

EXAME FÍSICO NEONATAL

Doi: 10.59290/978-65-6029-186-7.18

TRONCHA, Catarina Ribeiro Botelho de Sousa¹; XIMENDES, Carolina Martins¹;
COSTA, Isabela Marques¹; VIANA, Giovana Santos¹; LIMA, Júlia Marocco da Silva¹;
FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira¹; GONÇALVES, Aline Belle Moraes¹.

Orientadora: Dra. Andréia Lopes Ramires Kairala

Filiações: 1 - Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Palavras-Chave: Exame Físico; Neonatologia; Recém-Nascido.

ECTOSCOPIA

À ectoscopia, o pediatra deve avaliar características faciais, intensidade do choro, estado de hidratação, postura de semiflexão dos quatro membros com simetria de movimento, lateralização da cabeça, tônus muscular, padrão respiratório e coloração da pele, assim como a presença de cianose e de icterícia. Também é importante observar a presença de turgor, descamação, manchas e equimoses, além de hematomas e lesões cortocotusas, que podem ocorrer no momento do parto (PORTO, 2019).

FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)

O recém-nascido possui FC média de 145 bpm e espectro da FC de 90-180 bpm.

Quadro 18.1 Frequência respiratória (FR) máxima esperada

IDADE	FR MÁXIMA
Até 2 meses	Até 60 irpm
Entre 2 e 12 meses	Até 50 irpm
Mais de 12 meses	Até 40 irpm

Fonte: PORTO (2019).

INSPEÇÃO DA PELE

A inspeção de pele deve ser conduzida em ambiente claro e bem iluminado, de preferência com luz natural, com o RN despido, porém com precauções para evitar perda de calor e hipotermia da cri-

ança. Toda a superfície cutânea deve ser examinada, inclusive mucosas, pelos e unhas. A pele do RN deve ter coloração rósea, podendo em algumas situações apresentar cianose periférica (acrocianose) em resposta ao frio. A cianose central deve ser sempre investigada para afastar problemas pulmonares ou cardiopatias congênitas. Sinais de pletora ou anemia, quando presentes, precisam ser considerados anormais e devem ser investigados (JÚNIOR, 2021).

CABEÇA E PESCOÇO

CABEÇA

Medir o perímetro craniano (PC). Observar o formato da cabeça do RN, que pode ser assimétrico devido à posição intrauterina do bebê ou ao cavalgamento dos ossos do crânio na passagem pelo canal vaginal durante o parto, o que se resolve espontaneamente e pode falsear o PC. Após cesárea eletiva, o formato da cabeça do bebê é redondo e simétrico (MARTIN, 2017). Palpar as fontanelas para avaliar seu tamanho, tensão, abaulamentos ou depressões e pulsações. A fontanela abaulada e/ou tensionada sem que o RN esteja chorando pode ser decorrente de uma pressão intracraniana elevada, sendo necessário investigar hidrocefalia, hemorragia intracraniana e meningite (JÚNIOR, 2021; MARTIN, 2017). Muitas vezes, a fontanela posterior está aberta, mas pequena, podendo não ser pal-

pável (JÚNIOR, 2021). Palpar as suturas do crânio: após o parto, as suturas sagitais frequentemente se encontram afastadas, e as suturas coronais, sobrepostas (MARTIN, 2017).

- **Face:** verificar simetria, tamanho, formato e fâcias típica de alguma síndrome. Avaliar se existe deformidade e malformação (JÚNIOR, 2021).

- **Olhos:** É necessário inspecionar e avaliar os olhos com um oftalmoscópio. Deve-se observar o tamanho, o ângulo de inclinação e a posição dos olhos. O reflexo vermelho (RV) deve ser observado com um oftalmoscópio posicionado a 15 - 20 cm dos olhos do bebê, com foco na pupila. O RV da retina pode ser observado se o cristalino for transparente. Nos bebês de pele escura, muitas vezes o reflexo é amarelado. Em casos de RV anormal ou de história familiar de doenças oftalmológicas significativas, recomenda-se o encaminhamento a um oftalmologista (MARTIN, 2017).

- **Pavilhão auricular:** Avaliar o formato, o tamanho, a posição, a implantação e a simetria das orelhas e verificar se o canal auricular é pérvio (MARTIN, 2017; JÚNIOR, 2021). A implantação baixa das orelhas é característica de diversas síndromes. As malformações da orelha podem estar associadas à perda auditiva. Em caso de pólipos pré-auriculares e pavilhões acessórios, é necessário verificar a audição com o rastreio auditivo do RN, pois podem estar associados a outras deformidades, surdez e risco elevado de anormalidades renais (MARTIN, 2017).

- **Nariz:** Verificar a integridade do septo nasal, a presença de desvios e de malformações. Pode-se observar obstrução nasal leve, geralmente provocada por edema de mucosa nasal e por secreção. Em casos graves de insuficiência respiratória, afastar atresia de coanas (JÚNIOR, 2021).

- **Boca e palato:** Verificar o tamanho, a posição e a simetria da boca, dos lábios e da língua, inspecionar a orofaringe e visualizar a úvula (MARTIN, 2017; JÚNIOR, 2021). Observar a presença de lábio leporino (MARTIN, 2017). Inspecionar o palato até a porção posterior, para excluir fenda submucosa e fenda palatina (MARTIN, 2017; JÚNIOR, 2021). O

frênulo lingual varia em tamanho, e, em alguns casos, pode-se observar a anquiloglossia.

PESCOÇO

O pescoço do RN é curto, e deve-se avaliar a mobilidade, presença de massas, cistos, desvios e assimetrias (JÚNIOR, 2021). A presença de pele redundante na porção posterior do pescoço, somada ao achatamento do occipital, é característica da síndrome de Down. O pescoço alado é característico da síndrome de Turner (MARTIN, 2017).

TÓRAX

INSPEÇÃO ESTÁTICA

Examina-se a forma do tórax, anomalias estruturais e tipo de tórax: chato ou plano, em tonel ou globoso, infundibular, em quilha ou peito de pomba e enfisematoso. Também podem ser identificados o rosário costal (nódulos escalonados nos pontos de união condrocostais) e o sulco de Harrison ou cintura diafragmática (depressão acima do rebordo costal pela tração do diafragma).

INSPEÇÃO DINÂMICA

Verificação das condições respiratórias da criança, sem limitar-se apenas ao tórax, visto que manifestações extratorácicas podem corroborar com o diagnóstico de condições respiratórias (FOGAÇA *et al.*, 2016). Observa-se a simetria dos movimentos respiratórios, o padrão respiratório, normalmente abdominal na primeira infância, o ritmo e a frequência respiratória (espera-se até 60 incursões por minuto) (PORTO, 2019). Por apresentarem pequenas vias aéreas, esses pacientes têm propensão a uma maior resistência diante de alterações inflamatórias e secretórias nesse aparelho (FOGAÇA *et al.*, 2016).

PALPAÇÃO

Identificação de aumento e mobilidade de linfonodos, tecido mamário, edema e áreas de sensibilidade. Determina-se também a expansibilidade, com as mãos nas laterais da caixa torácica, e o frêmito toracovocal (FTV), sentido com palmas das

mãos e base dos dedos em diferentes regiões durante a emissão de choros ou gemidos (PORTO, 2019).

PERCUSSÃO

Feita bilateralmente a partir do ápice até a base, nas faces anterior, posterior e laterais, sempre com comparação entre os dois hemitórax. Pode-se utilizar o método dígito-digital ou percussão direta, frequente em neonatos e prematuros. Espera-se o som claro pulmonar, que indica relação normal entre ar e tecido, porém em condições patológicas pode haver hipersonoridade, que indica aumento do ar, ou macicez, que indica redução da relação entre ar e tecido.

AUSCULTA DO TÓRAX

É importante um bom posicionamento do neonato, em posição supina na mesa do exame ou no colo dos pais, evitando rotações no tórax. Geralmente o início pelo dorso provoca menor irritabilidade, e é recomendado o aquecimento do estetoscópio com as mãos. Na região dos pulmões, deve ser identificada a presença de sons respiratórios normais, produzidos pela oscilação dos tecidos sólidos e modificação da pressão dos gases, e possíveis ruídos adventícios, que ocorrem em condições de anormalidade. No precórdio, deve-se buscar pelas bulhas e possíveis sopros ou estalidos (FOGAÇA *et al.*, 2016).

ABDOMINE

INSPEÇÃO

É necessário avaliar o coto umbilical do RN, que deve possuir duas artérias e uma veia. O achado de artéria umbilical única pode indicar má formação congênita. O coto umbilical cai normalmente entre 1 e 2 semanas. Já o abdome do RN deve ser globoso, entretanto pode apresentar diástase dos retos abdominais, originando hérnias umbilicais que raramente evoluem para complicações, além de desaparecer naturalmente até a idade pré-escolar. O abdome dilatado pode indicar algumas intercorrências como a presença de líquido, visceromegalias ou dis-

tensão gasosa, se a distensão for significativa, pode indicar perfuração ou obstrução abdominal. Nesses casos, a inspeção da região anal é necessária para a exclusão de uma possível imperfuração anal. Alguns achados necessitam de intervenção cirúrgica precoce como as hérnias inguinais, e casos em que há exteriorização de alças intestinais (gastrosquise e onfalocele).

AUSCULTA DE ABDOME

A ausculta do abdome deve preceder a palpação porque a manipulação pode afetar os sons peristálticos. O estetoscópio deve ser aplicado firmemente sobre a parede abdominal nos quatro quadrantes e, em especial, na área central do abdome, por cerca de 2 a 3 minutos, se os ruídos não estão evidentes. Os sons do peristaltismo, denominados ruídos hidroaéreos, de baixa intensidade, são ouvidos a cada 10 a 30 segundos. Os sopros abdominais podem ser sistólicos ou contínuos. Os sopros sistólicos são originários das artérias (aneurisma da aorta abdominal, artérias hepáticas ou esplênica).

PALPAÇÃO SUPERFICIAL

A palpação superficial começa pelo quadrante inferior esquerdo; em seguida, são palpados os quadrantes superior esquerdo, superior direito e inferior direito. É importante verificar se o abdome se encontra flácido ou tenso. A rigidez da parede abdominal ou a defesa muscular, por sua vez, decorre do reflexo visceromotor do peritônio parietal próximo ao local do órgão inflamado. Para diferenciar a defesa voluntária do espasmo muscular involuntário recomenda-se palpar a parede abdominal durante a expiração pela boca. Com essa manobra desaparece a defesa voluntária.

PERCUSSÃO

No abdome pratica-se a percussão indireta. O espaço de Traube, ao ser percutido, exhibe timpanismo, exceto quando há esplenomegalia ou o espaço é ocupado em casos de tumor peritoneal ou pancreático, por exemplo. A presença de líquido livre na cavidade abdominal – ascite – com o paciente em decúbito dorsal, é detectada pela macicez ou

submacicez dos flancos ou pelos semicírculos de Skoda. A macicez móvel revela o deslocamento do líquido ascítico dentro da cavidade. A percussão do fígado, na altura da linha hemiclavicular direita, permite precisar o tamanho do órgão (hepatimetria), que varia entre 6,5 a 7 centímetros no recém-nascido. Delimita-se a borda superior do fígado na transição do som claro pulmonar com a macicez do órgão, enquanto a borda inferior deve ser localizada pela palpação.

PALPAÇÃO PROFUNDA

A palpação profunda deve ser feita logo após a percussão. Executa-se a palpação profunda com as mãos sobrepostas no intuito de identificar massas (localização, tamanho, forma, consistência, sensibilidade, pulsações e mobilidade), vísceras, vasos e hérnias. É importante detectar a presença de massas abdominais. Cerca de metade são de origem geniturinárias (MARTINS, 2010).

GENITÁLIA E REGIÃO ANORRETAL

Nas meninas o clitóris e os pequenos lábios são cobertos pelos grandes lábios em gestações a termo, porém em recém-nascidas, são proeminentes. Pode ocorrer sangramento ou corrimento devido à interrupção hormonal. Pode ocorrer também, prolapso de um ânulo da mucosa vaginal, se resolvendo espontaneamente. Deve-se avaliar posição, aparência e tono anal. Em recém-nascidos do sexo masculino deve-se analisar o comprimento do pênis, posição do óstio uretral, presença dos testículos e torção testicular. Testículo endurecido, escurecido e sem sensibilidade indicam necrose por torção testicular. Testículos aumentados indicam hidrocele, que se resolve de forma espontânea. Ausência da descida dos testículos chama-se criptorquidia, devendo ser reavaliado após 6 semanas (MARTIN, 2017).

EXTREMIDADES E COLUNA VERTEBRAL

Inclui verificar a aparência geral, simetria e posição dos membros, observar movimentos espontâ-

neos e identificar defeitos por redução de membros. Os dedos devem ser avaliados buscando polidactilia, sindactilia ou clinodactilia. A presença de prega palmar única pode ser indicativa da trissomia 21. Além disso, fraturas de clavícula são comuns em partos complicados. Em situações como pé torto posicional ou equinovaro é necessária uma avaliação especializada. Essas avaliações são essenciais para diagnosticar e tratar problemas ortopédicos e neuromusculares em recém-nascidos, garantindo um desenvolvimento saudável. O exame de palpação da coluna vertebral deve ser feito com o intuito de avaliar a curvatura e possíveis defeitos da coluna. As anormalidades podem ser indicadas pela presença de nevos, edemas e tufo. Pode ser feita ressonância magnética e ultrassonografia para definir a anatomia (MARTIN, 2017).

EXAME NEUROLÓGICO

O tamanho e forma da cabeça podem indicar patologias como macrocefalia, hidrocefalia, hemorragia intraventricular. Em relação aos nervos cranianos, o único não testado é o olfatório (I). Nervo Óptico (II) é avaliado pela fixação do olhar, avaliando campos e acuidade visual. Trigêmeo (V): examinado pelos reflexos corneano e de sucção e pela estimulação nasal, a fim de avaliar sensibilidade facial e mastigação. Os nervos responsáveis por movimentos extraoculares são o Oculomotor (III), Troclear (IV) e Abducente (VI), sendo avaliados pelo reflexo de olhos de boneca e análise do rastreamento visual. Facial (VII) expressão facial e paladar, investigado pelos reflexos corneanos e de sucção e pela estimulação nasal. A avaliação de resposta aos sons, comportamental e reflexo de olhos de boneca é conferida ao nervo Coclear (VIII), responsável pela audição e orientação espacial. Nervos Glossofaríngeo (IX) e Vago (X) são analisados pela sucção e deglutição, reflexo do engasgo e choro característico e, são responsáveis pela vocalização e deglutição. O nervo acessório (XI) é responsável pela movimentação da cabeça e dos ombros e é avaliado pela observação do médico. Os movimentos da língua são função do nervo Hipoglosso (XII) e

são analisados pela observação, fasciculação e atrofia (MARTIN, 2017).

No exame de função motora são avaliados postura, tônus e movimentos. Recém-nascidos a termo, normalmente, flexionam os joelhos e cotovelos. Nascidos com dano neurológico apresentam punho cerrado, adução persistente do polegar e poucos movimentos de dedos. Ao realizar avaliação do tono muscular, deve-se realizar algumas manobras. A primeira avalia-se a atitude e postura da cabeça, extremidades e tronco, ao se erguer o RN horizontalmente. No plano vertical avalia-se a simetria e a extensão das extremidades. A capacidade de controlar a cabeça é analisada levantando o recém-nascido deitado em posição supina (MARTIN, 2017).

Reflexos tendinosos profundos são avaliados posicionando o membro em flexão parcial e batendo suavemente no tendão com um martelo de tamanho infantil. Em recém-nascidos não se deve bater diretamente no Tendão de Aquiles. Tal reflexo é avaliado com batidas suaves no hálux - na superfície plantar em flexão dorsal parcial do pé. Normalmente, devido à difícil interpretação, é considerado

que a resposta plantar é extensora. Porém, em estímulos suaves, a resposta pode ser flexora. Avaliação comportamental neonatal é onde avalia-se as funções corticais superiores. Nela é avaliado a reação do recém-nascido ao tentarem acalmar seu choro; habitações auditivas (por meio de um sino tocado alto); adequações visuais (com auxílio de uma luz forte - resposta normal é uma piscadela que desaparece após 3-5 repetições, o mesmo acontece no auditivo) (MARTIN, 2017).

CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Ao nascer, todos os recém-nascidos devem ser classificados de acordo com alguns critérios como a idade gestacional, o peso, a estatura e o perímetro cefálico. Essas medidas antropométricas são realizadas nas primeiras 12 horas de vida do RN e são utilizadas, também, para avaliar a adequação do crescimento intrauterino de acordo com a IG (JÚNIOR, 2021).

Quadro 18.2 Classificação quanto à idade gestacional

CLASSIFICAÇÃO	IDADE GESTACIONAL
RN pré-termo extremo	≤ 28 semanas
RN muito prematuro	28 semanas até 31 semanas e 6 dias
RN pré-termo moderado	32 semanas até 33 semanas e 6 dias
RN pré-termo tardio	34 semanas até 36 semanas e 6 dias
RN termo precoce	37 semanas até 38 semanas e 6 dias
RN termo completo	39 semanas até 40 semanas e 6 dias
RN termo tardio	41 semanas até 41 semanas e 6 dias
RN pós-termo	≥ 42 semanas

Fonte: JÚNIOR *et al.* (2021).

Quadro 18.3 Classificação quanto ao peso ao nascer

CLASSIFICAÇÃO	PESO AO NASCER
Extremo baixo peso	< 1000 g
Muito baixo peso	1000 - 1499 g
Baixo peso	1500 - 2499 g
Peso insuficiente	2500 - 2999 g

Fonte: JÚNIOR *et al.* (2021).

Quadro 18.4 Classificação do peso de acordo com a idade gestacional

CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO PESO	PERCENTIL
Pequeno para a idade gestacional (PIG)	< p10
Adequado para a idade gestacional (AIG)	entre p10 e p90
Grande para a idade gestacional (GIG)	> p90

Fonte: JÚNIOR *et al.* (2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FOGAÇA, H.R. *et al.* Semiologia Pediátrica. Rio de Janeiro: Thieme Brazil, 2016. E-book. ISBN 9786555722482. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555722482/>>.

JÚNIOR, Dioclécio C.; BURNS, Dennis Alexander R.; LOPEZ, Fábio A. Tratado de pediatria. v.1. Barueri: Editora Manole, 2021. E-book. ISBN 9786555767476. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555767476/>>.

MARTIN, Richard J. Fanaroff e Martin Medicina Neonatal e Perinatal. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788595153691. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595153691/>>.

MARTINS, Maria A.; VIANA, Maria Regina de A.; VASCONCELLOS, Marcos Carvalho de; FERREIRA. Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2010. E-book. ISBN 9786557830666. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830666/>>.

PORTO, Celmo C. Semiologia Médica, 8ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788527734998. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734998/>>.