



EXAME FÍSICO PEDIÁTRICO

1. INTRODUÇÃO

O exame físico pediátrico, sendo o primeiro contato mais íntimo do médico com a criança, é decisivo no relacionamento entre eles e condiciona a qualidade e quantidade dos achados, a adesão e atitude da criança nas consultas subseqüentes e o relacionamento pais-pediatra. Logo, a maneira pela qual se examina uma criança é fundamental, sendo importante demonstrar carinho, delicadeza e muita paciência, sem deixar de lado a energia e a firmeza tantas vezes necessárias.

Sempre deve ser levado em conta que a criança apresenta-se em evolução contínua; quem a examina precisa estar familiarizado com os padrões normais e anormais de crescimento e desenvolvimento.

Outro aspecto fundamental do exame físico pediátrico é a predominância dos sinais gerais sobre os regionais, determinada pela maior sinergia entre os órgãos da criança, que dificulta a ocorrência de manifestações exclusivas de um órgão, embora a lesão determinante o seja. Além disso, existe a dificuldade prática de enfoque dos fenômenos regionais, devido principalmente às características próprias da criança, tais como menor tamanho e rebeldia ao manuseio.

2. ABORDAGEM

LACTENTE:

O exame deve ser feito em um ambiente com temperatura agradável, com a criança completamente despida. Pode ser iniciado com a criança no colo da mãe, vestida e dormindo, realizando-se primeiro aqueles procedimentos que o choro pode prejudicar mais, tais como a ausculta pulmonar e cardíaca. A seguir, remove-se as roupas gradativamente. Os procedimentos desagradáveis ou os mais temidos em particular por cada criança (exame da orofaringe, otoscopia, remoção de toda a roupa) são deixados para o final.

Nesta faixa etária pode ser importante a distração do bebê com brinquedos ou outros objetos tais como a lanterna ou o abaixador de língua.

É recomendável que as fraldas somente sejam retiradas no momento em que for examinada a região correspondente.

PRÉ-ESCOLAR:

Esta é a faixa etária em que se encontra maior resistência à execução do exame. O maior desafio para o médico é completar o exame evitando o choro, luta física ou pais perturbados. Se esse alvo é alcançado, há uma grande satisfação para todos: criança, pais e médico.

Aqui, mais do que em outras idades, é importante o médico saber como "quebrar o gelo" através de uma conversa amigável, uma brincadeira, com o uso de brinquedos ou os próprios objetos de exame. É necessário avisar sobre todos os procedimentos, especialmente os desagradáveis e os dolorosos; se possível, demonstrando em si mesmo ou em algum boneco. Com as crianças mais velhas desta faixa, conversar durante o exame, evitando períodos prolongados de silêncio (a criança pode pensar que o médico está zangado).

A ordem do exame é variável, adaptando-se à situação. Geralmente inicia-se com a criança sentada, de pé ou no colo da mãe. Colocá-la em decúbito apenas para os procedimentos necessários, de modo que ela se sinta menos vulnerável.

Se for necessário conter a criança para procedimentos específicos, como ocorre freqüentemente com a otoscopia e o exame da garganta, explicar aos pais a técnica mais adequada de contenção e assegurar-lhes que a reação da criança é normal para a idade. Deixar esses procedimentos para o final do exame. Porém, se a criança apresenta-se muito ansiosa em relação aos mesmos, realizá-los logo de início, o que a fará sentir-se livre do problema, deixando-se examinar.

ESCOLAR:

Nesta faixa etária, praticamente não se encontram problemas de resistência ao exame. A chave é uma conversa amigável com a criança sobre assuntos variados, tais como escola ou amigos, passando daí a explicações sobre os procedimentos do exame físico.

Atentar para o pudor da criança, conservando parte da roupa enquanto se examina o resto do corpo. Geralmente as crianças preferem os irmãos e/ou o progenitor do sexo oposto fora da sala.

A ordem do exame pode ser a mesma usada em adultos.

ADOLESCENTE:

Alguns adolescentes preferem que o exame seja feito na ausência dos pais. Essa decisão deve sempre ficar a critério do paciente.

Os adolescentes apreciam ser tratados como adultos e esperam isso do médico. O exame físico deve ser aproveitado para orientar sobre mudanças corporais típicas da adolescência, elucidando as dúvidas apresentadas. Levantar em consideração o pudor do paciente no tocante ao exame dos genitais, sempre pesando o benefício e o desconforto ou constrangimento causados eventualmente pelo procedimento, assim como a experiência do examinador.

3. EXAME GERAL

- 3.1. IMPRESSÃO GERAL:** Avaliação geral do grau de doença ou de bem-estar da criança (exemplo: bom, regular ou mau estado geral).
- 3.2. ATITUDE:** Observar atividade, posições eletivas, choro fácil, irritabilidade, depressão, torpor.
- 3.3. FÁCIES:** Descrever o tipo de expressão facial (exemplo: fâcies de sofrimento ou medo) ou a presença de fâcies típicas de determinadas doenças (exemplo: Síndrome de Down).
- 3.4. ESTADO NUTRITIVO:** Observar panículo adiposo ou emaciação. Descrever eventuais sinais típicos de desnutrição (exemplo: manchas "pelagroides" ou alterações capilares do kwashiorkor).

4. SINAIS VITAIS

- 4.1. TEMPERATURA:** Pode ser obtida por mensuração retal, oral ou axilar. A primeira seria a mais fidedigna; entretanto, uma vez que, para fins clínicos, não é preciso ter valores extremamente acurados, por hábito e praticidade pode-se aferir a temperatura axilar. A temperatura axilar é cerca de 0,5 °C menor que a oral, que é cerca de 0,5 °C menor que a retal.
- 4.2. FREQUÊNCIA DE PULSO:** A medida da frequência de pulso na criança é feita por um dos seguintes métodos: (a) Palpação dos pulsos periféricos (femoral, radial e carotídeo); (b) Ausculta cardíaca direta; (c) Observação da pulsação das fontanelas.

FREQUÊNCIA CARDÍACA MÉDIA (bpm)		
Idade	Frequência média	Desvio padrão
Nascimento	140	25
Até 6 meses	130	25
6 a 12 meses	115	20
1 a 2 anos	110	20
2 a 6 anos	103	17,5
6 a 14 anos	95	17,5
> 14 anos	70	10

- 4.3. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:** Observar, além da frequência, a amplitude e a facilidade ou dificuldade dos movimentos respiratórios. Alguns métodos úteis: (a) Observação das incursões abdominais (principalmente no início da infância, quando predomina a respiração diafragmática e a incursão torácica é mínima); (b) Ausculta do tórax; (c) Colocação do estetoscópio diante da boca e das narinas; (d) Observação direta ou palpação do movimento torácico, nas crianças maiores.

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA MÉDIA (mpm)		
Idade	Em sono	Em vigília
0 a 6 meses	35	65
6 a 12 meses	25	65
1 a 4 anos	20	35
4 a 10 anos	18	25
10 a 14 anos	16	20

Observação: Em lactentes, medir frequências cardíaca e respiratória quando a criança está tranqüila, antes de despí-la.

- 4.4. PRESSÃO ARTERIAL:** A pressão arterial deve ser medida rotineiramente a partir dos três anos de idade, na criança assintomática. Também medi-la em crianças sintomáticas, no atendimento de emergência, ou em situações sugestivas de hipertensão na infância (sopro abdominal, coarctação da aorta, neurofibromatose, etc).

A escolha do manguito apropriado para cada criança é essencial na mensuração adequada da pressão arterial. A bolsa de borracha do manguito deve circundar 80 a 100% da circunferência do braço; sua largura deve ser no mínimo igual a 40% da circunferência do braço; ao ser colocado no braço, o manguito deve deixar espaço suficiente tanto na fossa antecubital, para a colocação do estetoscópio, como na parte superior, evitando a obstrução da axila.

A preparação adequada é essencial: a criança precisa ser avisada do procedimento e estar tranqüila, confortavelmente sentada, com o braço direito totalmente exposto e descansando sobre uma superfície de apoio ao nível do coração. Em lactentes, pode-se medir com a criança em posição supina. É conveniente, ao registrar o exame físico, descrever o manguito utilizado e a posição em que foi mensurada a pressão arterial.

Registar os percentis correspondentes aos níveis tensionais sistólico e diastólico, consultando as tabelas de níveis normais de pressão arterial para idade e altura (ver "Padrão nº 4").

5. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

- 5.1. PESO:** Os bebês são pesados em balança infantil, despídos. Crianças de um a três anos freqüentemente têm medo do procedimento, podendo ser necessária a aferição indireta (pesar a mãe com a criança no colo e subtrair o peso). A pesagem deve ser feita com o mínimo possível de roupa (cueca, calcinha ou bata, para os mais envergonhados).

- 5.2. ALTURA:** Os lactentes têm seu comprimento medido em posição supina, usando-se o antropômetro. É necessário que os quadris e os joelhos sejam completamente estendidos para que não haja erro na aferição, principalmente em recém-nascidos, que tendem à flexão.

Para aferir a estatura de crianças maiores, recomenda-se colocá-las eretas, encostadas em uma superfície vertical graduada. Usar uma pequena prancha horizontal, apoiada na cabeça, em ângulo reto com a régua. As hastes de aferição são menos precisas devido à dificuldade das crianças ficarem eretas quando não apoiadas numa parede.

5.3. CIRCUNFERÊNCIA CRANIANA: Deve ser medida regularmente durante os dois primeiros anos (após, medir a cada dois anos e em todos os exames iniciais em qualquer idade). Usar fita métrica de boa qualidade, não distensível, passando-a sobre a glabella e a protuberância occipital.

Obs.: Os valores aferidos de peso, comprimento e circunferência craniana devem ser colocados em gráficos apropriados (ver "Padrão nº 3"), o que facilita a sua avaliação.

6. PELE E MUCOSAS

Observar alterações na coloração (cianose, icterícia, palidez, rubicundez) e na textura da pele. A luz do dia é preferível à artificial e a luz amarela é preferível à fluorescente.

Descrever as lesões (hemangiomas, nevos, máculas, pápulas, pústulas, petéquias, etc.), bem como sua localização. No caso das lesões permanentes, para posterior acompanhamento, é importante medi-las nos seus dois maiores eixos.

A pele do recém-nascido possui muitas características especiais. Geralmente a textura é macia e lisa e a coloração rosa-pálido. Grande parte dos recém-nascidos desenvolve icterícia no segundo ou terceiro dia de vida, que persiste por cerca de uma semana (icterícia fisiológica). Outra peculiaridade é a presença de áreas azul-escuro mal definidas, localizadas sobre as nádegas e a região lombo-sacra, denominadas manchas mongólicas. São mais comuns em bebês negros e orientais e desaparecem entre um e cinco anos.

Três condições dermatológicas são observadas em recém-nascidos com alguma frequência e merecem descrição: (a) milium sebáceo: áreas elevadas do tamanho da cabeça de um alfinete, lisas e brancas, sem eritema circundante, localizadas sobre o nariz, queixo e fronte. São causadas pela retenção sebácea e desaparecem em algumas semanas; (b) miliária rubra: vesículas esparsas sobre uma base eritematosa, em geral na face ou tronco, causadas pela obstrução das glândulas sudoríparas ("brotoeja"); (c) eritema tóxico: consiste de máculas eritematosas com pústulas ou vesículas centrais espalhadas difusamente sobre todo o corpo, que surgem entre o primeiro e o terceiro dia e desaparecem em uma semana.

7. TECIDO SUBCUTÂNEO

O tecido celular subcutâneo é avaliado através do pinçamento de uma prega abdominal ou da coxa, devendo-se observar o volume e o turgor (resistência firme e elástica à compressão). Pesquisar presença e localização de edemas, classificando sua intensidade.

8. MUCOSAS

Observar as mucosas conjuntival e oral, registrando qualquer alteração de coloração (icterícia, cianose, palidez) e umidade, bem como presença de ulcerações, fissuras e outras lesões. Levar em consideração que o choro e infecções respiratórias causam hiperemia adicional da mucosa conjuntival.

9. FÂNEROS

Observar quantidade, distribuição, características e alterações dos pelos, considerando os padrões normais para cada idade. Verificar alterações nas unhas.

10. CABEÇA

10.1. CONFORMAÇÃO GERAL E TAMANHO: Observar e registrar formato e simetria do crânio e da face. Alterações do tamanho da cabeça são evidenciadas pela medida do perímetro cefálico.

10.2. FONTANELAS: A fontanela anterior mede, ao nascer, 4 a 6 cm no diâmetro fronto-parietal, e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior mede 1 a 2 cm, e costuma fechar por volta dos 2 meses de idade. A pressão intracraniana se reflete no grau de tensão e plenitude da fontanela anterior. Uma criança chorando, com tosse ou vômitos, apresentará fontanela proeminente e arredondada. Logo, pesquisar fontanelas quando a criança estiver tranqüila e sentada. Fontanela tensa e abaulada sugere doença do sistema nervoso central infecciosa ou neoplásica; fontanela deprimida é observada como sinal de desidratação.

10.3. OLHOS:

10.3.1. EXAME FÍSICO GERAL: Avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, nistagmo, anisocoria, exoftalmia ou enoftalmia, microftalmia, hipertelorismo, cor da esclerótica, estrabismo ou outras alterações.

10.3.2. AVALIAÇÃO DA VISÃO:

RECÉM-NASCIDO: Avaliar aspecto e simetria dos olhos. Avaliar alinhamento dos olhos pelo teste de Hirschberg, cobertura ou pela desigualdade observada no reflexo vermelho. Comparar a intensidade e claridade ou brilho do reflexo vermelho (regular o oftalmoscópio na dioptria "0" e visualizar a pupila numa distância de aproximadamente 25 cm). Assimetria pode sugerir estrabismo ou opacidade do olho. Avaliar presença de visão através da observação de reflexos visuais: constrição visual direta e consensual à luz; pestanejamento em resposta à luz brilhante.

PRÉ-ESCOLAR: Avaliar estrabismo (prevenção da ambliopia) através dos testes de Hirschberg e cobertura. Avaliar a acuidade visual utilizando o teste do "E" ou cartaz com figuras.

ESCOLAR E ADOLESCENTE: Realizar teste de acuidade visual utilizando quadros apropriados para a idade (letras ou figuras).

TESTE DE HIRSCHBERG: utilizar um foco luminoso distante aproximadamente 30 cm da face e localizado num ponto entre os dois olhos; observar o reflexo sobre a córnea de cada olho. A seguir, se houver colaboração, pedir para a criança virar a cabeça para a direita e esquerda, enquanto a fixação é mantida. Os reflexos devem ser simétricos.

TESTE DE COBERTURA: fixar o olhar, usando um objeto chamativo; cobrir um dos olhos e observar movimento no outro; retirar a oclusão e observar movimento neste olho. Se há forte objeção à cobertura de um olho em oposição a uma não reação à cobertura do outro, pensar em deficiência visual.

É importante ressaltar que todos os procedimentos de avaliação da visão descritos acima têm caráter de triagem. Qualquer criança que apresente alterações deve ser encaminhada ao oftalmologista. Quando há suspeita de patologia, o exame de fundo de olho é indicado, em qualquer idade.

10.4. OUVIDOS:

10.4.1. EXAME FÍSICO GERAL: Observar a forma, alterações e implantação das orelhas. A porção superior do pavilhão auditivo se implanta ao nível ou acima de uma linha que cruza os cantos interno e externo dos olhos (anormalidades podem indicar síndromes genéticas).

10.4.2. AVALIAÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA: No lactente, observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta a um estímulo sonoro. Em crianças maiores, sussurrar ordens a uma distância aproximada de 240 cm. Se há suspeita de anormalidade, a criança deve ser encaminhada ao especialista para a realização de testes adequados. A avaliação da acuidade auditiva pode ser feita pelo próprio pediatra se este dispuser de aparelhagem adequada, mas terá sempre caráter de triagem.

10.4.3. EXAME DO OUVIDO: É importante uma contenção adequada, exigindo uma atitude delicada mas firme tanto da parte do médico como dos pais. Geralmente, lactentes são examinados deitados e crianças maiores contidas no colo. Existem várias formas eficientes de contenção, sendo importante que o examinador sinta-se seguro com uma delas. É fundamental que qualquer movimento brusco da cabeça da criança seja neutralizado, o que é mais facilmente obtido pelo apoio da mão que segura o otoscópio na superfície do crânio. Na criança até um ano, o lobo da orelha deve ser tracionado para baixo. Entre um e cinco anos, tracionar o canal para cima e para trás. Avaliar o aspecto do conduto auditivo externo quanto à presença de hiperemia, descamação, lesões, corpo estranho, etc. Quanto à membrana timpânica, observar perda de transparência, hiperemia, abaulamento ou retração, bolhas, presença de secreção, ruptura, etc.

10.5. NARIZ: Verificar presença e aspecto de secreção (hialina, sero-mucosa, purulenta, sanguinolenta). Pela inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal ou outras deformidades. A porção interna anterior do nariz pode ser visualizada facilmente com iluminação, empurrando sua ponta para cima. Para olhar profundamente, pode-se usar um espéculo com orifício calibroso preso ao otoscópio. Observar coloração da mucosa, condições dos cornetos, calibre da via aérea, secreção.

10.6. BOCA E FARINGE: Iniciar pela inspeção dos dentes, gengiva, face interna das bochechas, língua e abóbada palatina. Nos dentes, avaliar oclusão dentária, defeitos de alinhamento, presença de cáries, tártaro e placa bacteriana. Observar o aspecto da língua, que pode mostrar alterações fisiológicas (língua geográfica) ou que sugiram patologias (língua em morango da escarlatina). Observar inserção do freio da língua: não haverá dificuldade na amamentação ou fala se a língua puder ser projetada até a crista alveolar. Em lactentes, a faringe é visualizada facilmente durante o choro. Acima de um ano, o exame geralmente apresenta dificuldade, exigindo o uso de contenção, que pode ser feita com a criança deitada ou no colo da mãe. O abaixador de língua deve ser segurado como uma caneta, próximo à ponta que vai ser introduzida, e o dedo mínimo do examinador deve estar em firme contato com a face da criança de modo a neutralizar os movimentos da cabeça. A visualização direta é sempre tentada antes do uso do abaixador. É importante ter uma visão "fotográfica" da orofaringe. Se a criança cerra os dentes, o abaixador pode ser introduzido entre os lábios e deslizado ao longo da face interna das bochechas até atrás dos molares, ativando o reflexo do vômito, e oportunizando visualização completa, embora momentânea, da orofaringe. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias e gota pós-nasal.

11. PESCOÇO

Avaliar se há cistos, fístulas, torcicolo congênito ou anormalidades da tireóide, devendo-se fazer a palpação da glândula de modo sistemático a partir da idade escolar.

11.1. LINFONODOS: Inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência.

11.2. RIGIDEZ DE NUCA: Flexionar a cabeça da criança ou pedir que ela encoste o queixo ao peito.

12. TÓRAX

12.1. GERAL: Observar forma, simetria, sinais de raquitismo (cintura diafragmática e rosário raquítico). Observar as mamas (ver estadiamento de Tanner, adiante) e realizar exame das mamas nas adolescentes.

12.2. PULMÃO

INSPEÇÃO: Observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios.

PALPAÇÃO: pesquisa de frêmito tóraco-vocal (pedir para a criança contar "1,2,3", ou "44", ou durante o choro).

PERCUSSÃO: Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax.

AUSCULTA: Se a criança chora moderadamente, pode auxiliar na ausculta, pois o choro equivale à voz, e a inspiração profunda auxilia a ausculta do murmúrio vesicular. Procurar alterações dos sons respiratórios e sua localização.

12.3. CORAÇÃO:

INSPEÇÃO: Ver impulso apical (ao nível do quarto espaço intercostal até os sete anos).

PALPAÇÃO: Palpar ictus; presença de frêmitos.

AUSCULTA: As bulhas são mais facilmente audíveis do que em adultos (parede é mais fina); B1 é mais forte que B2 no ápice. O desdobramento de B2 é encontrado em 25 a 33% das crianças. Mais do que 70% das crianças normais pode apresentar sopros cardíacos inocentes, sem evidências demonstráveis de cardiopatias, que costumam ser sistólicos, de intensidade baixa a moderada, que variam a cada ciclo cardíaco e com a inspiração, aumentam com febre, anemia ou exercícios e deixam livres a primeira e a segunda bulhas.

13. ABDÔMEN

INSPEÇÃO: Observar alterações globais de forma e volume (exemplo: abdômen ascítico, distendido ou obeso) e abaulamentos localizados. Durante o choro, pode-se também perceber se há hérnias umbilicais, ventrais, ou diástases dos retos. Lembrar que o abdômen da criança, principalmente em lactentes, é protuberante devido ao pouco desenvolvimento da musculatura da parede.

PALPAÇÃO: Realizar palpação geral, superficial e profunda, e palpação do fígado e baço. Se a criança estiver chorando moderadamente, inspirará mais profundamente, auxiliando a palpação abdominal. Se o choro for forte, a tensão da parede dificultará o exame. Para diminuir a tensão muscular, usar chupeta ou mamadeira, ou flexionar os membros inferiores. Se há cócegas, distrair a atenção da criança ou colocar toda a mão rente à superfície abdominal por alguns momentos, sem realizar movimentos exploratórios iniciais com os dedos. Em lactente, geralmente, é possível palpar o fígado, a ponta do baço e, eventualmente, os rins e globo vesical quando distendido. Deve-se sempre registrar a extensão total do



fígado utilizando palpação e percussão, ao invés de anotar somente o que se palpa abaixo do rebordo costal. Observar também a presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede. Na palpação profunda, avaliar visceromegalias ou massas.

EXTENSÃO TOTAL DO FÍGADO	
Lactente	5 cm
1 ano	6 cm
3 anos	7 cm
5 anos	8 cm
12 anos	9 cm

PERCUSSÃO: Através da percussão pode-se delimitar o tamanho do fígado, confirmar presença de ascite (macicez móvel) ou hipertimpanismo (como nas distensões de alças).

AUSCULTA: Os ruídos hidroaéreos estão aumentados nas gastroenterites ou na obstrução mecânica do delgado e diminuídos no íleo paralítico. Sopros abdominais também podem ser detectados.

14. GENITÁLIA E RETO

Nos meninos, observar presença de fimose (a aderência bálano-prepucial é fisiológica nos lactentes) e testículos na bolsa escrotal. Reflexos cremastéricos hiperativos podem dar origem a uma criptorquidia aparente. Uma manobra para abolir o reflexo é fazer a criança sentar-se e flexionar as pernas ao máximo junto ao tronco, palpando-se então o escroto e o canal inguinal.

Observar também hidrocele, hipospádia ou hipogonadismo.

Nas meninas, ver orifício himenal, presença de secreção vaginal e sinéquia de pequenos lábios. Nas recém-nascidas, pode haver secreção mucóide ou às vezes sanguinolenta nos primeiros dias de vida, devido a uma influência estrogênica materna. Em meninas pré-escolares, a inspeção da vagina é facilitada pela posição genu-peitoral.

O exame ginecológico nas crianças maiores, assim como o toque retal em ambos os sexos, deve levar em conta o pudor da criança, a necessidade do exame e a habilidade do examinador.

Enquadrar a criança em um dos cinco estágios de desenvolvimento sexual segundo os critérios de Tanner.

15. EXTREMIDADES

15.1. GERAL: Observar deformidades, hemiatrofia, valgismo/varismo, paralisias, edema, alterações da temperatura, postura, assimetria, alterações da marcha.

15.2. PULSOS: Palpar pulsos radiais, femorais e pediosos. Lembrar que a diminuição ou ausência dos pulsos femorais, comparado com os radiais, sugere coarctação aórtica.

15.3. ARTICULAÇÕES: Observar sinais inflamatórios (edema, calor, rubor e dor), alterações da mobilidade (limitação ou hiper mobilidade), nódulos.

ARTICULAÇÃO DO QUADRIL: No recém-nascido realizar a manobra de Ortolani: posicionar a criança com as coxas flexionadas em ângulo reto e realizar manobras de abdução. Suspeita-se de luxação quando há limitação da abdução, assimetria ou percepção tátil da fuga da cabeça do fêmur do acetábulo. Nos lactentes comparar a simetria da abdução, das pregas glúteas e da fossas poplíteas.

15.4. MÃOS E PÉS: Observar dedos extra-numerários, baqueteamento digital, linha simiesca, clinodactilia, sindactilia. Examinar os pés sob o ponto de vista estático (sem carga: criança sentada; com carga: criança em pé) e dinâmico (observação da marcha). Fazer manipulação passiva para avaliar a flexibilidade dos pés.

16. COLUNA VERTEBRAL

Examinar, em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade, curvaturas, etc. Registrar presença de espinha bífida, fosseta ou cisto pilonidal, tufo de pelos, hipersensibilidade. Se há escoliose, pode-se achar deformidade costal e proeminência da musculatura lombar em um dos lados, que se acentua com a inclinação do corpo para frente. Lembrar que a escoliose pode ser causada por uma desigualdade do comprimento das pernas.

17. EXAME NEUROLÓGICO

Não há necessidade de realizar um exame neurológico completo de rotina, especialmente quando não existem queixas diretamente relacionadas a esta área. Um roteiro de exame mínimo satisfatório incluiria:

17.1. FUNÇÃO CEREBRAL: Comportamento geral, consciência, memória, orientação, comunicabilidade e compreensão, fala, escrita e atividade motora.

17.2. NERVOS CRANIANOS:

OLFATÓRIO: identificação de odores.

ÓPTICO: acuidade visual (eventualmente, fundo de olho).

OCULOMOTOR, TROCLEAR e ABDUCENTE: movimentos oculares, ptose, dilatação pupilar, nistagmo, acomodação e reflexo pupilar.

TRIGÊMIO: Sensibilidade facial, reflexo corneano, músculos masséter e temporal e refexo maxilar.

FACIAL: musculatura da mímica.

ACÚSTICO: testes simples da audição.

GLOSSOFARINGEO e VAGO: deglutição e reflexo do vômito.

ACESSÓRIO: músculos esternocleidomastoideo e trapézio.

HIPOGLOSSO: movimentos da língua.

17.3. FUNÇÃO CEREBELAR: Testes simples de coordenação. equilíbrio e marcha.

17.4. SISTEMA MOTOR: Postura, tônus e força muscular, simetria e paralisias.

17.5. REFLEXOS: Testar os mais importantes, tais como bicipital, patelar, piscamento. No recém-nascido, testar os reflexos próprios (Moro, preensão palmo-plantar, sucção, fuga à asfixia, pontos cardeais, reptação, marcha automática, tônico cervical).

18. AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA BÁSICA

Deve ser sempre feita durante o exame físico, assim como durante a anamnese. A avaliação dos seguintes itens poderá dar um perfil psiquiátrico da criança, acrescido da história relatada pelo responsável: (a) atitude frente ao ambiente e ao examinador, (b) temperamento, (c) desenvolvimento perceptivo, (d) nível intelectual, (e) comportamento emocional, (f) expressão verbal.

● Colaboração dos professores Danilo Blank, Gilberto Eckert, Eliana Trotta

