança.



CUIDADOS:

- TARE a balança antes da aferição.
- O paciente deve estar descalço, apenas com suas roupas íntimas.
- No caso de impossibilidade dessa situação ideal, lembrar de subtrair o peso da vestimenta que fica normalmente entre 1,0 a 1,5kg.
- Nunca deve se arredondar o valor encontrado.

SEMIOTÉCNICA:

- Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado, pedindo seu consentimento.
- Paciente com os pés unidos ao centro e de frente da balança.
- Indagar ao paciente valor da última aferição realizada.
- Regular primeiramente o cursor correspondente às dezenas e depois o referente às unidades de quilogramas.
- Pedir ao paciente que desça da balança para avaliação do resultado.

Descrição

O peso aferido para o paciente _____ foi de X kilos e Ygramas. (valor encontrado).

IMC	Graus	Tipos
< 18,5	Excesso de magreza	Abaixo do peso
18,6 a 25,0	Peso normal	Peso ideal
25,1 a 30,0	Excesso de peso	Sobrepeso
30,1 a 35,0	Obesidade grau I	Obesidade moderada
35,1 a 40,0	Obesidade grau II	Obesidade severa
40,1 a 50,0	Obesidade grau III	Obesidade mórbida
>50,0	----	Super Obesidade

ALTURA

Na prática diária, a única medida rotineira no adulto é a planta-vértice (planta dos pés ao vértice da cabeça).

Determina-se por meio de uma haste centimetrada que acompanha as balanças ergométricas ou que se afixa à uma parede.

Na criança, recomenda-se medir a altura na posição deitada até os 4 anos de idade, usando uma régua graduada com uma placa fixa no zero e um cursor. Após esta idade mede-se a altura na posição de pé.

CUIDADOS:

- Paciente deve estar descalço.
- Não arredondar o valor encontrado.

SEMIOTÉCNICA:

- Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado, pedindo seu consentimento.
- Paciente em posição ereta de costas para haste centimetrada, olhando para um ponto fixo, na altura dos olhos, com a cabeça reta.
- Observador deve posicionar o cursor no centro da cabeça do paciente e avaliá-lo de frente em busca de desvios laterais ou necessidade de re-posicionamento do cursor.
- Após fixação da haste utilizada, pede-se ao paciente que se desloque do equipamento para avaliação do valor encontrado.

DESCRIÇÃO:

A altura aferida para o paciente _____ foi de X metros e Y centímetros. (valor encontrado).

TEMPERATURA

Há inúmeros tipos de termômetro, todos com leitura a base de coluna de mercúrio ou digital.

Termômetros de mercúrio



Termômetros digitais



Axilares, bucais ou retais



Frontais em fita



Frontais digitais



Otológicos

CUIDADOS:

- O local habitual é o cavum axilar, mas ela também pode ser tomada na boca e reto. É vital conhecer as diferenças fisiológicas existentes entre os três locais
- A temperatura retal e a bucal de modo geral são 0,5°C maiores que a axilar.
- A temperatura ambiente altera os valores no momento da aferição, assim como exercício físico intenso realizado.
- Deve se pedir ao paciente que retire a camisa ou blusa, no caso da temperatura axilar, para análise fidedigna do resultado.
- Não arredondar os valores.
- Nas mulheres, o efeito da ovulação sobre a temperatura corporal, podendo aumentá-la em até 1°C.

SEMIOTÉCNICA:

- Lavar as mãos.
- Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado, pedindo seu consentimento.
- Deve-se “abaixar” a torre de mercúrio para valores abaixo de 35° através de movimentos com o termômetro que lembram um “chicotear”.
- Posicionar o termômetro no local eleito (axilar, bucal, retal, etc).
- Aguardar 3 minutos.
- Efetuar a leitura contra a barra amarela.

Obs: no termômetro digital devemos manter o termômetro no local eleito até que se ouça um “beep”, indicando que a leitura foi completada.

DESCRIÇÃO:

A aferição da temperatura _____ (local da aferição) do paciente _____ foi observada temperatura de X graus Celcius.

PRESSÃO ARTERIAL

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

1- Esfigmomanômetro



Mecânico
de Coluna
de Mercúrio



Mecânico
Aneróide



Digital

2 - Estetoscópio

SEMIOTÉCNICA:

- 1- Apresentar-se, explicar o exame ao paciente e pedir autorização para sua execução. Lembrar de lavar as mãos antes de tocar no paciente e limpar o estetoscópio com álcool.
- 2- Antes de iniciar a aferição da pressão arterial perguntar ao paciente como ele chegou até o consultório (andando, correndo, bicicleta, carro, etc), se fez exercícios físicos nos últimos 60 minutos, há quanto tempo fez alguma refeição, se ingeriu café ou fumou, ou ainda se fez uso de algum medicamento. Estes questionamentos são importantes, pois podem interferir nos valores da PA. Por isso, pedir que o paciente aguarde pelo menos 5 minutos em repouso, de preferência em um ambiente calmo, instruindo-o a não conversar durante a realização do exame.

ATENÇÃO: paciente não pode estar de perna cruzada.

- 3- Palpar o pulso da artéria braquial e posicionar o manguito sobre esta e a 2cm acima da fossa cubital. Em seguida, palpar o pulso da artéria radial para execução do método palpatório, que

consiste em insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso radial, que será a pressão sistólica estimada.

- 4- Desinsuflar o manguito lentamente e esperar entre 1 e 3 minutos para aferir novamente a pressão.
- 5- Insuflar novamente com 20 a 30 mmHg acima do valor estimado para a pressão sistólica através do método palpatório. Soltar o ar de maneira contínua (2 a 3 mmHg/seg).

O primeiro som ouvido será o do valor sistólico (fase I de Korotkoff).

O último som ouvido será o do valor diastólico (fase V de Korotkoff).

Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.

Retirar o manguito e agradecer ao paciente.

SONS DE KOROTKOFF		
Fases	Sons	Base teórica
I	Claro, súbito, forte.	Pressão da bolsa = pressão sistólica.
II	Batimentos com sopro.	Dilatação da artéria pressionada criando fluxo turbilhonado.
III	Desaparecimento dos sopros, sons mais nítidos e intensos.	A artéria continua a se dilatar com a diminuição da pressão do manguito.
IV	Os sons tornam-se abruptamente mais suáveis e abafados.	Pressão da bolsa = pressão diastólica.
V	Desaparecimento dos sons	Restabelecimento do calibre normal da artéria

Descrição:

À aferição da pressão arterial do membro superior direito ou esquerdo (braço D o E) do paciente _____, observou-se PA sistólica de X mmHg e PA diastólica de Y mmHg.

- Obs:**
- a) Não esquecer de referir quando o exame foi prejudicado;
 - b) Não pendurar o estetoscópio no pescoço, pois o mesmo pode bater no paciente;
 - c) Deixar o paciente em posição confortável;
 - d) Aferir a pressão sempre nos dois membros, que devem ter a pressão aferida no mesmo nível. Caso não seja possível, relatar a causa.

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL:

Classificação	Pressão sistólica	Pressão diastólica
ótima	<120 mmHg	<80 mmHg
Normal	<130 mmHg	<85 mmHg
Limítrofe	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensão 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensão 2	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensão 3	> 180mmHg	> 110 mmHg
Hipertensão sistólica isolada	>140 mmHg	< 90 mmHg

PALPAÇÃO DOS PULSOS ARTERIAIS

PREPARO ANTES DO EXAME

- Local com iluminação adequada.
- Lavagem das mãos.
- Apresentação ao paciente
- Esclarecimento do exame a ser realizado
- Perguntar se o paciente está sentindo alguma dor ou desconforto no momento.
- Pedir consentimento do paciente para realização do exame.

SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO: o exame dos pulsos arteriais se faz com base no conhecimento anatômico do sistema vascular.

A palpação é realizada com as polpas digitais e a face ventral dos dedos indicador e médio.



Em geral, o paciente se posiciona em decúbito dorsal ou sentado e o examinador se dispõe em pé, à direita do paciente.

AVALIAÇÃO DOS PULSOS

ESTADO DA PAREDE ARTERIAL: Liso, rugoso, tortuoso, irregular, endurecida, etc.

FREQÜÊNCIA: Número de batimentos por minuto, que varia de 60 a 100 bpm.

- Taquisfigmia: > 100 bpm.
- Bradisfigmia: < 60 bpm.

RITMO: Regularidade do tempo entre as ondas de pulso.

CELERIDADE: Velocidade de enchimento e esvaziamento do pulso.

AMPLITUDE: Altura que a onda de pulso alcança. Classifica-se o pulso em amplo ou *magnus*, mediano e pequeno ou *parvus*.

PLENITUDE: Sensação de eficiência da transmissão da onda de pulso.

DUREZA: Força necessária para pressionando, fazer o pulso desaparecer.

- Pulso mole: se for pequena a pressão necessária para interromper as pulsações
- Pulso duro: se a interrupção exigir forte pressão
- Tensão mediana: situação intermediária

SIMILITUDE COM O HOMÔNIMO: Averigua-se a igualdade ou desigualdade dos pulsos, palpando simultaneamente as artérias periféricas homólogas.

Descrição fisiológica:

À palpação do pulso da artéria _____ do paciente _____ foram observadas as seguintes características: parede arterial lisa, mole e de percurso retilíneo, com frequência de ____ batimentos por minuto, rítmico, medianamente célere, medianamente amplo, medianamente cheio, medianamente duro e similar ao homônimo.

Descrição Patológica:

À palpação do pulso da artéria _____ do paciente _____ foram observadas as seguintes características: parede arterial tortuosa, dura e de percurso tortuoso, com frequência de ____ batimentos por minuto, arrítmico, tardio, amplo, cheio, duro e similar ao homônimo.

PULSOS ARTERIAIS:

- Pulso Temporal Superficial:

- Localização: Fossa temporal.

- Pulso Facial:

- Localização: ao nível do ângulo da mandíbula.

- Pulso Carotídeo:

- Paciente em decúbito dorsal com a cabeça levemente fletida. Faz-se a palpação com as polpas dos dedos indicador e médio.
- Paciente em pé ou sentado com o examinador à sua



frente. Realiza-se a palpação do pulso carotídeo direito com a polpa do polegar esquerdo, enquanto os dedos médio e indicador fixam-se sobre as últimas vértebras cervicais. A mesma técnica é aplicada do outro lado.

- Localização: palpar profundamente à borda anterior do músculo esternocleidomastóideo.

- Pulso Aórtico Torácico:

- Apenas com a polpa digital do dedo indicador;
- Localização: palpar profundamente a incisura jugular ou fúrcula esternal (região entre as clavículas, acima do manúbrio).



- Pulso Axilar:

- Sustentar o braço à 90° com o antebraço do paciente em leve abdução;
- Localização: no oco axilar ou côncavo da axila, comprimir a artéria axilar contra o colo do úmero.



- Pulso Braquial/Umeral:

- Sustentar o antebraço do paciente, fazendo leve flexão sobre o antebraço;
- Mão em garra, utilizar o polegar como ponto de fixação na face lateral do braço;
- Localização: sulco bicipital.



- Pulso Radial:

- A mão do paciente deve repousar na mesa de exame em completa supinação;
- Mão em pinça, com o polegar fixado delicadamente no dorso do punho do paciente;
- Localização: entre a apófise estilóide do rádio e o tendão dos flexores.



- Pulso Aórtico Abdominal:

- Palpação profunda bimanual na região epigástrica;
- Facilmente palpada em pacientes magros e dificilmente em obesos;
- Localização: pressionar a aorta contra a coluna vertebral no ponto médio entre o apêndice xifóide e a cicatriz umbilical.



- Pulso Ilíaco (ramo pudendo):

- Localização: cerca de 4 cm lateral à sínfise púbica.



- Pulso Poplíteo: (difícil palpação)

- Paciente em decúbito dorsal com a perna do paciente em posição semifletida;
- Segurar o joelho do paciente com as duas mãos, fixando os polegares na rótula e aprofundando os dedos indicadores, médios e anulares na face posterior do joelho;
- Localização: região média do oco poplíteo ou côncavo do joelho.



- Pulso Tibial Posterior:

- Pedir para o paciente flexionar levemente o joelho;
- Mão em pinça, com o polegar fixado na região maleolar externa;
- Localização: região retromaleolar interna.



- Pulso Fibular:

- Pedir para o paciente flexionar levemente o joelho;
- Mão em pinça, com o polegar fixado na região maleolar interna;
- Localização: região retromaleolar externa.



- Pulso Pedioso:

- O paciente mantém o joelho levemente flexionado;
- Examinador: com uma das mãos, fixar o pé do paciente em dorsiflexão;
- Localização: palpar entre o primeiro e o segundo metatarsianos.
- Pode apresentar variações. Caso não palpada no local habitual, procurar em toda a extensão do dorso do pé.



Obs:

Nem todas as características podem ser observadas em todas as artérias.

Nas artérias profundas poucas são as características observáveis.

A artéria femoral é impalpável.

As artérias poplíteas geralmente são impalpáveis.

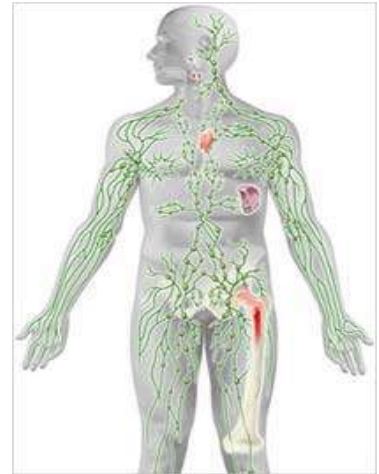
Ao se palpar a artéria pediosa, a tibial deve estar pouco palpável e vice-versa.

Não se devem palpar ambas as artérias carótidas ao mesmo tempo, para evitar o risco de isquemia cerebral nos pacientes que apresentem oclusão de uma delas.

PALPAÇÃO GANGLIONAR

PREPARO ANTES DO EXAME

- Local com iluminação adequada.
- Lavagem das mãos imediatamente antes do exame.
- Apresentação ao paciente.
- Esclarecimento do exame a ser realizado.
- Perguntar se o paciente está sentindo alguma dor ou desconforto.
- Pedir consentimento do paciente para realização do exame.



Fonte: shuman.com.br

SEMIOTÉCNICA DE PALPAÇÃO

- O exame dos gânglios linfáticos ou linfonodos se faz por meio da palpação. Esta é realizada com as polpas digitais e a face ventral dos dedos indicador, médio e anular.
- De modo geral a pele deve ser deslizada em movimentos circulares sobre o gânglio a ser palpado.
- As posições do paciente e examinador variam de acordo com a cadeia ganglionar a ser pesquisada.

CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS

- TAMANHO DO GÂGLIO: Dar em cm ou aproximar com elementos conhecidos (arroz, milho, azeitona).
- CONSISTÊNCIA: Mole, elástico ou duro.
- PONTO DE FLUTUAÇÃO: Flutuante ou não flutuante.
- MOBILIDADE: Móvel ou fixo.
- SENSIBILIDADE: Indolor (normal ou tumor) ou doloroso (inflamação).

- **COALESCÊNCIA:** coalescente (2 ou + gânglios juntos como uvas em 1 cacho apertado) ou não coalescente.
- **ALTERAÇÕES TRÓFICAS DA PELE:** Lesões como retrações ou ulcerações sobre o gânglio.

DESCRIÇÃO FISIOLÓGICA

Quando não for palpável: À palpação da cadeia ganglionar _____ do paciente _____ não foram observados gânglios palpáveis.

Quando for palpável: À palpação da cadeia ganglionar _____ do paciente _____ foram observados dois gânglios com as seguintes características: ambos do tamanho de um caroço de azeitona, de consistência mole ou dura, com ou sem ponto de flutuação, móvel ou imóvel, doloroso ou indolor, coalescente ou não coalescente, com ou sem alterações tróficas da pele (especificar qual alteração).

DESCRIÇÃO PATOLÓGICA

À palpação da cadeia ganglionar _____ do paciente _____ foram observados inúmeros gânglios infartados do tamanho de um caroço de milho, duros, não flutuantes, móveis, dolorosos, alguns coalescentes, sem apresentar alterações tróficas da pele.

CADEIAS OU GRUPOS GANGLIONARES

- **Cadeia occipital** (abaixo da protuberância occipital externa, linha nugal superior).

➤ **Drenagem:** couro cabeludo, pavilhão externo e orelha interna.

- Paciente sentado;
- Examinador atrás do paciente;
- Localização da protuberância occipital externa;
- Mãos estendidas/espalmadas;
- Movimentos latero-laterais.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- **Cadeia retroauricular (atrás do pavilhão externo, desde a hélix até o lóbulo da orelha externa).**

➤ **Drenagem:** couro cabeludo, pavilhão externo e orelha interna.

- Paciente sentado;
- Examinador atrás do paciente;
- Localização da cadeia;
- Mãos estendidas/espalmadas;
- Movimentos circulares.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- **Cadeia júbulo-carotídea (bordo posterior do músculo esternocleidomastóideo).**

➤ **Drenagem:** orofaringe, cavidade bucal e glândulas salivares.

- Paciente sentado;
- Examinador atrás do paciente;
- Localização do músculo esternocleidomastóideo (solicitar que o paciente vire o rosto para um lado e depois para outro);
- Mãos estendidas/espalmadas;
- Movimentos circulares.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- **Cadeia esternocleidomastóidea (borda anterior do músculo esternocleidomastóideo).**

➤ **Drenagem:** orofaringe, cavidade bucal e glândulas salivares.

- Paciente sentado;
- Examinador atrás do paciente;



- Localização do músculo esternocleidomastóideo (solicitar que o paciente vire o rosto para um lado e depois para outro);

- Mãos em garra;
- Movimentos de deslizamento súpero-inferiores.

- **Cadeia submandibular (abaixo do ramo da mandíbula, desde o ângulo até as proximidades do mento).**

➤ **Drenagem:** orofaringe, cavidade bucal e glândulas salivares.

- Paciente sentado;
- Examinador a frente do paciente;
- Localização da cadeia;
- Mãos em garra;
- Movimentos de deslizamento ântero-posteriores.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- **Cadeia submentoniana (abaixo do mento).**

➤ **Drenagem:** orofaringe, cavidade bucal e glândulas salivares.

- Paciente sentado;
- Examinador a frente do paciente;
- Localização da cadeia;
- Dedos em pinça (pesquisa é feita com duas polpas digitais e polegar apoiando na sínfise do mento);
- Movimentos circulares.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- Cadeia espinhal (bordo superior do músculo trapézio).

➤ **Drenagem:** órgãos intra-torácicos e intra-abdominais.

- Paciente sentado;
- Examinador atrás do paciente;
- Localização do músculo trapézio – borda superior;
- Mãos em garra;
- Movimentos de deslizamento látero-laterais.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- Cadeia cervical-transversa (fossa cervical – “saboneteira”).

➤ **Drenagem:** órgãos intra-torácicos e intra-abdominais.

- Paciente sentado;
- Examinador atrás do paciente;
- Localização da fossa cervical;
- Mãos estendidas/espalmadas;
- Movimentos circulares.
- *Nódulo de Virchow: cervical-transversa à esquerda – metástase de neoplasia gástrica.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- Cadeia retro-peitoral (sulco do músculo peitoral maior).

➤ **Drenagem:** parede torácica, órgãos intratorácicos, mama e membros superiores.

- Paciente sentado;
- Examinador a frente do paciente;
- Localização do sulco do músculo peitoral maior;
- Mãos em garra (polegar apoiando na mama);
- Movimentos de deslizamento látero-laterais.



- Cadeia axilar (fossa axilar: linha axilar anterior, média e posterior).

➤ **Drenagem:** parede torácica, órgãos intratorácicos, mama e membros superiores.

- Paciente em pé (braço do paciente estendido e relaxado com a mão apoiada no ombro do examinador);
- Examinador a frente do paciente;
- Localização das linhas axilar anterior, média e posterior;
- Mãos em garra;
- Movimentos de deslizamento súpero-inferiores.

*Na linha axilar média pode-se realizar a palpação com a mão espalmada/estendida e movimentos circulares.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- Cadeia epitrocleana (sulco troclear da articulação úmero-ulnar).

➤ **Drenagem:** membros superiores.

- Paciente sentado;
- Examinador ao lado a ser examinado do paciente;
- Localização do sulco troclear;
- Mãos em garra;
- Movimentos de deslizamento látero-laterais.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- Cadeia inguinal (ligamento inguinal – espinha ilíaca ântero-superior até a sínfise púbica).

➤ **Drenagem:** genitália externa, períneo, ânus, órgãos genitais internos e membros inferiores.

- Paciente em decúbito dorsal;
- Examinador ao lado direito do paciente;
- Localização do ligamento inguinal;
- Mãos estendidas;
- Movimentos circulares e de deslizamento margeando o ligamento inguinal.



Fonte: Protocolo de Pesquisa

- Cadeia poplíteia (fossa poplíteia, entre os tendões do bíceps da perna e do semitendíneo).

➤ **Drenagem:** membros inferiores. (difícilmente são palpados gânglios).

- Paciente em decúbito dorsal;
- Examinador ao lado direito do paciente;
- Semi-flexão da perna do paciente a ser examinada;
- Localização da fossa poplíteia;
- Mãos em garra;



- Movimentos de deslizamento margeando medialmente os tendões do bíceps da perna e do semitendíneo.

Fonte: Protocolo de Pesquisa

➤ Bibliografia

Souza, Bettina Ferro de. **Manual de propedêutica médica**. 3. ed. Belém. Cejup, 1995.

Porto, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014.