



Semiologia da Criança e do Adolescente

Prof. Dr. Fabio Carmona

Introdução

A criança e o adolescente devem ser sempre avaliados em um contexto biopsicossocial. Em outras palavras, o crescimento e o desenvolvimento, assim como a saúde, são fortemente influenciados por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Objetivos

Espera-se que o estudante seja capaz de:

- Conhecer o impacto da doença sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Conhecer o exame físico normal de lactentes, crianças e adolescentes, e saber detectar desvios da normalidade, fazendo correlações clínicas com as possíveis causas patológicas, com ênfase nos sistemas respiratório, circulatório, nervoso e locomotor.

Anamnese

A anamnese é a base de qualquer avaliação na área da saúde. Ela sempre deve envolver os seguintes itens: identificação, queixa principal e duração, história da doença atual (Porque você veio? O que você sente? O que você estava fazendo quando sentiu isto? O que faz melhorar ou piorar? O que você tem feito para isto (medicamentos, tratamentos)?), e antecedentes (perinatais, patológicos, familiares, vacinais, sociais etc.).

Muitas informações relevantes sobre os antecedentes de uma criança podem ser encontradas no cartão da criança, tais como: dados do nascimento (idade gestacional, tipo de parto, antropometria ao nascimento etc.), histórico de vacinação etc.

Exame físico pediátrico

O exame físico pediátrico nem sempre pode ser realizado na sequência tradicional crânio-caudal. Muitas vezes, é necessário modificar a sequência para que manobras semiológicas que causam desconforto ou ansiedade, como otoscopia e oroscopia, por exemplo, sejam realizadas somente no final do exame físico. Em lactentes e pré-escolares, a ausculta do tórax pode ser realizada com o paciente no colo de sua mãe. Bons resultados podem ser obtidos usando-se técnicas de distração da criança e mantendo paciência e calma.

Avaliação inicial

A avaliação inicial do paciente pediátrico é uma primeira avaliação, rápida e objetiva, cuja finalidade é detecção rápida de situações de emergência. A avaliação inicial pode ser resumida nas letras ABC, conforme se segue:

A. Aparência

B. *Breathing* ou Respiração
C. Circulação

A aparência da criança envolve avaliar seu estado geral, nível de consciência, presença de dor, desconforto respiratório, sinais de desidratação, sinais indicativos de trauma, entre outros. É uma observação rápida geral. A avaliação da respiração busca identificar alterações na frequência respiratória e sinais indicativos de desconforto respiratório ou falência respiratória iminente. A avaliação da circulação busca identificar alterações na perfusão tecidual, com a presença de cianose, palidez, pele rendilhada ou marmórea, sangramentos etc. Se qualquer sinal de alerta for identificado em uma criança ou adolescente na avaliação inicial, um médico deve ser imediatamente chamado.

Exame físico geral

O exame físico geral pediátrico envolve antropometria e inspeção geral. A inspeção geral consiste na avaliação da atividade, intensidade e características do choro, responsividade, postura, movimentação espontânea, e da fácies. A fácies pode ser atípica, ou seja, inespecífica, ou pode ser típica de algumas síndromes ou condições patológicas, como, por exemplo, a síndrome de Down.

A antropometria consiste na realização de medidas de peso, estatura ou comprimento, e do perímetro craniano. A partir das medidas de peso e estatura ou comprimento, pode-se calcular o índice de massa corporal (IMC). Para se determinar se determinada medida antropométrica está adequada ou não para um paciente pediátrico, devem-se utilizar as curvas de crescimento. Atualmente, são recomendadas as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS, ou WHO)¹. Existem também aplicativos para *smartphones* que podem ser utilizados para estas avaliações.

A partir da avaliação das medidas antropométricas, é possível avaliar o crescimento e o estado nutricional do paciente. De forma bem simples, eles podem ser classificados como tendo baixo peso (magreza ou desnutrição), sobrepeso ou obesidade, ou como tendo baixa ou alta estatura.

Exame físico especial

O exame físico especial pediátrico envolve a avaliação sistemática de todos os sistemas orgânicos. Neste texto, daremos enfoque aos sistemas respiratório, circulatório, nervoso e locomotor.

Sistema respiratório

O sistema respiratório da criança apresenta particularidades que a tornam especialmente suscetível ao desenvolvimento de problemas respiratórios, incluindo: língua maior, mandíbula menor, respiração nasal, formato da laringe ("funil"), musculatura menos desenvolvida, diafragma horizontal, maior frequência respiratória, e maior suscetibilidade a fadiga. O exame físico do sistema respiratório inclui inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Durante a inspeção, podemos inicialmente avaliar o formato do tórax. O tórax normal apresenta formato cilíndrico, com ligeiro achatamento no sentido anteroposterior. Na criança e, principalmente, no adolescente, o tórax pode assumir formatos anormais: *pectus carinatum* (peito de pombo), *pectus excavatum* (peito

¹ Disponíveis em <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

escavado), ou tórax em barril. Durante a inspeção, também podemos registrar a frequência respiratória (FR). Os problemas respiratórios normalmente são acompanhados de alterações na frequência respiratória e no padrão respiratório. Os valores normais de frequência respiratória em crianças estão apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1. Frequência respiratória em crianças e adolescentes, de acordo com a idade.

Idade	Frequência respiratória (ipm)
0–28 dias	30–60
6 meses	25–40
1–3 anos	20–30
6 anos	18–25
10 anos	15–20

Fonte: Society of Critical Care Medicine. P-FCCS – Pediatric Fundamental Critical Care Support. Society of Critical Care Medicine: Mount Prospect, 2008.

Podemos ainda verificar a presença de sinais de desconforto respiratório, que incluem tiragem (intercostal, supraesternal, subesternal, supraclavicular), uso de musculatura acessória, e batimentos da asa do nariz.

Em crianças, a pesquisa do frêmito tóraco-vocal e a percussão do tórax trazem poucas informações, mas a percussão pode ser útil para o diagnóstico de pneumotórax.

A ausculta do tórax deve demonstrar a presença de murmúrio vesicular bilateral e simétrico. Ruídos adventícios podem estar presentes: estridor, roncos, sibilos, estertores finos ou crepitantes, estertores médios e grossos ou bolhosos, e outros, como sopro tubário, atrito pleural etc.

Algumas peculiaridades do exame físico pediátrico incluem: percussão hiper-ressonante, ausculta com sons mais altos e rudes, rara supressão completa do murmúrio vesicular, e elevada frequência de sibilos e roncos.

Todos estes elementos devem ser avaliados para a detecção de uma respiração normal ou de um problema respiratório.

Principais problemas respiratórios

Apneia. Apneia é definida como a cessação dos movimentos respiratórios por 15 segundos ou mais, ou por menos de 15 segundos, desde que acompanhada por bradicardia. A apneia pós-operatória pode ocorrer 2 a 12 horas após uma cirurgia. Em neonatos, é um sinal de estresse, podendo ser uma resposta à dor. Os pacientes com maior risco para apneia pós-operatória são: lactentes prematuros com menos de 60 semanas de idade gestacional corrigida; lactentes a termo com menos de 44 semanas de idade gestacional corrigida; lactentes com anemia; e pacientes com histórico de apneia obstrutiva do sono. Estes pacientes devem ser monitorados rigorosamente nas primeiras 24 horas após uma cirurgia.

Depressão respiratória. A depressão respiratória pós-operatória é, em geral, causada por opioides, efeito residual de agentes anestésicos, ou reversão incompleta de bloqueadores neuromusculares. Pacientes com distensão ou dor abdominal podem hipoventilar e retardar a eliminação de anestésicos inalatórios.

Obstrução da via aérea superior. A obstrução da via aérea superior é comum em crianças sedadas ou após anestesia. As principais causas incluem o deslocamento posterior da língua, o estridor pós-operatório e outras menos comuns,

como laringomalácia, edema de partes moles, e sangramentos intensos na nasofaringe, orofaringe ou hipofaringe.

Deslocamento posterior da língua. Apesar dos reflexos protetores estarem preservados na criança sedada ou anestesiada, ocorre hipotonia da faringe e pode haver deslocamento posterior da língua, levando a obstrução à passagem de ar. Isto leva a um padrão respiratório característico do tipo “gangorra” (o tórax afunda enquanto o abdômen se eleva, e vice-versa) e ruído do tipo ronco. Este padrão respiratório não é eficiente, devendo ser prontamente reconhecido e tratado. O tratamento da obstrução da via aérea superior causado por deslocamento posterior da língua pode ser aliviado pelas manobras de elevação do queixo ou de tração da mandíbula, ou ainda se o paciente for acordado. Dispositivos como cânulas orofaríngeas ou nasofaríngeas podem ser utilizados, mas, em geral, causam incômodo e não são bem tolerados. O paciente pode necessitar de assistência ventilatória não-invasiva ou mesmo invasiva.

Estridor. O estridor ocorre em 1 a 2% de todos os pacientes pediátricos em período pós-operatório imediato. As causas incluem: edema subglótico (por uso de cânula traqueal muito calibrosa), traumatismo na hipofaringe e glote (tentativas repetidas de intubação, tosse com o tubo traqueal bem posicionado), e deslocamento do tubo traqueal. A ocorrência de estridor pode ser minimizada pela utilização de tubos traqueais sem balão, de material adequado e de calibre apropriado para a idade. Um estridor leve pode ser manejado com umidificação do ar, mas os casos moderados a intensos, com aumento do trabalho respiratório, devem ser tratados com nebulização de epinefrina.

Obstrução da via aérea inferior. Deve-se suspeitar de obstrução da via aérea inferior sempre que uma criança ou adolescente apresentar taquipneia, dispneia, redução do murmúrio vesicular (geralmente bilateral) ou sibilância. As causas mais comuns são broncoespasmo, secreções na via aérea e aspiração. Em caso de broncoespasmo, o paciente pode beneficiar-se do uso de broncodilatadores.

Atelectasia. Atelectasias podem ocorrer até 48 horas após uma cirurgia, por causa de secreções na via aérea ou hipoventilação secundária a dor. A fisioterapia respiratória tem um papel muito importante na prevenção e no tratamento destas alterações.

Edema pulmonar. A ocorrência de edema pulmonar pós-operatório é rara em crianças e adolescentes saudáveis, porém é bastante frequente em portadores de cardiopatias congênitas, em pacientes que receberam grandes volumes de fluidos durante a cirurgia, e em pacientes submetidos a cirurgias para desobstrução grave da via aérea superior, como amigdalectomia, por exemplo, para apneia obstrutiva do sono. Neste último caso, o paciente fazia esforços respiratórios vigorosos contra uma grande resistência na via aérea, que é agudamente liberada, levando a edema pulmonar pós-obstrutivo. O manejo desta situação inclui oxigenioterapia e diurético. Os casos graves necessitarão de intubação e transferência para UTI.

Pneumonia. Pneumonia é o nome de uma infecção, normalmente bacteriana, do parênquima pulmonar. Em geral cursa com febre, queda no estado geral, e alterações no padrão respiratório, podendo haver taquipneia e/ou dispneia. Ao exame físico, os principais achados são taquipneia, com ou sem desconforto respiratório, e uma síndrome de consolidação pulmonar (redução do murmúrio vesicular e presença de estertores finos) em determinado campo pulmonar. Pode haver submacicez à percussão nas pneumonias extensas.

Coleções pleurais. O espaço pleural pode, em condições patológicas, ser preenchido por fluidos (efusão pleural), pus (empiema), sangue (hemotórax), linfa

(quilotórax) ou ar (pneumotórax). O paciente com uma coleção pleural irá apresentar taquipneia com desconforto respiratório de intensidade variável e, à ausculta, abolição do murmúrio vesicular no lado acometido, principalmente nas bases, se o paciente estiver em pé ou sentado. A percussão do tórax permite diferenciar o conteúdo aéreo (timpanismo) do líquido (macicez). Um médico deve ser chamado para avaliar o paciente com suspeita de coleção pleural.

Sistema circulatório

A semiologia do sistema circulatório envolve a inspeção, palpação e ausculta. O objetivo deste exame é identificar alterações compatíveis com situações clínicas que necessitam de atenção do profissional de saúde.

Durante a inspeção, podemos perceber a presença de baqueteamento digital e/ou unhas em vidro de relógio (alterações nas extremidades dos dedos decorrentes de cianose crônica), ou abaulamentos no tórax, além de observar a coloração da pele, buscando identificar cianose ou pele rendilhada (marmórea).

Durante a palpação dos pulsos ou durante a ausculta cardíaca, podemos registrar a frequência cardíaca (FC). A principal e mais precoce manifestação de problemas circulatórios é a alteração da frequência cardíaca. Os valores de frequência cardíaca em crianças e adolescentes estão apresentados na **Tabela 2**.

Tabela 2. Frequência cardíaca em crianças e adolescentes, de acordo com a idade.

Idade	Frequência cardíaca (bpm) [percentil 2 – 98 (média)]
Primeiro dia	93 – 154 (123)
1-6 dias	91 – 166 (126)
1-3 semanas	107 – 182 (148)
1-2 meses	121 – 179 (149)
3-5 meses	106 – 186 (141)
6-11 meses	109 – 169 (134)
1-2 anos	89 – 151 (119)
3-4 anos	73 – 137 (108)
5-11 anos	62 – 133 (95)
12-15 anos	60 – 119 (85)

Fonte: Manso PH. Distúrbios do Ritmo Cardíaco e Uso de Marca-Passo. In: Carlotti, ACP & Carmona F (Eds.). Rotinas em Terapia Intensiva Pediátrica (2ª ed.). São Paulo: Blucher, 2015.

Durante a palpação, os seguintes pulsos devem ser avaliados: carotídeos, braquiais, radiais, femorais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos. Durante a palpação de pulsos, devemos nos atentar à intensidade e à simetria dos pulsos periféricos e centrais. Diferenças entre os lados ou entre membros superiores e inferiores devem ser valorizadas.

A medida de pressão arterial (PA) deve fazer parte de toda avaliação pediátrica. A PA pode ser medida utilizando-se material de tamanho adequado para o tamanho da criança ou adolescente. Como regra geral, a braçadeira ou manguito devem cobrir pelo menos dois terços do comprimento do segmento corporal (geralmente o braço). Os valores normais para pressão arterial de crianças e adolescentes variam conforme a estatura, podendo ser consultados em tabelas especiais.

Durante a ausculta cardíaca, devem-se observar um ritmo cardíaco regular, em dois tempos, com bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros. Entre os achados

anormais durante a ausculta, incluem-se: ritmo cardíaco irregular, bulhas hiper ou hipofonéticas, mais do que duas bulhas (B3 e/ou B4), e sopros sistólicos ou diastólicos.

O exame do sistema circulatório em crianças apresenta algumas particularidades: bulhas cardíacas mais audíveis, devido à caixa torácica mais fina, arritmia sinusal (aumento da FC na inspiração e diminuição na expiração), extrassístoles relativamente comuns, desdobramento fisiológico da segunda bulha (B2) no foco pulmonar (durante a inspiração, ocorre aumento no retorno venoso para o lado direito do coração, aumentando a quantidade de sangue ejetada, e com contração ventricular mais longa, atrasando a B2).

A pulsoximetria também faz parte da avaliação do sistema circulatório em crianças, especialmente em recém-nascidos. Nestes últimos, é obrigatória a realização, ainda na maternidade, do chamado "teste do coraçãozinho"². Este teste consiste na medida da saturação de oxigênio no membro superior direito e em um dos membros inferiores. Caso a medida no MSD seja < 95% ou haja uma diferença ≥ 3% entre os membros superiores e inferiores, o exame deve ser repetido em uma hora. Caso o resultado se confirme, um cardiologista pediátrico deve ser consultado antes da alta.

Principais problemas circulatórios

Choque circulatório. O choque circulatório é a incapacidade do sistema circulatório em atender as demandas de oxigênio dos tecidos, e pode ocorrer por diferentes causas. As mais comuns incluem: sepse (infecções graves), hemorragias, alergias (anafilaxia), desidratação grave, e cardiopatias congênitas. Os principais sinais de choque circulatório incluem: má perfusão periférica, pele rendilhada, extremidades frias, alterações do nível de consciência, taquicardia, hipotensão (tardia) etc. Se estes sinais forem identificados, um médico deve ser chamado imediatamente.

Cardiopatias congênitas. As cardiopatias congênitas são um grupo de malformações do coração presentes ao nascimento. Elas podem ser classificadas em:

- Acianogênicas: quando não há passagem de sangue não oxigenado para o lado esquerdo do coração, e a saturação arterial de oxigênio é normal.
- Cianogênicas: quando há passagem de sangue não oxigenado para o lado esquerdo do coração, e a saturação arterial de oxigênio é baixa, causando cianose.

Além desta classificação, há outras, baseadas na presença de hiperfluxo sanguíneo pulmonar e na dependência do canal arterial (*ductus arteriosus*). Os sinais sugestivos de cardiopatia congênita incluem: sopro, cianose central, insuficiência cardíaca congestiva, sudorese excessiva, dificuldade em ganhar peso, taquipneia, taquicardia, ritmo de galope, hepatomegalia, edema periférico etc.

Arritmias. Arritmias cardíacas são relativamente raras em crianças e adolescentes, com exceção dos portadores de cardiopatias congênitas ou em pacientes com distúrbios eletrolíticos. Pacientes em pós-operatório imediato frequentemente apresentam taquicardia sinusal secundária a ansiedade, dor, *delirium*, febre, anemia, hipovolemia, hipercapnia ou drogas. Menos frequentemente, pode ser um sinal inicial de choque circulatório. O paciente com taquicardia deve ser

² Maiores informações em <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/cardiologia-e-neonatologia-da-sbp-chamam-atencao-para-o-teste-do-coracaozinho/>

cuidadosamente examinado para se determinar e tratar prontamente a causa. Bradicardia é um sinal que requer atenção imediata, porque, em crianças, o débito cardíaco é bastante dependente da frequência cardíaca. Nos casos sintomáticos, ou seja, em que há hipotensão ou sinais de má-perfusão, hipóxia deve ser sempre considerada e tratada com oxigênio suplementar e, se necessário, assistência ventilatória. Outras causas de bradicardia em crianças incluem aspiração traqueal, passagem de sonda nasogástrica e aplicação de pressão nos olhos. Em pacientes com trauma ou lesão craniana, a bradicardia pode ser um sinal de hipertensão intracraniana com herniação iminente, quando associada a hipertensão arterial e alteração do padrão respiratório (tríade de Cushing). Trata-se de uma emergência e deve ser prontamente manejada com medidas para redução aguda da pressão intracraniana: hiperventilação e terapia osmótica (manitol ou solução salina hipertônica).

Alterações da pressão arterial. Hipertensão arterial, em crianças, raramente tem significado patológico: muitas vezes, assim como a taquicardia sinusal, tem uma causa subjacente que pode ser tratada: ansiedade, dor, *delirium* etc. Quando associada a bradicardia, pode ser um sinal de hipertensão intracraniana, mas também pode ser um indicativo de hipotermia. Quase nunca está indicado um medicamento anti-hipertensivo. Por outro lado, hipotensão em uma criança ou adolescente deve ser considerada uma emergência. A pressão arterial sistólica mínima de recém-nascidos é 60 mm Hg, enquanto a de lactentes abaixo de 1 ano é 70 mm Hg. Para crianças entre 1 e 10 anos de idade, este valor pode ser rapidamente calculado utilizando-se a **Equação 1**. A pressão arterial sistólica mínima de crianças acima de 10 anos e adolescentes é 90 mm Hg.

$$\text{Equação 1. Pressão arterial sistólica mínima (em mm Hg)} = 70 + [\text{Idade (em anos)} \times 2]$$

Sistema nervoso

O exame do sistema nervoso consiste em inspeção e palpação. Devem ser avaliados o estado mental (orientação, atenção, memória, habilidades visuoespaciais, linguagem), o nível de consciência, a resposta pupilar à luz, o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) (se está adequado para a idade do paciente), o tônus e a força musculares, a sensibilidade, a coordenação motora, o equilíbrio, a presença de movimentos involuntários e, por último, a presença de sinais de irritação meníngea.

A maneira mais rápida e usual de avaliar o nível de consciência de um paciente é a Escala de Coma de Glasgow (ECG), que possui uma versão adaptada para crianças (**Tabela 3**).

Tabela 3. Escala de Coma de Glasgow, adaptada para crianças.

Abertura Ocular		
4 Espontânea		
3 Ao comando verbal		
2 À dor		
1 Nenhuma		
Melhor Resposta Verbal		
0 – 23 meses	2 – 5 anos	> 5 anos
5 Sorri, balbucia	Palavras apropriadas	Orientado, conversa

4	Choro apropriado	Palavras inapropriadas	Confuso
3	Choro inapropriado, grito	Choro, gritos	Palavras inapropriadas
2	Gemidos	Gemidos	Sons incompreensíveis
1	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Melhor Resposta Motora			
	< 1 ano	> 1 ano	
6		Obedece a comando	
5	Localiza a dor	Localiza a dor	
4	Flexão normal	Flexão normal	
3	Flexão anormal	Flexão anormal	
2	Extensão	Extensão	
1	Nenhuma	Nenhuma	

Fonte: Carlotti, APCP. Pós-Operatório de Neurocirurgia. In: Carlotti, APCP & Carmona, F (Eds.). Rotinas em Terapia Intensiva Pediátrica (2ª ed.). São Paulo: Blucher, 2015.

O DNPM pode ser avaliado através de instrumentos próprios. O mais utilizado deles é a Escala de Desenvolvimento Neuropsicomotor de Denver, que informa quais habilidades devem ser adquiridas em cada idade do paciente.

Os demais componentes do exame físico dependem de manobras especiais que não diferem do que é realizado em pacientes adultos, e não serão abordados em detalhes neste texto.

Principais problemas neurológicos

Alterações da consciência. A criança ou o adolescente com alteração no estado de consciência representa, na maioria das vezes, resultado de efeito prolongado de agentes anestésicos, mas devem ser descartadas outras causas, que incluem: desequilíbrios metabólicos (hipercapnia e acidose respiratória) ou eletrolíticos (hipocalemia, hipernatremia, hiponatremia), hipoglicemia, cetoacidose diabética e eventos neurológicos (convulsão, estado pós-ictal, acidentes vasculares encefálicos, hipertensão intracraniana).

Efeito anestésico residual. Alterações no estado de consciência podem ser resultado de eliminação incompleta de anestésicos inalatórios e/ou efeito residual de opioides ou bloqueadores neuromusculares. Atenção deve ser dada ao manejo das vias aéreas e da ventilação.

Delirium. *Delirium* é mais comumente observado em crianças entre 3 e 9 anos de idade. Entretanto, é relativamente incomum. Em pacientes após uma cirurgia, *delirium* está associado ao uso de barbitúricos, anestésicos inalatórios e cetamina. Nestes casos, o paciente torna-se extremamente agitado, combativo, desorientado, podendo chorar ou gritar ininterruptamente nas primeiras horas após uma cirurgia. As outras causas para este tipo de comportamento devem ser ativamente descartadas: hipoxemia, hipoglicemia e dor intensa.

Convulsões. Movimentos involuntários e repetitivos podem ser convulsões, que devem ser prontamente tratadas. Uma convulsão é, na maioria das vezes, autolimitada, mas uma avaliação médica é necessária.

Sistema locomotor

O exame do sistema locomotor consiste em inspeção e palpação. Durante a inspeção, devemos atentar à presença de cicatrizes, lesões, edema e deformidades. Durante a palpação, busca-se, através da mobilização ativa e passiva das

articulações, avaliar amplitude e limitação de movimentos, a presença de dor e crepitações articulares, a estabilidade articular, o tônus, o trofismo e a força muscular, a flexibilidade, a postura e o alinhamento da coluna vertebral. Existem manobras específicas para cada uma destas avaliações, que não serão descritas detalhadamente neste capítulo. Maiores informações podem ser obtidas em livros-texto apropriados³.

Na faixa etária pediátrica, utiliza-se o teste pGALS (*paediatric Gait, Arms, Legs, Spine*)⁴ para detecção de anormalidades do sistema locomotor que possam estar associadas a doenças, particularmente as doenças reumáticas.

Trata-se de uma abordagem mínima (perguntas e exame físico) que objetiva avaliar o sistema musculoesquelético em crianças, e identificar alterações de marcha (*Gait*), membros [braços (*Arms*) e pernas (*Legs*)] e coluna (*Spine*). O objetivo final é a detecção precoce de doenças. Problemas musculoesqueléticos são comuns na infância e adolescência e frequentemente os primeiros médicos a ser consultados são os pediatras, médicos de família, clínicos gerais e ortopedistas. Queixas musculoesqueléticas na infância frequentemente são manifestação de situações benignas, autolimitadas, e muitas vezes relacionadas a pequenos traumas. No entanto, sintomas musculoesqueléticos podem ser a forma de apresentação de doenças graves como neoplasias, infecções e maus-tratos. Além disso, esses sintomas fazem parte da apresentação clínica de várias doenças crônicas da infância, tanto reumáticas (artrite idiopática juvenil, vasculites, lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite), como não reumáticas (doenças inflamatórias do intestino).

Conclusão

A semiologia pediátrica apresenta muitas similaridades com a semiologia de adultos. Entretanto, há particularidades em cada uma das faixas etárias que devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde. O conhecimento do que é "normal" permite ao profissional de saúde detectar desvios da normalidade e encaminhar o paciente para avaliação mais detalhada.

Bibliografia

- American Heart Association. SAVP (PALS) – Suporte Avançado de Vida em Pediatria (Pediatric Advanced Life Support): Manual do Provedor (Provider Manual). Buenos Aires: Waverly Hispanica S.A., 2002.
- Carlotti, ACP & Carmona F (Eds.). Rotinas em Terapia Intensiva Pediátrica (2ª ed.). São Paulo: Blucher, 2015.
- Manne BB, Nasser ME, Maitin IB. Approach to the Physical Medicine & Rehabilitation Patient. In: Maitin IB, Cruz E. eds. CURRENT Diagnosis & Treatment: Physical Medicine & Rehabilitation New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
- Society of Critical Care Medicine. P-FCCS – Pediatric Fundamental Critical Care Support. Society of Critical Care Medicine: Mount Prospect, 2008.

³ Manne BB, Nasser ME, Maitin IB. Approach to the Physical Medicine & Rehabilitation Patient. In: Maitin IB, Cruz E. eds. CURRENT Diagnosis & Treatment: Physical Medicine & Rehabilitation New York, NY: McGraw-Hill; 2014.

⁴ Foster HE, Jandial S. pGALS – A Screening Examination of the Musculo-Skeletal System in School-Aged Children. Disponível em <https://www.arthritisresearchuk.org/health-professionals-and-students/video-resources/pgals/pgals-complete-no-commentary.aspx>

Foster HE, Jandial S. pGALS – A Screening Examination of the Musculo-Skeletal System in School-Aged Children. Disponível em <https://www.arthritisresearchuk.org/health-professionals-and-students/video-resources/pgals/pgals-complete-no-commentary.aspx>