

As peculiaridades fisiológicas e anatômicas do RN o diferenciam de todas as outras faixas etárias. O mesmo ocorre com as técnicas para a obtenção da história e do exame físico dessas crianças.

A pesquisa de informações para a estruturação da história clínica, assim como a realização do exame físico, muitas vezes, ocorre em situações distantes da ideal.

Assim, é frequente a necessidade de se voltar a pesquisar as informações não conseguidas numa primeira abordagem.

3.1 História

A obtenção dos primeiros dados importantes relativos ao RN é feita num momento muito especial, pouco tempo antes de seu nascimento. Existe o risco de que nem todas as informações necessárias sejam oferecidas adequadamente por parte da mãe, que pode estar completamente envolvida com o trabalho de parto.

Sempre que possível, a obtenção das informações deve ocorrer logo após a entrada da gestante, no início do trabalho de parto, quando a parturiente ainda tem a possibilidade de refletir sobre os questionamentos.

Muitos dos dados necessários podem também ser obtidos a partir do cartão do acompanhamento pré-natal da gestante, que traz, quando adequadamente preenchido, informações relevantes, e do prontuário médico da paciente, quando houver, restringindo assim a necessidade de longos interrogatórios num momento por vezes inapropriado.

A história clínica do RN deverá conter dados sobre antecedentes dos pais, de outras gestações, partos e evolução das crianças. Ainda deverão constar a evolução da gestação atual, e a evolução do parto e da criança, do nascimento até o momento atual. São todos itens fundamentais para uma compreensão mais ampla do quadro clínico do RN.

3.1.1 Identificação

Informações sobre o pai da criança, como seu nome, idade, escolaridade, local de trabalho e presença de doenças ou de hábitos inadequados como tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas são importantes para se ter uma dimensão do risco social que esse RN vai enfrentar. Essas informações posteriormente devem ser utilizadas com fins educacionais, como por exemplo, na prevenção do tabagismo passivo doméstico.

A identificação da mãe deverá conter, além das mesmas informações já solicitadas sobre o pai, dados relacionados à estabilidade do relacionamento do casal, assim como o endereço completo da mãe e telefone de contato. É importante que se registre o tipo sanguíneo dos pais e informações relativas a doenças, cirurgias e transfusões anteriores à gestação, que poderiam trazer implicações para o RN. Um questionamento que não pode deixar de ser feito é a existência de consanguinidade entre os pais. Essa informação é ainda mais importante em casos de malformações congênicas e/ou de doenças metabólicas hereditárias.

3.1.2 Antecedentes obstétricos

Com relação aos antecedentes obstétricos, deve-se registrar o número de gestações anteriores, sua evolução (incluindo abortos e natimortos), tipo de parto, internações anteriores e diagnósticos. Informações sobre o tempo de amamentação dos filhos anteriores são muito úteis para a prevenção de dificuldades na amamentação do último filho.

Os dados sobre a gestação atual, com as informações obtidas durante o seguimento pré-natal, são fundamentais. É importante registrar quando foi iniciado esse acompanhamento, quantas consultas foram realizadas e qual o local (caso seja necessário o resgate de alguma informação). Devem constar ainda a data da última menstruação e a idade gestacional aferida por exame ultrassonográfico, não se esquecendo de registrar quando o exame foi realizado, já que quanto mais precoce a sua realização (de preferência antes de 12 semanas) menor a margem de erro no cálculo da duração da gestação.

Os exames de ultrassom durante a gravidez também oferecem informações importantes sobre a evolução do desenvolvimento fetal e eventuais malformações do feto. Esse conhecimento permitirá que se ofereçam cuidados especiais durante a gestação, assim como na atenção ao RN durante o parto e logo após o nascimento. Como exemplo, podem-se citar os casos de reconhecimento precoce de onfalocele e meningomielocoele, casos em que uma abordagem obstétrica adequada seguida de intervenção precoce ou mesmo imediata pela equipe cirúrgica podem fazer grande diferença na evolução da criança.

Deve-se sempre registrar os resultados dos diversos exames sorológicos realizados durante o acompanhamento pré-natal, anotando-se o tipo de reação realizada, o título e a data,

com ênfase para doenças como sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatites B e C, e HIV. Todas as informações sobre vacinação, intervenções cirúrgicas, procedimentos, complicações, medicamentos utilizados e hábitos durante a gestação devem constar na história.

Em partos RN prematuros é importante que se anote se a mãe recebeu corticosteróide antenatal e que se busque justificativa para a ocorrência do parto antes do termo.

3.1.3 Dados do parto

A duração do trabalho de parto e da expulsão, a apresentação (cefálica, pélvica), as alterações no foco fetal e o tipo de parto, assim como sua indicação, caso operatório, são informações básicas. Deve-se registrar ainda o tempo de ruptura da bolsa e as características do líquido amniótico. São importantes as informações sobre a analgesia oferecida durante o trabalho de parto e o parto, detalhando-se as drogas, as doses e o tempo de aplicação antes do nascimento, já que podem interferir no comportamento pós-natal do RN. As características da placenta também devem ser registradas (peso, presença de calcificações, condições do cordão, número de vasos sanguíneos e tempo para a ligadura do cordão).

3.1.4 Condições de nascimento

Horário de nascimento, sexo, gemelaridade, peso, comprimento, tempo da primeira respiração, do primeiro choro e momento de ligadura do cordão devem constar na história. Os valores registrados na escala de Apgar ao 1º e 5º minutos são importantes registros das condições de nascimento, assim como as eventuais manobras utilizadas durante a recepção da criança: se foi submetida à aspiração das vias aéreas superiores, se recebeu oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal e drogas.

É importante registrar, também, se o bebê foi colocado em contato pele a pele com a mãe, por quanto tempo e se foi amamentado na sala de parto, registrando-se quando ocorreu a primeira mamada (Ex. aos 20 minutos de vida).

Na sala de parto, deve ser feito um exame físico sumário do RN, que, dependendo das condições da mãe e do bebê, pode ser feito com o bebê sobre o corpo da mãe. Esse exame é necessário a fim de determinar as condições respiratórias, cardiocirculatórias e malformações grosseiras. Essa avaliação global, inclusive da idade gestacional, permitirá ao profissional decidir qual o destino do RN, se unidade de alojamento conjunto, intermediária ou de cuidados intensivos, além de nortear os cuidados específicos relativos à morbidade própria de cada grupo.

3.2 Exame físico

Caso o RN se apresente aparentemente saudável na avaliação sumária realizada na sala de parto, o exame físico minucioso deverá ser feito após algumas horas de vida, preferencialmente antes de o bebê completar 12 horas de vida. Deve ser realizado, sempre que possível, com a presença dos pais, o que reforça a relação entre médico e familiares, permitindo o esclarecimento de eventuais dúvidas dos genitores.

Nunca é demais lembrar a importância da lavagem das mãos e dos antebraços antes de manusear o RN, além da higienização de qualquer instrumento que entre em contato com a criança.

Portadores de doenças infectocontagiosas não devem entrar em contato com a criança. Deve-se estar sempre atento ao controle térmico, cuidando para que o ambiente, as mãos e os instrumentos estejam em temperatura adequada. Lembrar que o RN tem pouca capacidade de tolerar alterações térmicas ambientais, não devendo ser exposto nem ao frio nem às temperaturas elevadas.

Um aspecto importante da técnica de realização do exame físico em RN é que, apesar do registro escrito do exame mostrar primeiro o exame físico geral e depois o especial descrito no sentido crânio-caudal, a coleta de informações geralmente não é feita nessa ordem.

Devem-se respeitar as condições da criança e atentar para as oportunidades apresentadas para se obter as informações. Como regra, o RN como um todo ou em seus segmentos corporais admite um exame que vai do externo para o interno e no sentido crânio-caudal. Inspeção, palpação, percussão e ausculta devem ser aplicadas nos diversos segmentos examinados.

Se a criança estiver dormindo, essa é uma excelente condição para se aferir as frequências respiratória e cardíaca, sem interromper seu sono. Essas avaliações, se obtidas com o RN chorando, terão seu significado clínico prejudicado. A palpação do abdome também é mais bem executada com o RN dormindo, e torna-se muito difícil, se não impossível, com ele chorando. Quando a criança abre os olhos, pode-se examiná-los sem forçar sua abertura; o mesmo se aplica quando abre a boca. Dessa forma, o exame físico será feito numa sequência de oportunidades que devem ser aproveitadas à medida que se apresentem. Por outro lado, é importante que o registro do exame seja completo no atendimento ao protocolo proposto, seguindo a sequência do geral para o especial e crânio-caudal, inclusive para se evitar o esquecimento do registro de algum detalhe. Por vezes, é necessário complementar o exame em outro momento, por exemplo, quando não foi possível a palpação cuidadosa do abdome em um bebê que chorava muito no exame.

O choro intenso da criança, além de atrapalhar o exame clínico, também perturba os pais e o próprio examinador. É recomendável que se tente confortar o RN, interrompendo-se o exame e procurando-se detectar as eventuais causas do choro prolongado.

3.2.1 Exame físico geral

O exame físico geral é de suma importância na avaliação clínica do RN. Por vezes traz mais informações que o exame físico especial.

Pela simples observação do RN, sem tocá-lo, já se conseguem diversas informações importantes, como a presença de malformações e fâcies típicas de algumas síndromes (como trissomias do 13, 18 e 21 e síndrome de Pierre-Robin). Sinais de angústia respiratória como gemidos ins- ou expiratórios, batimento de aletas nasais, retrações de fúrcula ou torácica (caso a criança esteja despida), cianose e alteração da frequência respiratória também podem ser observados. A postura do RN, que normalmente é simétrica e fletida, semelhante à fetal, pode estar assimétrica se houver algum transtorno como fratura de clavícula ou membros, paralisia braquial, lues congênita (pseudoparalisia de Parrot), infecções ou comprometimento neurológico.

O aspecto geral, a atividade, a intensidade do choro, a movimentação e o estado de hidratação são outras informações que devem constar do exame físico geral. O RN apresenta normalmente choro forte, de timbre variável; o choro fraco ou gemência podem estar presentes nas infecções e no desconforto respiratório. Choro monótono, agudo, intermitente (grito cerebral) pode ser encontrado em lesões neurológicas graves. O timbre também pode auxiliar no diagnóstico de síndromes genéticas, como na síndrome do miado do gato (síndrome de Cri du Chat). Essas informações poderão ser obtidas no decorrer do exame físico, não se recomendando provocar o choro de uma criança que se encontra dormindo, apenas para registrar essa importante informação.

3.2.1.1 Pele

A pele apresenta diversas características que devem ser atentamente observadas durante o exame físico do RN.

Deve-se avaliar:

- Textura.
- Umidade.
- Cor.
- Presença de milium.
- Presença de lanugo.
- Presença de vérnix.
- Presença de mancha mongólica.
- Presença de icterícia.
- Presença de anomalias.

3.2.1.1.1 Textura e umidade

A textura da pele depende muito da idade gestacional. O RN pré-termo extremo possui pele muito fina e gelatinosa, o RN a termo tem pele lisa, brilhante, úmida e fina, e o RN pós-termo ou com insuficiência placentária, pele seca, enrugada, apergaminada e com descamação acentuada. Por esse motivo a textura da pele é um dos parâmetros utilizados na avaliação da idade gestacional. Nos casos de hipotireoidismo congênito pode-se observar pele seca e áspera.

3.2.1.1.2 Cor

A pele normal do RN apresenta cor rosada, mais evidente nas crianças de pele clara. Crianças filhas de pais negros podem apresentar pele clara no nascimento. No entanto, pode-se detectar nesses RN maior quantidade de melanina nos mamilos, região periungueal, na pele da borda do umbigo e na genitália. Pletora é observada em RN policitêmicos, hiperoxigenados ou com hipertermia. A palidez acentuada pode ser um dado importante para o diagnóstico de anemia (aguda ou crônica), vasoconstrição periférica ou choque; traduz situação grave e deve ter sempre investigada a causa de seu aparecimento. A presença de uma linha delimitando um hemitórax com eritema e outro com coloração normal é conhecida como fenômeno de Arlequim. É uma ocorrência em geral benigna, não muito rara, de causa desconhecida, sugerindo algum grau de instabilidade vasomotora (Figura 7).



Figura 7 - Criança apresentando fenômeno de Arlequim

A cianose, coloração azulada decorrente da presença de pelo menos 5g de hemoglobina não saturada, é intercorrência relativamente comum no RN, que frequentemente possui

níveis de hemoglobina acima de 15g/dL. É comum a presença de cianose de extremidades, que se apresentam frias ao toque. Essa condição costuma regredir com o aquecimento.

A cianose central, no entanto, é preocupante e associa-se geralmente com doenças cardiorrespiratórias.

Na vigência de líquido amniótico meconiado, a pele e o coto umbilical podem estar impregnados, apresentando cor esverdeada característica.

Alguns achados comuns como presença de milium, lanugo, vérnix e mancha mongólica não têm repercussão clínica. Outros, também comuns, como eritema tóxico, hemangiomas e icterícia devem ser mais bem avaliados quanto ao diagnóstico diferencial e, eventualmente, adoção de medidas.

Milium sebáceo está presente em 40% dos RN. Manifesta-se por pequenos pontos brancos (menor que 1mm), localizados na base do nariz, queixo e fronte, devido à distensão e obstrução das glândulas sebáceas, decorrentes da ação do estrógeno materno; desaparecem em poucas semanas.

Lanugo é a denominação dada aos pelos finos que costumam recobrir a região do ombro e da escápula, encontrados de forma mais abundante nos RN prematuros; desaparecem em alguns dias. (Figura 8).



Figura 8 - Aspecto do ombro de RN com grande quantidade de lanugo

Os RN prematuros entre 34 e 36 semanas costumam estar recobertos por material gorduroso e esbranquiçado, o **vérnix caseoso**, cujas funções primordiais são a proteção da pele e o isolamento térmico. Esse material pode ser retirado após o estabelecimento do controle térmico, geralmente após algumas horas do nascimento. Nos RN a termo a quantidade

costuma ser menor, podendo ser observado em locais protegidos como nas dobras dos membros e na genitália feminina, entre os pequenos e grandes lábios.

Manchas mongólicas são manchas azul-acinzentadas localizadas preferencialmente no dorso e nas regiões glútea e lombossacra, podendo ser disseminada; traduz imaturidade da pele na migração dos melanócitos, relacionada a fatores raciais. São mais comuns nas raças negra e oriental e regridem nos primeiros 4 anos de idade. Essa mancha costuma despertar o interesse das mães (Figura 9).

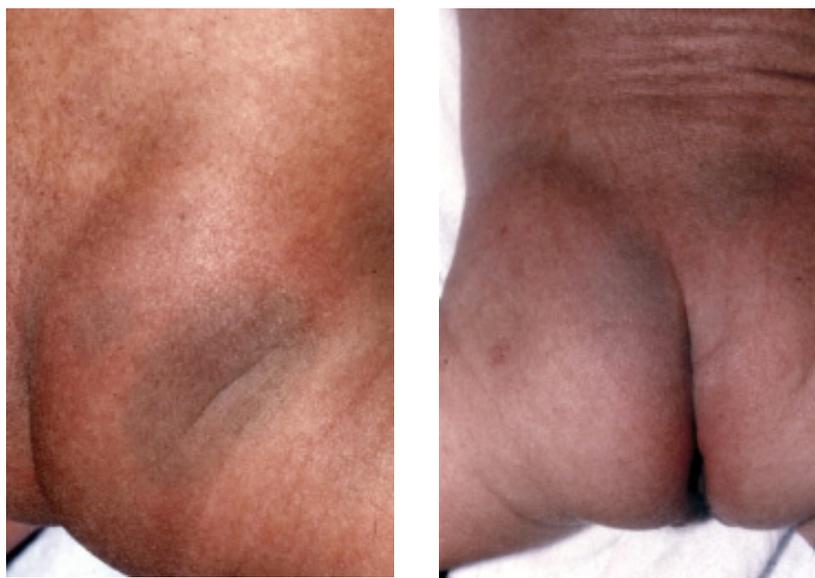


Figura 9 - Apresentações diversas de mancha mongólica

Deve-se sempre estar atento para não mencionar o nome “mancha mongólica” devido ao estigma que o termo traz, podendo levar a constrangimentos desnecessários.

Eritema tóxico geralmente aparece nos primeiros dias de vida sob a forma de lesões eritematosas multiformes (pápulas, máculas e até algumas vesículas), esparsas ou confluentes. O exame microscópico da secreção contida nas lesões mostra migração eosinofílica. Possui causa desconhecida e pode ser desencadeado por estímulos mecânicos de atrito ou pressão na pele. Regride espontaneamente, muitas vezes em poucas horas. Tem aspecto facilmente confundível com impetigo.

Impetigo é a infecção piogênica, mais comumente causada por *Staphylococcus aureus*. Inicia-se com lesões eritematosas puntiformes que em um ou dois dias evoluem para ve-

sículas, que a seguir se pustulizam ou tornam-se bolhas (impetigo bolhoso). As lesões se propagam por inoculação e, quando se rompem, formam crostas amarelo-acastanhadas. Deve-se tomar cuidado para não contaminar outras crianças próximas. O tratamento pode ser tópico com soluções antissépticas e cremes antibióticos, chegando, nos casos mais graves, a ser necessária antibioticoterapia sistêmica.

Máculas vasculares são manchas de cor salmão que desaparecem à pressão, e estão presentes principalmente na nuca, pálpebra superior e fronte. Não possuem importância clínica ou estética. As máculas de face desaparecem em alguns meses, e as da nuca podem persistir por mais tempo. Estão presentes em 25% dos adultos.

Hemangiomas são formas vasculares mais extensas e elevadas que podem ter significado patológico. Por exemplo, quando localizadas em segmento cefálico e face, com coloração vinhosa, podem estar associadas a angiomas das leptomeninges (síndrome de Sturge-Weber), estando relacionadas a convulsões e hemiplegias. Outra eventualidade é a presença de hemangioma cavernoso, composto de elementos vasculares maduros e grandes, que na maioria dos casos cresce durante o primeiro ano de vida, regredindo a seguir. Aproximadamente 50% dos hemangiomas desaparecem até os 5 anos de idade e 70% até os 7 anos.

Icterícia, cor amarelada da pele decorrente de sua impregnação por bilirrubina, é achado comum, especialmente nas crianças com idade entre 48 e 120 horas de vida. Para sua mais fácil detecção o exame deve ser feito sob luz natural. Deve-se descrever a intensidade da coloração amarelada detectada e sua distribuição nos diferentes segmentos do corpo, haja vista a icterícia evoluir no sentido crânio-caudal. A icterícia sempre deve ter sua causa investigada se detectada nas primeiras 24h de vida ou quando apresentar-se de forma intensa. Quando detectada mais tardiamente, após 24h de vida, pode ser fisiológica ou patológica.

Equimoses são manchas comuns nos RN, sobretudo nos RN prematuros, e sua localização depende da apresentação e dos traumas sofridos, especialmente durante o parto.

Equimose situada na face tem aspecto de cianose localizada e é chamada de máscara cianótica ou equimótica, geralmente sem relevância clínica.

Petéquias localizadas, especialmente se restritas ao rosto, não são motivo de preocupação, mas quando generalizadas devem ser investigadas. A reabsorção do sangue extravasado pode contribuir para o aumento tardio dos níveis de bilirrubina.

3. 2.1.2 Subcutâneo

A quantidade de tecido subcutâneo pode ser aferida por meio da prega cutânea, que costuma ter cerca de 1cm nos RN a termo e ser uniformemente distribuída pelo corpo. Essa

prega indica o depósito de gordura da criança, assim como o turgor da pele. Esse último, quando firme, está associado ao bom estado nutricional. Crianças emagrecidas podem apresentar turgor frouxo. O turgor pastoso, caracterizado pelo lento retorno do tecido subcutâneo após pinçamento do mesmo, típico de desidratação em crianças maiores, em RN está mais associado à desnutrição ao final da gestação, geralmente por insuficiência placentária.

Em locais relacionados à apresentação fetal pode ser observado edema, especialmente nas pálpebras. Nos RN prematuros pode haver edema duro, em membros inferiores e na região genital, que regride em alguns dias (linfedema). Em caso de edema acentuado no dorso das mãos e pés, a síndrome de Turner deve ser considerada.

3. 2.1.3 Gânglios

Deve-se procurar palpar todas as cadeias ganglionares: cervicais, occipitais, submandibulares, axilares e inguinais; e descrever o número de gânglios palpáveis, seu tamanho, consistência, mobilidade e sinais inflamatórios. Quando o ambiente não estiver adequadamente aquecido para a criança, a palpação deverá ser realizada à medida em que for feito o exame dos diversos segmentos corporais.

Habitualmente o RN apresenta raros pequenos gânglios em torno de 3mm.

Lembrar que nas infecções congênitas pode haver hipertrofia ganglionar.

3. 2.1.4 Mucosas

Avalia-se cor, umidade e presença de lesões. O exame da mucosa conjuntival costuma estar prejudicado devido à irritação causada pela solução de nitrato de prata a 1% instilada nos olhos dos RN como medida de prevenção da conjuntivite gonocócica. O exame da mucosa oral é mais apropriado e pode ser feito em detalhes durante o choro da criança.

3. 2.1.5 Musculatura

São avaliados o tônus e o trofismo.

Um RN normal a termo apresenta hipertonia em flexão dos membros.

O RN a termo em decúbito dorsal apresenta os membros superiores fletidos e os inferiores semifletidos, cabeça lateralizada e mãos cerradas. O tônus muscular depende da idade gestacional; quanto mais próximo do termo, maior o tônus flexor.

O trofismo pode ser averiguado pela palpação do músculo peitoral. Devido ao tônus flexor, quando se faz uma leve extensão do braço o músculo peitoral apresenta-se fácil à palpação. Considera-se a espessura em torno de 1cm como trofismo adequado.

3. 2.1.6 Esqueleto e articulações

Deve-se avaliar cuidadosamente a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações do RN.

Não é infrequente o achado de polidactilia, especialmente nas mãos, com o dedo extranumerário fixado na face lateral da segunda ou terceira falange do dedo mínimo (autossômico dominante). Outras anomalias como sindactilia (dedos unidos), aracnodactilia (dedos muito longos), clinodactilia (dedos desviados do eixo), agenesias (de rádio, fêmur, tíbia, úmero, etc.) devem ser atentamente procuradas.

No exame das mãos, atentar para as pregas palmares. Prega palmar única em ambas as mãos associada à ausência de prega falangiana no 5º quirodáctilo (dedo mínimo) é observada em situações de hipotonia fetal, como na síndrome de Down.

A simetria e a adequação da movimentação dos membros devem ser bem avaliadas. Atenção especial deve ser dada à movimentação dos membros superiores, que pode estar comprometida por lesões traumáticas do parto.

As paralisias decorrentes do estiramento exagerado do plexo braquial durante o parto podem apresentar-se de formas diversas, a depender do grau e topografia da lesão. O RN fica com o membro superior paralisado, em rotação interna, devendo ser descartadas fraturas de clavícula ou da região proximal do úmero, que podem coexistir com a lesão neurológica ou simulá-la.

As lesões neurológicas podem ser leves (neuropraxia) quando o distúrbio motor é devido ao edema da raiz nervosa, e desaparece entre uma e duas semanas, com recuperação completa da função. Felizmente essa é a forma mais comum. Entretanto, quando há ruptura das fibras nervosas (axonotmese), a recuperação é mais lenta e incompleta. Nos casos mais graves há ruptura completa da raiz (neurotmese) e a recuperação espontânea nunca ocorre.

A manifestação clínica da paralisia vai depender da topografia da lesão. Quando ocorre nas raízes C5-C6 (paralisia de Erb-Duchenne) afeta preferencialmente os músculos do ombro e o cotovelo, preservando a mão. Quando a mão é afetada e a musculatura do ombro é preservada, a lesão encontra-se nas raízes C7-C8-T1 (paralisia de Klümpke). Na lesão total, todas as raízes são lesadas e o membro superior é balouçante, podendo inclusive haver paralisia diafragmática.

A fratura de clavícula, intercorrência ainda mais frequente que as paralisias, pode causar restrições de movimentação do membro correspondente devido à intensa dor, podendo mimetizar uma paralisia obstétrica. O diagnóstico é feito pela palpação da clavícula; se houver fratura, pode-se sentir crepitação local e observar manifestação de dor no RN. A evolução clínica da fratura de clavícula costuma ser benigna e a simples utilização de tipóia e manipulação cuidadosa do membro envolvido já é suficiente para o seu tratamento. Não é necessária realização de exame radiológico, já que o achado não muda a conduta clínica.

A articulação coxo-femural deve receber atenção especial. É importante que se afaste a presença de displasia do desenvolvimento do quadril. Nessa condição, há instabilidade da articulação coxo-femural ao nascimento devido ao fato de o acetábulo ser mais raso e a cápsula mais frouxa, o que permite mobilização inadequada da cabeça do fêmur que fica parcialmente desencaixada do acetábulo. Se não for adequadamente tratada no período neonatal por simples imobilização, a lesão poderá levar a graves limitações na deambulação futura e poderá até haver necessidade de correção cirúrgica. Pode-se encontrar assimetria das pregas glúteas e encurtamento do membro afetado no caso de displasia unilateral; porém, mais frequentemente a alteração não provoca deformidades, não limita os movimentos e é indolor, ou seja, o RN é aparentemente normal. Isso significa que a displasia só será diagnosticada se pesquisada. As manobras de Barlow e de Ortolani, além do exame ultrassonográfico, podem auxiliar no diagnóstico.

Na manobra de Ortolani, a criança é colocada em decúbito dorsal, segurando-se os membros inferiores com os joelhos dobrados, e quadris fletidos a 90° e aduzidos (juntos à linha média). A partir dessa posição, faz-se a abdução das coxas com leve pressão nos joelhos. A manobra deve ser repetida várias vezes, simultaneamente, para os dois lados dos quadris ou fixando-se um lado e testando-se o outro, aplicando-se diferentes pressões.

Quando existe instabilidade coxo-femural a manobra de Ortolani faz com que a cabeça do fêmur se encaixe no fundo do acetábulo; esse deslocamento é percebido nas mãos como um “click” (Ortolani positivo).

O achado de pequenos estalidos (“clicks”) causados pela movimentação e pelo deslize de fâscia ou tendão sobre saliências ósseas é considerado normal.

O tratamento consiste em fazer uma manobra de Ortolani, encaixar o quadril e manter-se a posição de abdução e flexão do quadril com o uso de aparelhos ortopédicos por 3 meses ininterruptamente. Obtém-se sucesso em 97% dos casos (ver capítulo 38 - volume 3 desta obra).

No exame dos pés deve-se estar atento a seu posicionamento. Não é infrequente a detecção de pés tortos. É necessário diferenciar o pé torto posicional, decorrente da posição intraútero, do pé torto congênito.

Quando o pé torto é posicional, o examinador, com manobra delicada, pode corrigir a posição do pé para uma postura fisiológica.

Assim, trata-se de caso benigno, cuja resolução se dá por meio de fisioterapia por manipulação diária. Por outro lado, o pé torto congênito, que em 50% dos casos é bilateral e simétrico, não é redutível por manobras e necessita de tratamento ortopédico. As deformidades encontradas no pé torto congênito são complexas e diversas. Assim, no pé eqüino, o calcanhar está elevado e o antepé caído; no pé varo, há torção do pé fazendo com que sua face plantar fique voltada medialmente; no pé aduto o antepé está desviado medialmente; e no pé cavo forma-se uma prega transversal na planta do pé. Para mais detalhes sobre problemas ortopédicos, ver capítulo 38 – volume 3 desta obra.

Ainda fazendo parte do exame osteoarticular, deve-se apalpar a linha média da coluna vertebral na busca de espinha bífida, meningocele e outros defeitos, especialmente na região sacrolombar.

Algumas lesões da coluna não são óbvias ao exame do RN e são chamadas de disrafismos ocultos da espinha. Em 25% desses casos existem manifestações cutâneas associadas como pilosidades locais, hemangiomas capilares, fossetas ou acúmulo anormal de gordura. É importante que se verifique a integridade da pele no fundo da fosseta, para se afastar a possibilidade de contaminação da espinha. É importante a determinação do sentido (cranial ou caudal) da fixação da fosseta, pois as fixadas no sentido cranial apresentam muito maior risco de possuírem extensão intraespinhal ou intradural. Por outro lado, quando o sentido da fixação é caudal há pouca significância clínica.

Para verificar o sentido da fixação da fosseta faz-se um movimento da pele adjacente no sentido cranial e caudal. Quando o defeito fica menos óbvio com o movimento na direção cefálica e mais evidente com a tração da pele no sentido caudal, é indicativo de que a fixação é superior, o que significa maior risco.

3.2.2 Exame físico especial

3.2.2.1 Crânio

Inicia-se o exame verificando assimetrias. Frequentemente encontram-se assimetrias transitórias, que variam de acordo com a apresentação fetal. Assim, o parto normal, especialmente na raça negra, pode causar o aumento do diâmetro ântero-posterior (dolicocefalo). Por outro lado, no parto cesáreo, o crânio pode apresentar-se mais “arredondado”, já que a cabeça não sofre adaptação ou amoldamento no canal de parto.

A seguir, faz-se a palpação das suturas cranianas. São comuns as sobreposições das bordas dos ossos do crânio (cavalgamentos), especialmente no parto normal, as quais desaparecem em poucos dias, bem como as disjunções de suturas, sem qualquer expressão patológica. Por outro lado, quando ocorre a fusão intrauterina das suturas, o osso para de crescer e ocorre afundamento local com assimetria do crânio, o que constitui a craniossinostose. Essa situação patológica pode requerer tratamento cirúrgico.

Na palpação das fontanelas, deve-se atentar para o tamanho (medido em centímetros nas diagonais), tensão, abaulamentos ou depressões e pulsações. A fontanela bregmática, na forma de losango, formada na confluência dos ossos frontal e parietais, apresenta-se com tamanho variável no RN a termo. Quando abaulada sugere aumento da pressão intracraniana, como ocorre na meningite, hidrocefalia, edema cerebral ou hemorragia intracraniana. Quando deprimida, associa-se à desidratação. A lambdóide, entre os ossos parietais e occipital, geralmente é pequena (justaposta). Quando grande, pode estar associada a doenças como hipotireoidismo e síndrome de Down.

Fazendo-se pressão suave sobre os ossos do crânio, pode-se detectar uma área depressível, assemelhando-se à palpação de bola de pingue-pongue (craniotabes). Costuma desaparecer nos primeiros meses de vida.

Na palpação do couro cabeludo detectam-se abaulamentos com relativa frequência, como na bossa serossanguínea e no céfalo-hematoma.

A bossa representa edema das partes moles na área da apresentação, não respeita o limite dos ossos do crânio, é depressível e regride nos primeiros dias pós-parto.

No céfalo-hematoma há rompimento de vaso subperiosteal secundário ao traumatismo do parto. Sua consistência é de conteúdo líquido e restringe-se ao limite do osso, geralmente o parietal.

O tamanho do céfalo-hematoma deve ser acompanhado, mas é raríssimo ser necessária alguma intervenção para estancar o sangramento ou drenar eventual abscesso decorrente de contaminação (Figura 10).



Figura 10 - Aspecto de céfalo-hematoma parietal direito

O perímetro craniano é informação indispensável e deve ser medido com fita métrica inextensível, passando pela glabella e proeminência occipital. No RN a termo varia de 33 a 37cm. Esse dado, juntamente com o peso e o comprimento, devem ser lançados no gráfico de crescimento. Se a criança for prematura, deve-se levar em conta sua idade cronológica corrigida. Essa é calculada subtraindo-se da idade real da criança o número de semanas que faltaram para que completasse 40 semanas de gestação.

3.2.2.2 Olhos

Os RN permanecem com os olhos fechados a maior parte do tempo. As pálpebras geralmente encontram-se edemaciadas devido à instilação do nitrato de prata. Deve-se observar a distância entre os olhos, entre os cantos internos das pálpebras (distância intercantal interna), a posição da fenda palpebral (transversal – normal, ou oblíqua – presente em algumas anomalias congênitas) e a presença de sobrancelhas, cílios e epicanto. A fenda palpebral oblíqua para cima, por exemplo, está presente na síndrome de Down, e para baixo na de Apert.

Elevando-se o RN à posição semissentada, em movimento relativamente rápido, consegue-se a abertura dos olhos e verificação da mobilidade das pálpebras. Melhor ainda é esperar o momento durante o exame em que ocorre a abertura espontânea dos olhos. A conjuntiva pode estar hiperemiada devido à irritação pela instilação do nitrato de prata e frequentemente observam-se hemorragias subconjuntivais.

A esclera é branca ou levemente azulada nos RN pré-termo. Cor azul mais intensa está associada à osteogênese imperfeita. Na esclerótica, também são comuns as hemorragias, em sua maioria benignas, decorrentes do parto e que desaparecem com o passar do tempo. Estrabismo transitório e nistagmo horizontal podem ser eventualmente verificados. Devem-se pesquisar exoftalmia (olhos saltados), microftalmia (com córnea menor que 9mm),

opacificação da córnea, catarata, glaucoma congênito (com córnea maior que 11mm) e lacrimejamento anormal por obstrução do canal lacrimal (dacriostenose).

Com o auxílio de oftalmoscópio, em quarto escuro para melhor abertura das pupilas e a cerca de 40 a 50cm de distância, deve-se pesquisar o reflexo vermelho do fundo do olho, que indica a adequada transparência da córnea e cristalino.

Esse exame, também conhecido como **teste do olhinho**, já faz parte da rotina obrigatória do exame de RN em vários estados brasileiros. Pode, ainda, auxiliar na identificação de eventuais “massas” esbranquiçadas intraoculares. Devem ser investigadas a simetria entre as pupilas (isocoria ou anisocoria), a reatividade das pupilas ao estímulo luminoso e a presença de midríase (pupilas dilatadas) ou miose (pupilas puntiformes).

3.2.2.3 Ouvidos

Deve-se verificar a forma, a consistência e implantação dos pavilhões auriculares, e a presença de condutos auditivos externos, fístulas retroauriculares e apêndices pré-auriculares. É necessário também avaliar a função do sistema auditivo.

Para se considerar que a forma auricular foge dos padrões normais, é preciso que haja grande alteração do pavilhão, devido à variabilidade de formas consideradas normais. A consistência do pavilhão aumenta com a idade gestacional, assim como a presença de dobra na borda superior. Dessa forma, nos RN a termo, o pavilhão possui consistência cartilaginosa, voltando rapidamente à posição normal quando solto após ser dobrado. No RN pré-termo, o pavilhão não retorna à posição inicial após ser dobrado e é liso em sua borda superior.

A adequada implantação pode ser aferida traçando-se um plano imaginário que passe pela fenda palpebral e se estenda horizontalmente em direção às orelhas. A borda superior da orelha deve estar pouco acima dessa linha. Geralmente a implantação baixa da orelha é acompanhada de rotação posterior do eixo do pavilhão auricular e está associada a defeitos renais, malformação do primeiro arco branquial e anomalias cromossômicas.

Deve-se observar se o RN responde piscando os olhos à emissão de um ruído próximo ao ouvido (reflexo cócleo-palpebral). Independente do resultado é obrigatório o rastreamento da deficiência auditiva por meio de medidas fisiológicas da audição (teste da orelhinha).

3.2.2.4 Nariz

Quando o RN está calmo, dormindo e com a boca fechada, pode-se observar a permeabilidade nasal ao ar inspirado e expirado. Obstrução nasal e espirros frequentes são comuns e muitas vezes decorrentes do trauma causado pela aspiração das vias aéreas superiores ao nascimento. Batimentos das aletas nasais são visíveis em RN com dificuldade respiratória.

Deformidades ou malformações, quando presentes, ocorrem por defeitos intrínsecos do osso próprio do nariz (observados nas trissomias 18 e 21) ou por pressão extrínseca intraútero ou no momento do parto. A presença de coriza mucóide, mucopurulenta ou mucopiosanguinolenta é rara e sugere o diagnóstico de lues congênita (geralmente em torno da segunda semana de vida).

3.2.2.5 Boca

A cavidade oral deve ser observada cuidadosamente. O exame pode ser feito durante o choro e, na maioria das vezes, não há necessidade de se utilizar abaixador de língua para sua melhor visualização. O estímulo da pressão suave na transição mucosa-pele do lábio inferior e leve tração da mandíbula para baixo facilita a abertura da boca do RN.

O desvio da comissura labial durante o choro pode estar associado a paralisia facial decorrente de posturas anormais intraútero ou trauma de parto, como por exemplo na compressão pelo fórceps.

Deve-se observar inicialmente as mucosas. Pode-se encontrar aftas de Bednar, decorrentes de lesão traumática da mucosa por aspiração ou limpeza agressiva logo após o parto. A presença de saliva espessa é indicação de desidratação, e a sialorréia pode ser sugestiva de atresia de esôfago.

A seguir, deve-se avaliar a forma do palato, se normal ou em ogiva, e sua integridade. Fenda palatina pode ocorrer de forma isolada ou associada a lábio leporino. No palato pode-se ainda encontrar as pérolas de Epstein, que são pequenas formações esbranquiçadas junto à rafe mediana, compostas de restos celulares e sem repercussões clínicas. Avaliando-se o palato mole pode-se detectar ainda úvula bífida e tumores.

Na gengiva, deve-se verificar a presença de cistos de retenção gengival e dentes supernumerários. Estes devem ser avaliados quanto à sua implantação, já que habitualmente são frouxos e com raízes fracas. Nessas condições devem ser extraídos, devido ao risco de aspiração. O tamanho e a mobilidade da língua devem ser avaliados; macroglossia sugere hipotireoidismo ou síndrome de Beckwith-Wiedemann (macroglossia, gigantismo, onfalocele e hipoglicemia grave).

Deve também ser avaliado o tamanho da mandíbula. Micrognatia ocorre isoladamente ou fazendo parte de alteração genética (sequência de Pierre Robin). Nessa situação, pode ocorrer glossoptose (queda da língua) com obstrução de vias aéreas e consequente cianose.

3.2.2.6 Pescoço

No RN o pescoço é curto, dificultando o exame. A discreta extensão da cabeça permite sua melhor visualização. Deve-se palpar a parte mediana do pescoço a fim de se detectar o crescimento anormal da tireóide (bócio) e a presença de fístulas, cistos e restos de arcos branquiais.

Em sua parte lateral, deve-se verificar a presença de estase jugular e palpar o músculo esternocleidomastoideo a fim de verificar a presença de contraturas (torcicolo congênito). É importante verificar a mobilidade e o tônus do pescoço a fim de afastar anomalias das vértebras cervicais. A presença de pele redundante na nuca pode estar associada à síndrome de Down, e na parte lateral (o chamado pescoço alado) à síndrome de Turner.

3.2.2.7 Tórax

Na inspeção do tórax do RN pode-se detectar a sua forma normal, cilíndrica. No RN a termo seu perímetro (passando pelos mamilos) é cerca de 2cm menor que o cefálico. Assimetria pode estar associada à malformação cardíaca, pulmonar, da coluna e do arcabouço costal. O apêndice xifóide é frequentemente saliente.

Os mamilos e as glândulas mamárias crescem com a idade gestacional e em RN a termo medem, à palpação, cerca de 1cm. Pode ocorrer hipertrofia bilateral das glândulas mamárias decorrente de estímulo estrogênico materno. Em algumas dessas crianças, meninos ou meninas, pode-se observar secreção de leite. Deve-se evitar a expressão das glândulas hipertrofiadas devido ao risco de contaminação e desenvolvimento de mastite, que é uma condição grave.

3.2.2.7.1 Aparelho respiratório

É importante que o exame do sistema cardiorrespiratório se faça com o RN calmo, já que o choro costuma alterar os parâmetros, que devem ser medidos em repouso.

A respiração do RN é do tipo costoabdominal. São comuns as variações de frequência e ritmo respiratório, observando-se pausas respiratórias curtas (cerca de 5 segundos) nos RN prematuros. Configura-se apneia quando o tempo de parada respiratória é maior que 20 segundos ou menor, mas associada à cianose ou bradicardia.

A frequência respiratória média é de 40 a 60 incursões por minuto (contada em 1 minuto). Frequência acima de 60 caracteriza a taquipneia, que deve ser investigada. Presença de tiragem intercostal supra e infraesternal é anormal, mesmo em RN prematuros.

A palpação, percussão e ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar.

A percussão deve revelar o som claro pulmonar característico, exceto na área de projeção do fígado, onde o som pode ser submaciço ou maciço.

Se por um lado a ausculta do murmúrio vesicular pode ser facilitada pela pequena espessura da parede torácica, por outro a respiração superficial pode dificultá-la. Estertores finos ou crepitantes são comuns logo após o nascimento, assim como roncos de transmissão, decorrentes de obstrução nasal.

Assimetrias detectadas à inspeção, palpação, percussão ou ausculta são importantes indicadores de anormalidades, devendo ser investigadas.

3.2.2.7.2 Aparelho cardiocirculatório

O *ictus cordis* (pulsção do coração) em geral não é visível e, à palpação do precórdio, é pouco perceptível. No RN, a posição horizontalizada do coração faz com que o *ictus*, quando palpável, encontre-se no 4º espaço intercostal esquerdo, lateralmente, à esquerda da linha hemiclavicular. O deslocamento do *ictus* pode indicar doença; se deslocado para a direita, por exemplo, pode ser decorrente de pneumotórax hipertensivo à esquerda. Precórdio hiperdinâmico pode ser o primeiro sinal de persistência de canal arterial (PCA) em RN pré-termo.

A detecção de frêmito é sempre sugestiva de cardiopatia, principalmente se associado a sopro. Em crianças maiores, se for mais intenso na borda esternal esquerda alta, sugere estenose pulmonar e de artérias pulmonares; na borda esternal esquerda baixa, comunicação intraventricular; na borda esternal direita alta, estenose aórtica; na fúrcula esternal, estenose aórtica, persistência do canal artierar ou coarctação da aorta. Em RN essa diferenciação é difícil.

A frequência cardíaca varia, em média, de 120 a 140bpm. RN em repouso com frequência cardíaca acima de 160bpm (taquicardia) devem ser mais bem avaliados.

A ausculta cardíaca deve ser sistematizada, realizada com a criança calma e repetidas vezes, avaliando-se as bulhas nos focos em que são normalmente mais audíveis. Assim, a primeira bulha (fechamento das valvas atrioventriculares no início da sístole ventricular) é mais bem avaliada nos focos do ápice; e a segunda, nos focos da base. A detecção de terceira e quarta bulhas (galope) são sugestivas de cardiopatia. Na ausculta da segunda bulha detecta-se frequentemente desdobramento inconstante por fechamento assíncrono das valvas semilunares, aórtica e pulmonar, nessa ordem. Esse desdobramento normalmente é associado à respiração, aumentando na inspiração e diminuindo ou desaparecendo com a expiração.

Na ausculta cardíaca do RN, sopros ou arritmias podem ser transitórios.

Sopro sistólico no nível do terceiro ou quarto espaço intercostal, ao longo da borda esternal esquerda, nas primeiras 48 horas de vida, pode ser verificado em RN a termo. Quando é um achado isolado, sem outros sinais associados, como taquicardia, taquipneia ou cianose, costuma não ter repercussão clínica e, em geral, desaparece nos 3 primeiros meses de vida. Por outro lado, a ausência de sopros não afasta cardiopatia, já que em cerca de 20% das cardiopatias congênicas graves não se auscultam sopros de imediato. É importante lembrar que no útero o ventrículo direito é mais requisitado que o esquerdo e, por isso, encontra-se hipertrofiado ao nascimento. Assim, por exemplo, nas comunicações intraventriculares pode não se auscultar sopro nos primeiros dias de vida.

É fundamental a palpação cuidadosa dos pulsos periféricos.

Pulsos cheios em RN prematuro sugerem persistência do canal arterial; pulsos femorais débeis ou ausentes apontam para coarctação da aorta.

A pressão arterial é de difícil determinação, podendo ser aferida com mais facilidade por meio de aparelhos que se valem do efeito Doppler. Mais detalhes sobre problemas cardiológicos podem ser encontrados no volume 3 desta obra.

3.2.2.8 Abdome

3.2.2.8.1 Inspeção

À inspeção, o abdome do RN apresenta-se semigloboso, com perímetro abdominal cerca de 2 a 3cm menor que o cefálico.

Habitualmente, não se visualizam ondas peristálticas. A presença de abdome globoso, distendido, com ondas peristálticas visíveis sugere obstrução. Abdome escavado é sugestivo de hérnia diafragmática.

A diástase dos músculos retos abdominais (aumento da distância entre os retos com presença de pequeno abaulamento herniário) é observação frequente e sem significado clínico. Habitualmente regride após o início da deambulação.

Deve-se, ainda, inspecionar as condições do coto umbilical. Inicialmente gelatinoso, ele seca progressivamente, mumificando-se perto do 3º ou 4º dia de vida, e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia. Habitualmente o cordão umbilical apresenta duas artérias e uma veia. A presença de artéria umbilical única pode estar associada a anomalias renais ou problemas genéticos, principalmente trissomia do 18. É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical.

Secreção purulenta na base do coto, com edema e hiperemia da parede abdominal, sobretudo se formar um triângulo na parte superior do umbigo, indicam onfalite, infecção de alto risco para a criança.

A higiene da região umbilical com álcool a 70% é um importante fator de proteção contra infecção. Imediatamente após a limpeza pode-se observar hiperemia transitória da pele, o que não apresenta risco para o RN.

Na inspeção, pode-se ainda detectar defeitos da parede abdominal, como a onfalocele e a gastrosquise. Na onfalocele ocorre herniação na linha média, recoberta por saco peritoneal, com o cordão umbilical inserido no centro dessa massa. Pode estar associada a trissomias ou outras anomalias congênitas. Na gastrosquise o defeito encontra-se à direita do umbigo, com as alças intestinais e outros órgãos abdominais podendo exteriorizar-se através dessa abertura, sem membrana peritoneal recobrindo o conteúdo exposto.

A eliminação de mecônio costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida. Trata-se de material viscoso, verde escuro, composto por sais biliares, células epiteliais de descamação, sucos digestivos e lanugo, sendo eliminado nos primeiros 3 a 4 dias de vida. Após esse período, as fezes, denominadas de transição, têm coloração amarelo-esverdeada, liquefeitas, podendo até ser confundidas com diarreia. O reflexo gastrocólico exacerbado, isto é, o relaxamento do esfíncter anal que ocorre com a distensão do estômago, aumenta o número de evacuações diárias, sobretudo no RN em aleitamento materno exclusivo sob livre demanda, que pode evacuar em cada mamada.

3.2.2.8.2 Percussão

Com a percussão abdominal (e torácica) pode-se determinar o tamanho do fígado acompanhando o som sub-maciço. Caracteristicamente, encontra-se som timpânico no resto

do abdome. Eventualmente, consegue-se delimitar o tamanho do baço, especialmente quando aumentado.

3.2.2.8.3 Palpação

A palpação abdominal fica tecnicamente mais fácil quando realizada com o RN dormindo. Assim, recomenda-se realizá-la logo no início do exame físico. Com as mãos limpas e aquecidas, a palpação deve ser suave e superficial no início, partindo-se da fossa ilíaca em direção ao rebordo costal. Após a palpação superficial, pode-se fazer uma palpação mais profunda.

Em condições normais não se encontram massas abdominais e é possível a palpação da borda do fígado a cerca de 2cm do rebordo costal direito, na linha mamilar.

Devem-se descrever as características do fígado: consistência (parenquimatosa, endurecida), superfície (lisa, granulada) e borda. No RN a borda do fígado é um pouco mais arredondada, diferentemente da borda fina encontrada em crianças maiores e adultos.

Eventualmente, com a palpação superficial, consegue-se palpar o pólo inferior do baço no nível do rebordo costal esquerdo. Sempre que se consegue palpar o baço é necessária investigação, devido à possibilidade de infecção ou de incompatibilidade sanguínea.

Com manobras cuidadosas e profundas, os rins podem ser palpados, principalmente em RN prematuros. Por vezes fica-se em dúvida se a massa que está sendo palpada é o rim ou o baço. Lembrar que quando se trata do baço, não se consegue palpar depressão entre o rebordo costal e o órgão (ele vem de baixo das costelas). Os rins podem estar aumentados na doença policística, hidronefrose ou trombose da veia renal, entre outras doenças.

A presença de massas abdominais sugere alguma enfermidade. A massa pode ser decorrente de distensão da bexiga (bexigoma) causada por simples retenção urinária ou por uma real obstrução de saída da urina por um fecalito de cólon ou por alguma condição mais complexa como cistos ovarianos, cistos mesentéricos, neuroblastoma, tumor de Wilms, entre outras. Deve-se então descrever a localização, forma, tamanho, mobilidade, consistência e eventuais irregularidades de superfície.

Ao auscultar o abdome, verifica-se que no RN os ruídos hidroaéreos são bem frequentes. Ruídos aumentados, que ocorrem nas situações de luta contra obstrução, ou ausência de ruídos são sinais preocupantes que indicam doença grave.

3.2.2.9 Aparelho geniturinário

A primeira diurese costuma ocorrer na sala de parto ou nas primeiras 48h. Em mais de 90% ocorrem nas primeiras 24h. Eventualmente observam-se manchas avermelhadas nas fraldas, que devem-se à presença de uratos na urina e não tem repercussão clínica.

O exame da genitália deve ser detalhado e sempre que possível com a presença de um dos pais ou de um auxiliar. Se essa regra é fundamental para crianças maiores, não deixa de ser menos importante com um RN. Após inspeção geral, o exame deve começar com a palpação do canal inguinal para a detecção de massas ou testículo.

3.2.2.9.1 Sexo masculino

O pênis normal de um RN mede de 2 a 3cm. A glândula não costuma ser exposta, nem com a tentativa de retração do prepúcio, e o orifício prepucial é estreito. A visualização do meato urinário na extremidade da glândula nem sempre é possível. Existe a possibilidade de anormalidades na saída da uretra. Quando o orifício de saída encontra-se na face ventral do pênis dá-se o nome de hipospádia e, quando na face dorsal, de epispádia. Na hipospádia o orifício pode localizar-se desde a transição bálano-prepucial até a região pene-escrotal. A rafe peniana deve ser bem observada. Quando a glândula estiver naturalmente exposta, deve-se atentar para o diagnóstico de epispádia ou hipospádia.

A bolsa escrotal é rugosa no RN a termo. Sua palpação permite verificar a presença dos testículos, assim como sua sensibilidade, tamanho e consistência. Os testículos migram da cavidade abdominal para o escroto através do canal inguinal durante o final da gestação, sendo que no RN a termo os testículos são habitualmente encontrados dentro da bolsa escrotal. A não palpação dos testículos na bolsa pode significar criptorquidia. Quando a criptorquidia é bilateral e os testículos não são palpáveis nem na bolsa escrotal nem no canal inguinal, deve-se suspeitar de genitália ambígua.

Os testículos têm consistência firme, parenquimatosa, com tamanho de cerca de 1cm, e não são hipersensíveis. O aumento dos testículos à palpação frequentemente é decorrente de hidrocele. Essa condição é comum e a reabsorção do líquido se dá nos primeiros meses de vida. Deve-se fazer a prova da transluminação para confirmação do diagnóstico. Deve-se estar atento para o diagnóstico de genitália ambígua, torção testicular (coloração azulada e hipersensibilidade), assimetrias testiculares, malformações anorretais com fístula e eliminação de mecônio pela uretra ou períneo.

3.2.2.9.2 Sexo feminino

No sexo feminino, o tamanho dos grandes lábios depende do depósito de gordura e da idade gestacional da RN. Assim, nas crianças pré-termo pequenas podem ser quase inexistentes, e nas RN a termo os grandes lábios chegam a recobrir totalmente os pequenos lábios.

Afastados os grandes lábios, avalia-se o sulco entre os grandes e pequenos lábios, frequentemente recobertos de vérnix. Aderências de pequenos lábios são raras e requerem intervenção.

Afastando-se os pequenos lábios examina-se o hímen. Deve-se observar a perfuração hi-menal por onde é comum a saída de secreção esbranquiçada ou translúcida em consequência da ação do estrógeno materno, e que costuma desaparecer ao final da primeira semana de vida. No segundo ou terceiro dia pode ocorrer discreto sangramento vaginal. A imperfuração do hímen leva a hidrocolpos, que se manifesta por hímen abaulado, em forma de bolsa, sendo necessária intervenção cirúrgica no período neonatal (Figura 11). A hipertrofia do hímen, com prolapso da parte distal para fora dos grandes lábios, é um achado comum e sem significado clínico.

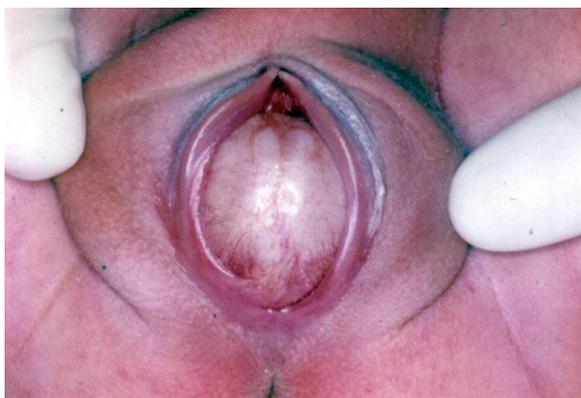


Figura 11 - Aspecto da imperfuração do hímen

O tamanho do clitóris é pequeno, porém em RN pré-termo, devido ao pouco desenvolvimento dos grandes lábios, ele pode sobressair-se, dando a impressão errônea de clitoromegalia. Fusão posterior dos grandes lábios e hipertrofia clitoriana são achados que requerem investigação. É importante observar os orifícios uretral e vaginal. Anomalias anorretais podem levar à eliminação de mecônio pela vagina ou uretra.

3.2.2.10 Ânus

O exame do orifício anal deve ser feito obrigatoriamente, podendo-se detectar anomalias anorretais e fístulas.

Habitualmente faz-se apenas a inspeção, podendo-se verificar por palpação delicada o tônus anal. O ânus costuma distar cerca de 1 cm da borda inferior da vulva ou da implantação do escroto. Não se recomenda, de rotina, toque ou introdução de sonda retal para verificação de sua permeabilidade.

3.2.2.11 Sistema nervoso

Quando se inicia o exame físico geral do RN, inicia-se, simultaneamente, a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes dessa avaliação.

Ao nascer, a criança costuma ficar durante cerca de 1 a 2 horas muito desperta, e a seguir habitualmente dorme profundamente por algumas horas, por vezes até 12 horas.

Deve-se evitar a realização do exame neurológico nas primeiras 12 horas de vida, para minimizar a influência do estresse do parto, que pode mascarar algumas respostas normais, dando falsa impressão de comprometimento.

Durante o exame, deve-se atentar para o estado de alerta da criança, que reflete a integridade de vários níveis do sistema nervoso central. Como o exame sofre grande influência do estado de sono/vigília, é importante aguardar a criança despertar para uma adequada avaliação.

O tônus em flexão é relacionado à idade gestacional. RN a termo apresentam-se com hipertonia em flexão dos membros, com postura semelhante à fetal. Conseguem inclusive manter a cabeça no mesmo nível que o corpo por alguns segundos quando levantados pelos braços. Movimentam-se ativamente ao serem manipulados.

Os reflexos primitivos característicos do RN devem ser avaliados, pois podem trazer informações importantes sobre seu estado de saúde. São caracterizados por resposta motora involuntária a um estímulo e estão presentes em bebês desde antes do nascimento até por volta dos seis meses de vida. São mediados por mecanismos neuromusculares subcorticais, que se encontram desenvolvidos desde o período pré-natal. O desaparecimento desses reflexos durante o curso normal de maturação do sistema neuromuscular nos primeiros seis meses de vida é atribuído ao desenvolvimento de mecanismos corticais inibitórios.

São diversos os reflexos primitivos encontrados no RN, porém não há necessidade de avaliação de todos durante o exame físico rotineiro do RN a termo. Os que habitualmente devem ser avaliados são:

Sucção. A sucção reflexa manifesta-se quando os lábios da criança são tocados por algum objeto, desencadeando-se movimentos de sucção dos lábios e da língua. Somente após 32 a 34 semanas de gestação é que o bebê desenvolve sincronia entre respiração, sucção e deglutição, o que torna a alimentação por via oral difícil em RN pré-termo.

Voracidade. O reflexo da voracidade ou de procura manifesta-se quando é tocada a bochecha perto da boca, fazendo com que a criança desloque a face e a boca para o lado do estímulo. Este reflexo não deve ser procurado logo após a amamentação, pois a resposta ao estímulo pode ser débil ou não ocorrer. Está presente no bebê até os três meses de idade.

Preensão. A preensão palmoplantar se obtém com leve pressão do dedo do examinador na palma das mãos da criança e abaixo dos dedos do pé.

Marcha. A marcha reflexa e o apoio plantar podem ser pesquisados segurando-se a criança pelas axilas em posição ortostática. Ao contato das plantas do pé com a superfície, a criança estende as pernas até então fletidas. Se a criança for inclinada para a frente, inicia a marcha reflexa.

Fuga à asfixia. O reflexo de fuga à asfixia é avaliado colocando-se a criança em decúbito ventral no leito, com a face voltada para o colchão. Em alguns segundos o RN deverá virar o rosto liberando o nariz para respirar adequadamente.

Cutâneo-plantar. O reflexo cutâneo-plantar em extensão é obtido fazendo-se estímulo contínuo da planta do pé a partir do calcâneo no sentido dos artelhos. Os dedos adquirem postura em extensão.

Moro. O reflexo de Moro é um dos mais importantes a serem avaliados, devido à grande quantidade de informações que pode trazer. É desencadeado por algum estímulo brusco como bater palmas, estirar bruscamente o lençol onde a criança está deitada, ou soltar os braços semiesticados quando se faz a avaliação da preensão palmar. O reflexo consiste numa resposta de extensão-abdução dos membros superiores (eventualmente dos inferiores), ou seja, numa primeira fase os braços ficam estendidos e abertos, com abertura dos dedos da mão, e em seguida de flexão-adução dos braços, com retorno à posição original. Tem início a partir de 28 semanas de gestação e costuma desaparecer por volta dos seis meses de idade. A assimetria ou ausência do reflexo pode indicar lesões nervosas, musculares ou ósseas, que devem ser avaliadas.

Outros reflexos são menos frequentemente pesquisados, como o de **Magnus-De-Kleijn** (do esgrimista) em que, com a criança posicionada em decúbito dorsal, o examinador com uma das mãos estabiliza a região anterior do tórax e com a outra vira a cabeça da criança para o lado. A resposta esperada é a extensão dos membros do lado para o qual a face está voltada e flexão dos membros voltados para o outro lado. Outro é o **reflexo dos olhos de boneca**, que é desencadeado quando se promove a rotação lateral da cabeça do RN, e os olhos seguem lentamente para o lado da rotação. O **reflexo de Babkin** é uma reação à pressão simultânea das palmas das mãos do bebê. Com esse estímulo a criança abre a boca e mantém a cabeça na linha média levantando sua cabeça. Pode também haver fechamento dos olhos e flexão do antebraço do bebê.

Reflexos tendinosos podem ser avaliados utilizando-se o martelo com ponta de borracha ou o próprio dedo do examinador para o estímulo. O **reflexo patelar** costuma ser facilmente detectável.

Referências

1. GODOY, A. J. Desenvolvimento neuromotor. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 55-63.
2. UTHIDA-TANAKA, A. M. Dermatologia. In: RICCO, R. G., DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 385-392
3. VOLPON, J. B. Ortopedia. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 357-373.
4. AUCOTT, S. W. Physical examination and care of the newborn. In: FANAROFF, A. A.; MARTIN, R. J. (Ed.). **Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant**. 6. ed. St. Louis: Mosby –Year book, 1997. p. 403.
5. D'HARLINGUE, A. E.; DURAND, D. J. Recognition, stabilization and transport of the high-risk newborn. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. (Ed.). **Care of the high-risk neonate**. 5. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2001. p. 65.