

## TÉCNICA DE EXAME FÍSICO DA CABEÇA E PESCOÇO

Deivide Santos Gonçalves<sup>1</sup>, Larissa Silva Ferreira Lima<sup>1</sup>, Tania Regina de Oliveira<sup>1</sup>

Márcia Féldreman Nunes Gonzaga<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este trabalho trata-se de uma análise metodológico do Exame Físico, etapa relevante para o planejamento do cuidado do enfermeiro, busca avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Este exame deve ser realizado de maneira sistematizada, nosentidocéfalo-caudal, através de uma avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo. O nosso propósito é esclarecer e orientar como é feito um exame físico é realizado começando pelo exame da cabeça e do pescoço funciona como revisão da integridade das estruturas anatômicas, que inclui a cabeça, olhos, orelhas, nariz, boca, faringe e pescoço (linfonodos, artérias carótidas, glândula tireóide e traquéia). As artérias carótidas também podem ser avaliadas durante o exame das artérias. O profissional precisa ter boa compreensão de cada área anatômica e de sua respectiva função fisiológica normal. Para a avaliação da cabeça e pescoço utilizam-se os métodos de inspeção, palpação e auscultação, sendo que inspeção e palpação são, com frequência, executadas simultaneamente. **Palavras-chave:** Exame físico, cuidados de enfermagem, procedimentos de enfermagem, assistência.

1. Graduandos do 4º semestre de Enfermagem do Centro Universitário Amparense - UNIFIA
2. Docente e Coord. do curso de Enfermagem no Centro Universitário Amparense – UNIFIA

## INTRODUÇÃO

Um exame da cabeça e do pescoço funciona como revisão da integridade das estruturas anatômicas, que inclui a cabeça, olhos, orelhas, nariz, boca, faringe e pescoço (linfonodos, artérias carótidas, glândula tireóide e traquéia). As artérias carótidas também podem ser avaliadas durante o exame das artérias. O profissional precisa ter boa compreensão de cada área anatômica e de sua respectiva função fisiológico normal. Para a avaliação da cabeça e pescoço utilizam-se os métodos de inspeção, palpação e auscultação, sendo que inspeção e palpação são, com frequência, executadas simultaneamente.

**Cabeça:** O profissional deve inspecionar a cabeça do paciente observando tamanho, forma e contornos. O crânio e geralmente arredondado, com proeminências na região frontal anteriormente na área occipital posteriormente. As deformidades cranianas locais são tipicamente provocadas por traumas. Em crianças, uma cabeça muito grande pode ser resultado de anomalias congênitas ou acúmulo de líquido cérebro-espinhal nos ventrículos (hidrocefalia). Os adultos podem apresentar cabeça com dimensões maiores devido a secreção excessiva do hormônio de crescimento (acromegalia).

**Olhos:** Um bom programa preventivo de saúde exige que os pacientes com menos de 40 anos de idade façam um exame completo de visão a cada três ou cinco anos. Após essa idade, o exame deveria ser feito a cada dois anos particularmente com o objetivo de pesquisa para a existência de glaucoma. É importante que o profissional ensine ao paciente os sintomas mais comuns de distúrbios oculares, incluindo dor, fotofobia (sensibilidade a luz), queimação, prurido, lacrimejamento em excesso, oscilações, diplopia (visão dupla), embasamento de visão e aureolas ao redor de focos de luz. A constelação prematura de doenças oculares é de vital importância. O exame de olho inclui a avaliação da acuidade visual, do campo de visão, dos movimentos extra-oculares e de suas estruturas interna e externa.

**Acuidade visual:** A forma mais fácil de iniciar a avaliação da acuidade visual de um paciente é pedir a ele que leia qualquer material impresso disponível. Deve haver iluminação adequada. Se o paciente normalmente usa óculos, estes devem ser mantidos durante a leitura. O profissional deve saber se o paciente é alfabetizado e pode ler. Um paciente com qualquer prejuízo da visão necessitaria da ajuda do profissional na execução de atividades cotidianas.

Para uma avaliação mais exata da acuidade visual, utiliza-se a tabela ocular de Selem. O paciente deveria usar o óculos, a menos que estes tenham sido prescritos para leitura. Posiciona-se o paciente a uma distância de 6m da tabela e pede-se a ele que tente a menor linha impressa possível por três vezes: uma com ambos os olhos, depois com cada olho em separado, enquanto o olho oposto é coberto com um cartão opaco. O numerador é o número 20 ou a distância padrão do paciente em relação a tabela. O denominador é a distância a partir da qual o olho normal

pode ler a tabela. Visão normal é 20/20. Quanto maior o denominador, menor será a acuidade visual desse paciente. Por exemplo, um valor de 20/200 significa que o paciente, permanecendo a uma distância de 20 pés (aproximadamente 6m), poderá ler uma linha que uma pessoa com visão normal pode ler a 200 pés de distância (aproximadamente 60m).

**Campo visual:** Quando uma pessoa olha para frente, todos os objetos na periferia podem normalmente ser visualizados. Para a avaliação dos campos visuais, o profissional coloca o paciente em pé ou sentado a uma distância de 60cm, ao nível dos olhos do examinador. O paciente fecha ou cobre suavemente o olho e olha nos olhos do profissional que está em posição diretamente oposta. Ele fecha seu olho oposto de modo que o campo de visão fique sobreposto ao campo de visão do paciente. O enfermeiro move um dedo para fora do campo de visão e o traz de volta vagarosamente, e então pergunta ao paciente quando ele vê o dedo se aproximar. Se o profissional perceber o dedo antes do paciente, isso revela que uma parte do campo de visão do paciente está reduzida. O procedimento é repetido para cada campo visual.

**Movimentos extra-oculares:** O movimento de cada olho é dirigido por um conjunto de seis pequenos músculos. Os olhos se movem em paralelo um ao outro, em cada direção do olhar. Quando o paciente olha para frente diretamente para o profissional, ele segue o movimento do dedo do examinador através dos oito olhares cardiais. O dedo é mantido a uma distância confortável (15 a 30 cm) do paciente. Este olha para a direita, para a esquerda, para cima, para baixo e diagonalmente para cima e para baixo, para esquerda e para direita. O dedo do examinador fica dentro do campo normal de visão. O paciente não deve mover ou virar a cabeça. A medida que ele olha em cada uma dessas direções, o examinador move o dedo vagarosamente e suavemente. O profissional observa então o movimento paralelo do olho, a posição da pálpebra superior em relação à íris e a presença de movimentos anormais como, por exemplo, nistagmo, que é uma pequena oscilação rítmica dos olhos. O profissional pode provocar esta oscilação em um paciente com movimentos normais dos olhos, simplesmente fazendo com que ele olhe o mais longe possível a esquerda ou a direita. Quando os olhos se movem em cada direção do olhar, a pálpebra superior só cobre discretamente a íris. Distúrbios no movimento ocular refletem lesões locais nos músculos e estruturas de suporte do olho ou, ainda, a existência de um distúrbio dos nervos cranianos que inervam estes músculos.

**Avaliação das estruturas externas:** Para inspecionar a posição e o alinhamento dos olhos, o profissional fica de pé, diretamente em frente ao paciente, ao nível dos olhos e pede a ele que olhe para seu rosto. Em primeiro lugar, ele observa a posição e o alinhamento dos olhos. Estes são normalmente paralelo um ao outro. A saliência dos olhos, a exoftalmia, é normalmente provocada por um distúrbio da tireóide. Se os olhos assumem posições cruzadas ou dirigidas para diferentes direções, e estrabismo, uma condição que envolve alterações neuromusculares ou um defeito hereditário na posição do olho. As sobrancelhas são inspecionadas quanto a quantidade de pelos e movimentos. Elas são normalmente simétricas. A perda ou ausência de pelos

indica distúrbios hormonais. Se for observada a presença de pele descamativa ao redor das sobrancelhas, pergunta-se ao paciente se ele apresenta irritação crônica do olho. As sobrancelhas são frequentemente afetadas por uma forma de seborreia, cujas partículas penetram nas pálpebras, provocando irritação. Se o paciente não for capaz de mover as sobrancelhas, deve-se suspeitar da ocorrência de paralisia do nervo facial. Quando os olhos estão em posição normal, as pálpebras não cobrem a pupila e a esclerótica não pode ser visualizada acima da íris. A queda anormal da pálpebra sobre a pupila e chamada de *etos*; esta anomalia é provocada por edema ou lesão do terceiro nervo craniano. Pode-se também observar a existência de posicionamento irregular das pálpebras e uma lesão neste local pode provocar uma irritação na membrana conjuntiva. As pálpebras também deverão ser inspecionadas quanto a coloração, edemas e a eventual presença de lesões. Normalmente, as pálpebras tem a mesma cor da pele do paciente.

Deprimia palpebral indica inflamação ou infecção da região. Insuficiência renal e cardíaca ou alergias podem provocar a formação de edema das pálpebras, impedindo-as de se fecharem. Caso existam lesões, estas devem ser inspecionadas quanto a suas características típicas, além da presença de desconforto ou drenagem. A superfície anterior do olho, composta da córnea sensitiva e da conjuntiva, é umedecida ou lubrificada pelas lágrimas produzidas pela glândula lacrimal. Esta glândula está localizada na parede superior externa da região anterior da órbita. As lágrimas escorrem da glândula pela superfície do olho até o ducto lacrimal, localizado no canto nasal ou canto interno do olho. Essa glândula pode ser num local de aparecimento de tumores ou infecções. Assim a região da glândula deve ser inspecionada quanto a presença de edema ou deprimia e palpada suavemente para a verificação da sensibilidade. Em condições normais essa glândula não é percebida. O ducto nasolacrimal pode ficar obstruído, bloqueando o fluxo lacrimal. O profissional deve verificar a existência de lacrimejamento excessivo ou edema no canto interno. Uma leve palpação desse ducto na pálpebra inferior, por dentro da borda orbital, poderá provocar a regurgitação das lágrimas. A conjuntiva bulbar cobre a superfície exposta do globo ocular até o limite superior da córnea. A conjuntiva da pálpebra e a membrana delicada que contorna as pálpebras. Essa conjuntiva é normalmente transparente permitindo que o examinador observe os delgados vasos sanguíneos subjacentes que lhe dão uma coloração rosada. A esclerótica pode ser vista sob a conjuntiva bulbar e apresenta uma coloração de porcelana branca. Para que a exposição seja adequada as pálpebras deverão estar retraídas sem que se faça pressão sobre o globo ocular. A pálpebra inferior é pressionada suavemente com o polegar colocado contra a órbita e o paciente é solicitado a olhar para cima. Muitos pacientes começam a piscar, dificultando o exame. Geralmente o próprio paciente pode pressionar a pálpebra para facilitar o trabalho do examinador. A coloração da conjuntiva e a presença de edema devem ser observadas. Uma conjuntiva pálida é resultado de anemia, enquanto uma aparência bastante avermelhada é sinal de inflamação.

Utiliza-se uma técnica especial para a inspeção da conjuntiva da pálpebra superior. Pede-se ao paciente para olhar para baixo e relaxar os olhos e evitar qualquer movimento súbito. A pálpebra superior é suavemente segura e os cílios são puxados para baixo e para frente.

O profissional deve observar as pupilas quanto ao formato, tamanho, uniformidade, acomodação e reação a luz. Estas são geralmente arredondadas e iguais em tamanho. Pupilas dilatadas ou contraídas podem ser o resultado de

distúrbios neurológicos ou efeitos de medicamentos oculares. A íris ao redor da pupila deve ser inspecionada para verificar a existência de defeitos ao longo de suas margens. Os reflexos papilares incluem reações a luz e acomodação e deverão ser testados em uma sala suavemente escurecida. Quando o paciente estiver olhando diretamente para frente o examinador trará a lanterna a partir do campo lateral ao rosto do paciente, dirigindo o foco de luz diretamente para a pupila. Se o paciente olhar para a luz, haverá uma falsa reação a acomodação. A pupila iluminada diretamente se contrai, provocando uma contração consensual da pupila oposta. O profissional deve observar a rapidez do reflexo. Para testar a acomodação, o examinador manchem um dedo aproximadamente 10 a 15cm afastado do nariz do paciente. Este é solicitado a olhar para o dedo e em seguida para a parede mais distante. As pupilas normalmente se contraem ao olhar para o dedo do examinador e se dilatam ao olhar para a parede.

**Exame oftalmoscópico:** Visando a inspeção completa das estruturas internas do olho, o profissional deve aprender a utilizar um oftalmoscópio. Esta habilidade exige muita prática e geralmente só é desenvolvida por especialistas em enfermagem ou clínicos. O oftalmoscópio possui um tubo movido a pilha provido de uma fonte de luz, dois discos ou mostradores e um orifício de observação. Os mostradores controlam a quantidade de emissão de luz, enquanto os discos ajustam as lentes do equipamento. Em uma sala levemente escurecida, com o paciente e o examinador sentados, esse focaliza a luz na pupila do paciente. A luz passa através da pupila para iluminar o fundo do olho que inclui a retina, a coróide, o disco do nervo óptico, a macula, a fóvea central e os vasos da retina. Para o sucesso do exame é muito importante que o profissional esteja relaxado e com os olhos abertos ao olhar através do aparelho. Girando as lentes, as estruturas internas serão melhor focalizadas. O examinador inspeciona a região quanto ao tamanho, coloração e claridade do disco óptico, integridade dos vasos, presença de lesões da retina e aparência da macula e da fóvea. Em condições normais, observam-se os seguintes aspectos: um disco do nervo óptico claro e amarelado; retina róseo-avermelhada; artérias em vermelho claro e veias em vermelho-escuro; uma razão de 3:2 de veias para artérias, em relação ao tamanho; e mácula vascular.

**Orelhas:** O profissional deve inspecionar as estruturas da orelha média e externa, palpar as estruturas externas e avaliar a acuidade auditiva do paciente. Durante a avaliação, o profissional deve perguntar ao paciente se ele tem sentido dor, prurido, secreção, tinido (zumbido) ou alterações na capacidade de audição. Cada sintoma ajuda a determinar a natureza do problema do paciente.

**Pavilhão auricular:** O profissional examina a localização dos pavilhões, seu tamanho e simetria. Normalmente ficam nivelados um em relação ao outro. O ponto superior de ligação com a cabeça fica em uma linha reta com o canto lateral do olho. Orelhas de implantação baixa são um sinal de anormalidade congênita. O pavilhão auricular deve ser suavemente palpado para verificar a presença de lesões. Se o paciente manifestar dor ou se o ouvido tiver o aspecto de inflamação, o pavilhão é tracionado e pressiona-se o trago. Se a dor aumentar com a palpação, provavelmente está presente uma infecção no ouvido externo. O profissional deve examinar mais cuidadosamente

a presença de secreção na orelha e o tamanho do meato auditivo externo também deve ser observado. Uma secreção amarelada ou esverdeada e um sinal de infecção. O meato não deve estar edemaciado ou obstruído. Conduto auditivo e membrana timpânica.

As estruturas mais profundas da orelha média e externa, só podem ser observadas com o uso de um otoscópio. Um espéculo auditivo especial e acoplado ao tubo de bateria do oftalmoscópio.

Os especulas estão disponíveis em diferentes tamanhos para se adaptarem ao tamanho do conduto auditivo dos pacientes. Para melhor visualização, deve ser usado o maior espéculo que puder ser confortavelmente adaptado ao conduto auditivo.

Antes de inserir o espéculo, o examinador devera verificar a existência de corpos estranhos na abertura do conduto auditivo. É muito importante que o paciente evite movimentos de cabeça durante o exame, para prevenir quaisquer lesões do conduto auditivo e da membrana timpânica. Crianças e bebês precisam ser controlados. Os bebês devem ficar em posição de supinação, com a cabeça voltada para um lado, com os braços seguros firmemente nas laterais do corpo. Crianças maiores poderão ficar sentadas no colo dos pais, com as pernas seguras entre os joelhos dos pais.

Para a inserção correta do espéculo, o profissional pede ao paciente que incline a cabeça suavemente sobre o ombro oposto. Nos adultos, o trabalho é facilitado acionando o pavilhão para cima ou para trás, para retificar o conduto auditivo. Nos bebês, o pavilhão auricular é tracionado para trás e para baixo e em crianças maiores, para trás e para cima. O profissional insere o espéculo, cuidando para não lesar o revestimento do conduto. A pele nesse revestimento é muito fina e sensível a qualquer pequeno trauma. O profissional identifica a presença de cerume (cera do ouvido) e verifica a existência de lesões, corpos estranhos ou secreção no conduto. Um conduto avermelhado indica inflamação. Durante o processo o examinador pergunta ao paciente sobre o modo como o conduto auditivo é normalmente limpo, prevenindo-o sobre o perigo da inserção de objetos pontiagudos nessa região. Deve-se evitar o uso de cotonete para a limpeza dos ouvidos, pois estes dispositivos provocam a sedimentação do cerume no fundo do conduto auditivo. A luz do otoscópio permite a visualização da membrana timpânica. O profissional precisa estar familiarizado com as referências anatômicas mais comuns e sua respectiva aparência. Move-se o otoscópio vagarosamente para a visualização total da membrana timpânica e da sua periferia. Em condições normais, a membrana timpânica é translúcida, ou cinza-perolado. Em virtude do seu posicionamento que fica em ângulo afastado ao conduto auditivo, a luz do otoscópio aparece mais em forma de cone do que de círculo. O ombro fica próximo ao centro da membrana timpânica, atrás da qual se encontra a inserção do martelo. Na posição superior da membrana timpânica encontra-se uma estrutura semelhante a uma saliência arredondada, formada por uma pequena protuberância subjacente do martelo. O examinador deve proceder cuidadosamente para assegurar-se da existência de rupturas ou lacerações na membrana timpânica.

**Acuidade auditiva:** Existem três tipos de perda auditiva: condução, neurosensorial e mista. Uma perda auditiva por condução envolve a interrupção das ondas sonoras enquanto são transmitidas da orelha externa para a cóclea da orelha interna, uma vez que essas ondas não são transmitidas através das estruturas das orelhas externas e

medias. Uma perda neurossensorial envolve a orelha interna, o nervo auditivo ou o centro auditivo do cérebro. O som é conduzido através das estruturas das orelhas externa e media, mas, a continuidade da transmissão sonora é interrompida em algum ponto além dos ossículos. Uma perda mista envolve a combinação dos dois tipos de perda auditiva já discutidos (condução e neurossensorial). Os pacientes sob maior risco de perda auditiva são aqueles que trabalham em ambientes nos quais os ruídos são muito intensos. Um teste simples de avaliação de perda auditiva, consiste em solicitar ao paciente que tape uma das orelhas durante certo tempo com um dos dedos. O profissional deve permanecer a uma distância de aproximadamente 30 cm, expirar totalmente e murmurar suavemente alguns números no ouvido livre. Ele deve cobrir a boca ou pedir ao paciente para fechar os olhos, impedindo a leitura labial. Se necessário o profissional pode elevar gradualmente a intensidade da voz até que o paciente possa repetir corretamente os números murmurados. O uso de um diapásão e um teste mais refinado para a determinação da natureza de uma perda auditiva. Batendo-se o diapásão contra a palma da mão, o examinador cria uma coluna vibratória que emite ondas sonoras. Para testar a acuidade auditiva do paciente nos ouvidos, o profissional coloca o diapásão em vibração firmemente contra a área central da testa do paciente pedindo a ele que indique onde o som é percebido. Em condições normais o som pode ser percebido igualmente pelas orelhas. Um segundo teste, envolve a colocação do diapásão em vibração primeiro sobre o osso mastóide. Quando o paciente deixa de ouvir o som, o examinador coloca o diapásão em frente ao pavilhão auricular. Em condições normais o paciente voltará a ouvir o som, pois a condução pelo ar é mais duradoura que aquela efetuada através da estrutura óssea.

Caso a acuidade auditiva esteja alterada, o profissional deverá encaminhar o paciente a um médico. Ele deverá tomar todo o cuidado para assegurar uma comunicação efetiva com o paciente. Permanecer em PE, no mesmo lado em que a audição está intacta, falar com ele em um tom de voz normal e claro e olhar para ele de frente de modo que ele possa ver os lábios e o rosto, são métodos simples aplicados para ajudar o paciente ao ouvir melhor a conversa.

**Nariz:** Enquanto inspeciona o nariz do paciente, o profissional observa a existência de assimetrias, inflamações ou deformidades. Traumas recentes podem provocar edema e descoloração. Se existirem edema ou deformidades, o nariz deve ser palpado suavemente para verificação de sensibilidade, edema e desvios subjacente. A mucosa nasal e o septo devem ser posteriormente examinados. Estas regiões podem ser superficialmente examinadas iluminando-se cada narina com uma lanterna em forma de caneta. Um espelho nasal é utilizado para uma inspeção mais delicada e para a visualização das conchas nasais mais profundas. A extremidade anterior do nariz é examinada em primeiro lugar. O exame da mucosa verifica sua coloração, presença de lesões, secreções, edema e evidência de sangramento. A mucosa normal é rósea. A secreção resultante de irritações nos seios é geralmente transparente e aquoso. Uma infecção nos seios provoca uma secreção amarelada ou esverdeada. Mucosa pálida com secreção transparente é sinal de processo alérgico. Quando o paciente está com a sonda nasogástrica, o profissional deve verificar rotineiramente o local para detectar a existência de escoriações das narinas, caracterizadas por deprimia e crostas na pele. O paciente deve inclinar a cabeça suavemente para trás oferecendo

ao examinador uma visão mais adequada do septo e das conchas nasais. O septo é inspecionado quanto a desvios, lesões e vasos sanguíneos superficiais. Um desvio de septo pode obstruir a respiração e interferir a passagem de uma sonda nasogástrica.

**Seios nasais:** O exame dos seios nasais é limitado a palpação. Nos casos de alergias ou infecção, o interior dos seios nasais se torna inflamado e edemaciado. O método mais efetivo para avaliação da sensibilidade e a palpação externa das áreas frontal e maxilar da face. Uma suave pressão para cima detecta facilmente a sensibilidade e revela a gravidade da irritação.

**Boca:** Solicita-se ao paciente que remova próteses, se for o caso. Esta é uma boa ocasião para perguntar se ele sente dor na boca ou gengivas. Deve-se inspecionar os lábios quanto a coloração, textura, hidratação, contorno e presença ou não de lesões. Quando o paciente abre a boca, o profissional visualiza os lábios de uma extremidade a outra. Em condições normais, os lábios são rosados, úmidos, simétricos e lisos. Para examinar a mucosa oral interna, o profissional pede ao paciente para abrir a boca levemente e colocar o lábio inferior afastado dos dentes. Repete-se o processo com lábio superior. Inspecciona-se a mucosa quanto a coloração, hidratação, textura e presença de lesões, tais como ulcera, escoriações e cistos. Para a visualização da mucosa oral, utiliza-se um afastador, ou atadura de gaze para retrain os lábios. A lanterna ilumina a porção mais profunda da mucosa. O paciente deverá abrir a boca o máximo possível, de modo a permitir que o profissional observe a coloração da mucosa, sua textura e hidratação. Em condições normais a mucosa tem uma cor rosa brilhante. Para pacientes com pigmentação normal, a mucosa oral é um bom local para a verificação de icterícia ou palidez. Em fumantes crônicos e alcoólatras pode-se verificar a presença de manchas densas e esbranquiçadas. As gengivas devem ser examinadas quanto a coloração, edema, retração, sangramento e lesões. Se o paciente usa próteses qualquer irregularidade ou lesão das gengivas pode provocar desconforto e prejudicar significativamente a mastigação. A língua deve ser observada cuidadosamente em todos os lados e assoalho da boca deve ser verificado. O paciente deve relaxar a boca e colocar a língua para fora, não completamente.

Utilizando a lanterna para iluminação da região, o profissional examina a língua quanto a coloração, tamanho, posição, textura, existência de massas ou lesões. Em condições normais a língua deve possuir coloração um pouco avermelhada com margens laterais lisas e moveis. Quando é projetada para fora, deve permanecer na linha média. O dorso da língua não deve ser excessivamente liso. Este órgão é altamente vascular. Assim, deve-se tomar um cuidado extra ao se examinar esta área que constitui um local comum de origem de lesões cancerosas orais. O paciente deve erguer a língua para permitir a inspeção adequada. Observada a presença de nódulos ou cistos o profissional deverá palpá-los para verificar o tamanho, sensibilidade, consistência e mobilidade. A região sobre a língua é também um local onde aparecem lesões cancerosas. Varicosidades podem ser observadas. Estas varicosidades, raramente causam problemas. O paciente deverá estender a cabeça para trás, mantendo a boca aberta para que o profissional possa examinar os palatos duro e mole. O palato duro ou céu da boca localiza-se na

parte anterior e o palato mole fica na parte posterior, estendendo-se até a faringe. Os palatos são examinados quanto a coloração, formato e existência de proeminências ósseas ou defeitos adicionais. É comum observar-se uma protuberância óssea ou exostose entre os dois palatos.

**Faringe:** O exame das estruturas da faringe é executado inicialmente com o objetivo de detectar infecções, inflamações ou lesões. O paciente abaixa a cabeça suavemente para trás, abre bem a boca e diz a. O profissional coloca a ponta do afastador de língua no terço médio da língua, com cuidado para não pressionar o lábio inferior contra os dentes. Se o afastador for colocado muito para o terço anterior, a parte posterior da língua se eleva formando uma protuberância que impede a visão. Se o afastador de língua for colocado na porção posterior, o reflexo de vômito será estimulado. Com a ajuda de uma lanterna, o profissional examina primeiramente a úvula e o palato mole. Ambas as estruturas, inervadas pelo décimo nervo craniano (vago), deverão surgir na área central quando o paciente disser a. Examinam-se os pilares, anterior e posterior, verificando-se a existência de tecido tonsilar (amígdalas). A faringe posterior é a última estrutura a ser examinada. Em condições normais, as estruturas da faringe são róseas e bem hidratadas. Qualquer edema, petequias (pequenas hemorragias), lesões ou exsudação deverão ser registrados. Pacientes com problemas crônicos nos seios nasais geralmente apresentam uma exsudação transparente que escorre pela parede posterior da faringe. Qualquer exsudação amarelada ou esverdeada indica a presença de infecção. Um paciente com uma garganta tipicamente inflamada apresenta a úvula avermelhada e edematosa, e os pilares das amígdalas com a possível presença de exsudação amarelada.

**Pescoço:** Os nódulos linfáticos da cabeça, as artérias carótidas, veias jugulares, glândula tireóide e traquéia estão localizados no pescoço. As diferentes estruturas do pescoço devem ser inspecionadas e palpadas. Utiliza-se também, para o exame, o método de ausculta. Deve-se proceder ao exame com o paciente sentado. Ele ergue o queixo e inclina a cabeça para trás. O pescoço é inspecionado quanto a assimetria, edema, massas ou cicatrizes. Observada a existência de massas, estas devem ser palpadas para determinar tamanho, forma, sensibilidade, consistência e mobilidade.

**Nódulos Linfáticos :** Um extenso sistema de nódulos linfáticos recebe a linfa da cabeça, orelhas, nariz, bochechas e lábios. Utiliza-se uma abordagem metódica para o exame dos nódulos linfáticos, para evitar que um simples nódulo ou cadeia passem despercebidos. Ambos os lados do pescoço devem ser inspecionados e comparados. Durante a palpação, o examinador fica em PE, atrás ou ao lado do paciente, para facilitar o acesso a todos os nódulos. Com a ponta dos três dedos médios de cada mão, o profissional palpa suavemente os nódulos, em movimentos circulares. Se houver pressão excessiva, os nódulos menores escapam ao exame e os palpáveis são obliterados. Os nódulos linfáticos, como locais de coleta de drenagem do líquido linfático e aumentam de tamanho devido a infecções sistêmicas e localizadas. Normalmente, um nódulo linfático fica permanentemente aumentado após uma infecção grave; tais nódulos aumentados são geralmente indolores. Os nódulos linfáticos

podem se transformar em locais de formação de tumores malignos. Essa malignidade pode ser caracterizada por um nódulo endurecido, imóvel de formação irregular e geralmente indolor.

**Glândula Tireóide:** A glândula tireóide fica na porção inferior frontal do pescoço, na frente e em ambos os lados da traquéia, na qual é conectada através do istmo da traquéia e une os dois lóbulos irregulares, em forma de cone. A avaliação desta glândula é feita pela inspeção e palpação. O examinador fica em pé, na frente do paciente, e inspeciona a área inferior do pescoço que recobre a glândula tireóide, verificando a existência de massas visíveis e a simetria. O paciente deveria estender o pescoço e engolir, enquanto o profissional observa se essas manobras provocam um abaulamento da glândula. Em condições normais, a glândula não é visualizada. Para palpar a glândula, o examinador permanece na frente ou atrás do paciente. Para uma abordagem da região posterior, o paciente deve abaixar o queixo e relaxar.

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

O exame da cabeça e do pescoço funciona como revisão da integridade das estruturas anatômicas, que inclui a cabeça, olhos, orelhas, nariz, boca, faringe e pescoço (linfonodos, artérias carótidas, glândula tireóide e traquéia). As artérias carótidas também podem ser avaliadas durante o exame das artérias. O profissional precisa ter boa compreensão de cada área anatômica e de sua respectiva função fisiológico normal. Para a avaliação da cabeça e pescoço utilizam-se os métodos de inspeção, palpação e auscultação, sendo que inspeção e palpação são, com frequência, executadas simultaneamente. Trata-se de uma metodologia que exige habilidade técnica porém sempre com um atendimento humanizado pela equipe de saúde prestada ao indivíduo..

## **REFERÊNCIAS**

Acta Paul Enferm 2005; 18(3): 301-6. Paula JC. **A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar.**

Cunha SMB, Barros ALBL. **Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta.** RevBrasEnferm 2005; 58(5): 568-72.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. **Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados.** Texto Contexto Enferm, v. 15, n. 4, p. 617-28, 2006.

Botelho da Cunha, Sandra Maria, Botura Leite Barros, Alba Lúcia, **Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta** Revista

**Brasileira de Enfermagem** [enlinea] 2005, 58 (Septiembre-October): [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019626012>> ISSN .

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2009.**

DO NASCIMENTO, Keyla Cristiane et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo**, complementar e multiprofissional. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

ZANARDO, Graziani Maidana; ZANARDO, Guilherme Maidana; KAEFER, Cristina Thum. **Sistematização da assistência de enfermagem**. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 1371-1374, 2013.