



CAPÍTULO 2

EXAME FÍSICO

PEDIÁTRICO

2

Exame físico pediátrico

José Pedro da Silva Sousa

José Wilker Gomes de Castro Júnior

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

Marisa Eiró Miranda

Paula Mendonça Covre

Sumário

Introdução;
Exame Físico Pediátrico;
Exame Físico Geral;
Medidas Antropométricas;
Cabeça e pescoço;
Pele;
Aparelho Cardiovascular;
Aparelho Respiratório;
Abdome;
Genitália;
Referências;

INTRODUÇÃO

O exame físico precisa de habilidade e treino, pois a criança pode se apresentar irritada, intimidada, em choro, com agitação psicomotora, situações habituais da prática pediátrica. O exame físico deve ser realizado integralmente, porém pode-se alterar a sequência semiológica clássica, de forma a executar a aparelho que

apareça mais apropriado para o momento.¹

Deve-se explicar aos presentes na consulta o que será realizado.²

Dessa forma, por vezes caso a criança ainda não estiver a chorar, é aconselhável começar pelos fatores que serão mais comprometidos por esse choro: frequência cardíaca e respiratória, ausculta cardíaca (não é fácil identificar sopros em crianças durante o choro), tensão das fontanelas, e tensão abdominal (se está normotenso, se está flácido), assim como a pressão arterial.¹ Embora deva-se seguir o sentido craniocaudal, pode ser indicado deixar o exame da orofaringe e a

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

otoscopia por último, pois geralmente assustam a criança e prejudicam a avaliação cuidadosa dos demais órgãos e sistemas.²

Após avaliados tais itens, caso haja choro, os demais fatores não serão tão prejudicados quanto os citados acima. Porém, a ausculta respiratória em lactentes, que são impossibilitados de responder ao comando de inspirar profundamente, é facilitada pelo choro, pois o bebê faz inspirações profundas e involuntárias durante esse choro, podendo o profissional aguardar tais momentos para a realização do exame físico.¹

Algumas vezes é necessário realizar o exame físico com a criança no colo da mãe, pois a separação do colo materno traz insegurança, prejudicando o exame. A mãe deve ser incentivada a participar do exame físico ao lado da criança, para que, juntos, sintam-se mais seguros durante o processo.²

EXAME FÍSICO PEDIÁTRICO

O primeiro exame físico do recém-nas-

cido deve ser minucioso e é de fundamental importância na identificação de malformações e problemas de saúde próprios da faixa etária. Dessa forma, pode-se haver a identificação de doenças que necessitem de acompanhamento a longo prazo ou que sejam determinantes para intervenções imediatas.¹

EXAME FÍSICO GERAL

Avaliação do estado geral do paciente

- Bom estado geral (BEG),
- Regular estado geral (REG),
- Mau estado geral (MEG).¹

Grau de hidratação

Observar umidificação da mucosa oral, globo ocular e turgor da pele. O paciente pode estar hidratado ou desidratado. Caso se encontre desidratado, classificar o grau (em cruces).¹

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, má ingestão (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.

Grau de palidez

rado, classificar o grau (em cruces).¹

Observar a mucosa palpebral da conjuntiva, mucosa oral, leito ungueal e palma das mãos. O paciente pode estar corado (mais avermelhado) ou descorado. Caso se encontre desco-

1 cruz (+): leve

2 ou 3 (++ ou +++): moderado

4 cruces (++++): grave

Icterícia

ou anictérico. A icterícia neonatal surge do 3º ao

Observar coloração da palma da mão, esclera e freio da língua. A icterícia se caracteriza por um tom amarelado nessas regiões. O excesso de betacaroteno pode se assemelhar à icterícia. Para diferenciar as duas condições, observe se o tom amarelado/alaranjado está presente apenas na pele (caroteno) ou também na esclera e freio lingual (icterícia). O paciente pode estar ictérico

5º dia de vida, e deve ser classificada em graus.¹

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Cianose

Observar uma coloração mais azulada no lábio, leito ungueal, e outras extremidades. O paciente pode estar cianótico ou acianótico. Pode indicar redução de fluxo sanguíneo. Pode ser classificada em central (lábios, ponta do nariz, lobo da orelha e língua com cor azulada) ou periférica (apenas as pontas dos dedos ou dos membros).¹

Fáceis

Pode ser de dois tipos: atípica (normal) ou típica (referente a alguma condição patológica).¹

Atividade

- Ativo e reativo
- Prostrado
- Sonolento¹

Orientação ou Interação

- Chorando
- Vigil
- Sonolento

- Dormindo¹

Postura normal do recém-nascido

As extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados.²

Padrão respiratório

Verifica-se a presença de anormalidades, como batimentos de asas do nariz, tiragem intercostal ou diafragmática e sons emitidos.²

Temperatura axilar

A temperatura normal situa-se entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.²

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso

É realizado na balança pediátrica em média até os 4 anos de idade. Deve-se solicitar ao acompanhante que retire a roupa do recém-nascido, caso não seja possível, descontar o peso da roupa ou fralda. Deve-se pesar primeiramente o campo em que se coloca o bebê, para posteriormente pesar a criança e diminuir o peso do campo.³

Estatuta

Utiliza-se o termo comprimento para o crescimento linear até 2 anos de idade, então utiliza-se o termo altura, estatuta se refere a ambos. Realizado com o estadiômetro em média até os 4 anos de idade. Medida cabeça-calcanhar, bem alinhado, com pés e pescoço em posição neutra. Em caso de crianças maiores, o procedimento é normal, usa-se a balança convencional, onde o paciente permanece de forma ereta e “olhan-

do para o horizonte”, descalço, devendo retirar adereços, como relógios, pulseiras e presilhas de cabelo que atrapalhem a medição.

- Até os 2 anos mede-se o comprimento com a criança deitada, posicionando a régua sob o vértice da cabeça até a sola dos pés em ângulo de 90°, com as pernas bem estendidas e o pé em posição neutra, fazendo a medida da cabeça ao calcanhar;³

- Após os 2 anos mede-se a altura com a criança em pé, apoiando-se a região occipitale os calcânhares sobre o estadiômetro.³

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Idade Ao nascer	Estatura Cerca de 50 cm
1º Semestre	Ganho médio de 15 cm
2º Semestre	Ganho médio de 10 cm
1-2 anos	Ganho médio de 12-15 cm/ano
2-4 anos	Ganho médio de 7-8 cm/ano
4-6 anos	Ganho médio de 6 cm/ano
6 anos até a puberdade	Crescimento se torna mais irregular, porém em cerca de 5 cm/ano
11-19 anos	Estirão 10-12cm/ano em meninos e 8-10cm/ano em meninas

Perímetros

Realizado com a fita métrica situada nas regiões a seguir:

- Perímetro cefálico: aferir da glabella até a protuberância occipital externa. Deve ser realizada durante os primeiros 3 anos de vida. De acordo com o Ministério da Saúde, o parâmetro ao nascimento, com 37 semanas de gestação, é 31,5 para meninas e 31,9 para meninos, com aumento de em média 10cm no primeiro ano.³

- Perímetro torácico: aferir na linha mamar. O parâmetro ao nascimento é em torno de

30 a 33 cm, sendo 2 a 3 cm menor do que o perímetro cefálico.³

- Perímetro abdominal: aferir na cicatriz

umbilical, se ainda não estiver cicatrizada deve-se aferir logo acima. O parâmetro ao nascimento é cerca de 30 cm, sendo 1 a 2 cm menor que o perímetro torácico.³

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Perímetro Cefálico Ao nascer	Comprimento Em média 35 cm
1º Trimestre	2 cm/mês
2º Trimestre	1 cm/mês
3º a 4º Trimestres	0,5 cm/mês
1 ano	Aumento médio de 12 cm desde o nascimento
2 anos	2 cm/ano
Dos 2 aos 18 anos	5 cm/ano

CABEÇA E PESCOÇO

Face

É necessário fazer a pesquisa por alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.¹

Crânio

É necessário examinar as fontanelas. A fontanela anterior mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem

estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.³ É importante procurar evidências de síndromes genéticas, como fronte proeminente, micro ou macrocrania e afins.¹

Olhos

Analisa-se o reflexo fotomotor: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro.¹ Observar se há hipertelorismo ocular, ou seja, aumento da distância entre os olhos.

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Orelhas

Observar a forma e implantação das orelhas. Além disso, deve-se realizar a otoscopia, atentando se há abaulamento e hiperemia da membrana timpânica.¹

Nariz

Avaliar a forma, presença de secreção, batimento em asa de nariz.

Boca

Observar os dentes (em recém-nascidos avaliar se há dentes neonatais, ou seja, dentes ao nascimento), gengivas, a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato (Se há fissura labiopalatal etc.), o freio lingual (angioglossia parcial ou “língua presa”) e a coloração dos lábios, além da higiene. Alterações morfológicas podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados.¹

PELE

Observar a presença de:

- Edema: se for generalizado, pensar em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse. Se for localizado, isso sugere trauma de parto;
- Palidez: sangramento, anemia, vasoconstricção periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemitorço e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica;
- Manchas mongólicas, impetigo, miliária, dermatite de fralda.

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

APARELHO CARDIOVASCULAR

Na inspeção do tórax, deve-se observar a simetria e a forma, presença de abaulamentos e retrações.

Na palpação é importante palpar o Ictus Cordis e palpar os pulsos, verificando a frequência cardíaca. A localização do Ictus no recém-nascido é no 3º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda.

Na ausculta cardíaca, é necessário estar atento à sons patológicos, lembrando que a pre-

Frequência Cardíaca

sença de B3 e B4 pode ser fisiológica em crianças.

- Foco mitral: ictus cordis.
- Foco tricúspide: 4º espaço intercostal esquerdo / apêndice xifóide,
- Foco aórtico: 2º espaço intercostal direito / rebordo esternal,
- Foco pulmonar: 2º espaço intercostal esquerdo / margem esternal,

Média das 2 últimas de 3 aferições da pressão arterial na consulta	Definição
PA sistólica e diastólica < percentil 90	Normal
PA sistólica média entre percentil 90 e 95	Normal alta
PA sistólica média e/ou diastólica média > percentil 95	Alta ou hipertensão arterial.

Aferição da pressão arterial em consultas subsequentes

De acordo com as recomendações do Fourth Report on Blood Pressure in Children and

Adolescents é considerado obrigatória a medida da PA a partir dos três anos de idade, anualmente, ou antes, em presença de antecedentes morbidos neonatais, doenças renais ou fatores de risco

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

familiar, prática esta que, apesar de seus benefícios, ainda não está incorporada ao atendimento pediátrico rotineiro. Observou-se que os níveis de pressão arterial no início da vida são preditores dos níveis de pressão arterial na posteridade.⁴

Média das 2 últimas de 3 aferições da pressão arterial na consulta	Definição
PA sistólica e diastólica < percentil 90	Normal
PA sistólica média entre percentil 90 e 95	Normal alta
PA sistólica média e/ou diastólica média > percentil 95	Alta ou hipertensão arterial.

APARELHO RESPIRATÓRIO

Na inspeção do tórax, deve-se observar a simetria, a presença de abaulamentos, retrações, tiragens, amplitude respiratória, frequência respiratória, ritmo respiratório e tipo respiratório.

Na palpação, deve-se palpar todo o tórax nas regiões anterior, lateral e posterior para verificar a amplitude respiratória e o frêmito toraco-vocal.

Na percussão, deve-se verificar o som claro pulmonar.

Na ausculta pulmonar, deve-se auscultar todos os lobos, em todas as suas regiões. Avaliar o murmúrio vesicular, atentando para a presença de ruídos adventícios como sibilos, roncos e estertores.

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Frequência Respiratória

Idade	Incursões respiratórias por minuto
De 0 a 2 meses	Até 60 irpm
De 2 a 11 meses	Até 50 irpm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 irpm
De 6 a 8 anos	Até 30 irpm
Acima de 8 anos	Até 20 irpm
8 anos	De 70 a 110
10 anos	De 70 a 110

ABDOME

Na inspeção, deve-se analisar a presença de abaulamentos e retrações, a forma, a tensão, o coto umbilical ou cicatriz umbilical. Se o abdome estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática.

Na ausculta, deve-se avaliar os ruídos hidroaéreos nos quatro quadrantes abdominais.

Na percussão, em geral tem-se a presen-

ça de som timpânico, na região do fígado tem-se som maciço. Atentar para a presença de dor.

Na palpação, deve-se buscar por massas abdominais e regiões dolorosas.

GENITÁLIA

Avaliação da genitália masculina

Palpar a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento. O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança. A fimose é fisiológica ao nascimento.

Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia.

Avaliação da genitália feminina

Os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente.

Observar se existe a sinéquia de pequenos lábios.

Ânus e reto

Verificar a permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras.

Membros

Examinar os membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia.³

Identificar a provável presença de pé torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) até um pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênicas.³

Avaliar os dedos das mãos (quirodactilos) e dos pés (pododactilos) em busca de , dedos mais curtos ou mais longos que o habitual. Observar palma das mãos em busca de linha palmar transversa contínua e formato da planta do pé (pé plano).³

Observar o formato dos membros, se há

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

edema, hipoplasia, se há alteração observada durante a palpação de clavículas, como crepitação, por fratura, que pode ocorrer no parto).¹

Realizar os sinais de Ortolani e Barlow para a identificação de luxação congênita de quadril:¹

- Manobra de Barlow: é um teste provocativo realizado com os quadris e joelhos do recém-nascido fletidos. Seguram-se as pernas-gentilmente, com as coxas em adução, e o examinador aplica uma força no sentido posterior. A manobra é positiva se o quadril é deslocável (luxável).

- Manobra de Ortolani: é o reverso da Manobra de Barlow. O examinador segura as coxas do recém-nascido e gentilmente realiza a abdução do quadril enquanto move anteriormente o grande trocanter com dois dedos. A manobra é positiva quando a cabeça do fêmur luxada retoma ao acetábulo, com um “clunk” palpável quando o quadril é abduzido.

Coluna vertebral

Examinar toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.

Avaliação neurológica

Observar reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro, que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio.

- O reflexo de Moro é deflagrado com estímulo como um som intenso ou um movimento súbito (como uma simulação de queda), o normal é a coluna se arquear para trás e os braços e as mãos se abrirem, simulando um abraço. Pode ser observado até os 5 a 6 meses de vida.

Observar a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês.

Observar a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada.

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

CHECKLIST PARA O EXAME FÍSICO PEDIÁTRICO	
Exame físico geral	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do estado geral do paciente• Grau de hidratação• Grau de palidez• Icterícia• Cianose• Fáceis• Atividade• Orientação ou Interação• Postura normal do recém-nascido• Padrão respiratório• Temperatura axilar
Medidas antropométricas	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Estatura• Perímetros
Cabeça e pescoço	<ul style="list-style-type: none">• Face<ul style="list-style-type: none">– Simetria– Presença de malformações– Face sindrômica• Crânio<ul style="list-style-type: none">– Examinar fontanelas• Olhos<ul style="list-style-type: none">– Reflexo fotomotor• Orelhas<ul style="list-style-type: none">– Forma e implantação– Analisar a membrana timpânica• Nariz<ul style="list-style-type: none">– Forma– Presença de secreção, batimento em asa de nariz• Boca<ul style="list-style-type: none">– Dentes– Língua– Úvula– Gengivas– Amígdalas, atentar para sinais de inflamação– Presença de malformações
Pele	<ul style="list-style-type: none">• Edema• Palidez• Manchas mongólicas, impetigo, miliária, dermatite de fralda

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Aparelho cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">• Inspeção do tórax– Simetria– Forma– Presença de abaulamentos e retrações• Palpação– Palpar o ictus cordis– Palpar os pulsos e verificar a frequência cardíaca• Ausculta• Aferição da pressão arterial– A partir de 3 anos de idade
Aparelho respiratório	<ul style="list-style-type: none">• Inspeção do tórax– Simetria– Presença de abaulamentos e retrações– Tiragens– Amplitude respiratória– Frequência respiratória– Ritmo respiratório– Tipo respiratório• Palpação– Palpar todo o tórax na região anterior, lateral e posterior– Amplitude respiratória• Frêmito tóraco-vocal– Percussão– Som claro pulmonar• Ausculta• Frequência respiratória
Abdome	<ul style="list-style-type: none">• Inspeção– Presença de abaulamentos e retrações– Forma– Tensão– Coto umbilical ou cicatriz umbilical• Ausculta– Ruídos hidroaéreos nos quatro quadrantes• Percussão– Presença de som timpânico– No fígado: som maciço– Atentar para a presença de dor• Palpação– Buscar por massas abdominais e regiões dolorosas.

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

Genitália	<ul style="list-style-type: none">• Masculina<ul style="list-style-type: none">– Analisar malformações e lesões– Palpação da bolsa escrotal– Verificar a presença de fimose– Localizar o meato urinário• Feminina<ul style="list-style-type: none">– Analisar malformações e lesões– Observar se há secreção– Observar se há sinéquia dos pequenos lábios• Ânus e reto<ul style="list-style-type: none">– Observar se há fissuras ou outras lesões– Analisar a posição do orifício
Membros	<ul style="list-style-type: none">• Inspeção<ul style="list-style-type: none">– Formato dos membros– Presença de edema e lesões– Presença de malformações (pé torto, polidactilias, sindactilias)• Palpação<ul style="list-style-type: none">– Manobra de Barlow e manobra de Ortolani
Coluna	<ul style="list-style-type: none">• Examinar toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
Avaliação neurológica	<ul style="list-style-type: none">• Observar reflexos arcaicos<ul style="list-style-type: none">– Reflexo de sucção– Reflexo de preensão palmo-plantar– Reflexo de Moro• Postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça a o final do primeiro mês.• Presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros.

Cap. 2 - Exame físico pediátrico

REFERÊNCIAS

1. Porto, CC. Semiologia Médica. 7ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4ª edição. Barueri, SP: Manole; 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012. 274p.
4. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics. 2004;114:555-79.