

CAPÍTULO 2

CLASSIFICAÇÃO E EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

Nicole Figueredo
Alessandra Capelin
Valentina Cimolin
Ketlyn da Luz Borges
Liana Boff Cé

<http://dx.doi.org/10.18616/pratneo02>

SUMÁRIO

PESO E ESTATURA

Todo recém-nascido deve ser classificado de acordo com seu peso de nascimento, sua idade gestacional e se está adequado em relação ao crescimento intrauterino. Essas informações levam em conta a análise do peso, da estatura e do perímetro cefálico em relação à idade gestacional de nascimento^{5,7}.

- Classificação quanto à idade gestacional⁵

- **RN pós-termo:** 42 semanas ou mais.
- **RN a termo tardio:** 41 semanas e 0 dia a 41 semanas e 6 dias.
- **RN a termo completo:** 39 semanas e 0 dia a 40 semanas e 6 dias.
- **RN a termo precoce:** 37 semanas e 0 dia a 38 semanas e 6 dias.
- **RN pré-termo tardio:** 34 semanas e 0 dia a 36 semanas e 6 dias.
- **RN pré-termo moderado:** 32 semanas e 0 dia a 33 semanas e 6 dias.
- **RN muito prematuro:** 28 semanas e 0 dia a 31 semanas e 6 dias.
- **RN pré-termo extremo:** menos de 28 semanas.

- Classificação quanto ao peso de nascimento⁵

- **RN com peso insuficiente:** 2.500 a 2.999 g.
- **RN com baixo peso:** 1.500 a 2.499 g.
- **RN muito baixo peso:** 1.000 a 1.499 g.
- **RN extremo baixo peso:** menos de 1.000 g.

A definição de baixo peso ao nascer em uma população deve ser baseada em dados relacionados à genética e fatores ambientais⁷.

- Classificação em relação ao peso x idade gestacional ao nascimento⁷

- **Grande para a idade gestacional (GIG):** > p90.
- **Adequado para a idade gestacional (AIG):** entre p10 e p90.
- **Pequeno para a idade gestacional (PIG):** < p10.

Todas as medidas obtidas devem ser analisadas juntamente com as curvas de crescimento, a fim de avaliar os riscos de evoluções desfavoráveis⁵.

EXAME FÍSICO CRÂNIO CAUDAL

Após o parto, todo neonato deve ser avaliado, seja mais precocemente para partos de alto risco ou durante o período de alojamento conjunto para partos considerados estáveis⁶. Durante essa avaliação, é imprescindível que se descarte sinais de alarme, tais quais a dificuldade de alimentação, o esforço respiratório, a taquipneia, a ausência de movimentos, a febre, a hipotermia e a icterícia dentro das primeiras 24 horas². Essas variáveis devem ser avaliadas a cada 30 minutos após o nascimento, até que o neonato se mantenha estável por 2 horas, a fim de definir se a criança irá para o alojamento conjunto ou se necessitará de cuidados mais intermediários ou de terapia intensiva⁵.

1- EXAME FÍSICO GERAL

Deve-se atentar para os seguintes critérios^{1,2}:

- aspecto geral;
- intensidade do choro - excluir gemência, choro monótono ou “grito cerebral”;
- presença de malformações;

- fácies típicas de síndromes - trissomias, síndrome de Pierre-Robin;
- atividade e tonicidade muscular;
- postura - normalmente simétrica e fletida;
- hidratação;
- gânglios;
- mucosas (coloração, umidade, lesões);
- esqueleto e articulações.

É importante salientar que a hidratação pode ser confundida com boa nutrição, nesse sentido, deve-se observar se houve perda das pregas da pele nos dedos indicando edema⁵. A avaliação do subcutâneo pode contribuir para avaliar a hidratação, de modo que um turgor pastoso se associa a uma desnutrição perinatal⁶. Além disso, edema da pálpebra é um achado comum e benigno⁷.

Cabe destacar que é importante observar a cicatriz da BCG, assim como as unhas, possível baqueteamento digital e perfusão capilar⁸.

Quanto à parte óssea e articular, deve-se:⁶

- palpar ossos longos e coluna (excluir espinha bífida ou meningocele);
- excluir dor à palpação;
- excluir deformidades;
- analisar pregas palmares;
- analisar mobilidade;
- excluir fraturas (principalmente clavicular);
- excluir displasia de quadril (manobras de Barlow e de Ortolani);
- descartar pé torto congênito.

Dentro do exame físico geral, é imprescindível realizar também a avaliação da pele, podendo observar os seguintes sinais em um neonato^{5,4}:

- alteração de coloração cutânea;
- alteração de textura cutânea;
- milium;
- petéquias;
- manchas;
- vérnix caseoso;
- tufo de cabelo sobre a espinha sacral;
- eritema tóxico;
- hemangiomas;
- melanose pustulosa;
- fragilidade/elasticidade da pele.

2- EXAME FÍSICO CUTÂNEO

Quanto à alteração da cor da pele, deve-se excluir sinais/sintomas de alarme, tais quais a palidez, a icterícia (principalmente em menos de 24 horas pós parto), ou a cianose a qual pode ser mascarada por má circulação ou por anemia. A cianose em extremidades é um achado normal, no entanto, quando em áreas centrais, pode sugerir alterações cardíacas e pulmonares⁸. Além disso, deve-se atentar à pletora (associada à policitemia, hiperoxigenação ou hipertermia) e aos hemangiomas que podem estar relacionados a angiomas das leptomeninges⁴.

Já características como milium, lanugo, vérnix, manchas mongólicas, petéquias localizadas, máculas vasculares e o fenômeno de arlequim (hemicorpo com eritema) são sinais benignos⁴.

- **Mancha mongólica:** coloração azulada e amarronzada localizada principalmente em região lombossacra e menos comumente em tronco e em extremidades. Possui regressão autolimitada e espontânea, sem necessidade de intervenção.

- **Eritema tóxico:** lesões em máculas, pápulas, vesículas e pústulas eritematosas difusas pelo corpo, poupando palmas e plantas, iniciam após 24 a 72 horas de vida e desaparecem espontaneamente em uma semana.
- **Melanose pustulosa:** lesões vesicopustulosas presentes desde o nascimento, difusas, sem poupar palmas e plantas, com evolução em descamação de colarete e mancha hipercrômica. Sem tratamento específico.
- **Hiperplasia sebácea:** múltiplas pápulas amareladas presentes desde o nascimento, localizadas principalmente em dorso nasal e região malar, com involução espontânea durante o primeiro mês de vida.
- **Miliária:** dermatose secundária a sudorese excessiva com obstrução de glândulas sudoríparas. A miliária cristalina representa a primeira fase com vesículas incolores e superficiais, sem eritema, que após a primeira semana de vida evolui para miliária rubra, com pápulas eritematosas, acompanhadas de sinais flogísticos. Também não possui medidas de suporte específicas, sendo recomendado evitar superaquecimento do RN e dar preferência ao uso de roupas mais arejadas.
- **Mancha salmão:** lesão vascular presente ao nascimento, vista como mancha de cor rosa claro e limites imprecisos, com aumento da intensidade durante o choro e a sucção, sendo mais comum na região occipital, na glabella ou nas pálpebras superiores. A maioria regride espontaneamente, entretanto, as de localização occipital podem ter tendência a permanecer.
- **Mancha vinho do porto:** lesão vascular por malformação capilar, se manifestando com mancha de cor vinho intensa, homogênea, porém sem mudança de intensidade em resposta ao choro e à sucção. Na maioria dos casos é unilateral e isolada, preferencialmente em região de face. Por ser malformação, pode estar associada

a Síndrome de Stuge-Weber e Síndrome de Klippel-Trenaunay. Para tratamento, dispõe-se de laser pulsátil diário.

Por fim, assim como o tônus muscular, a textura da pele se relaciona à idade gestacional, sendo que RN a termo tem a pele mais lisa e úmida, prematuros têm a pele mais fina e neonatos com sofrimento fetal podem ter a pele mais seca ou com descamação⁶.

3- EXAME FÍSICO DO CRÂNIO E DA FACE

Deve-se verificar assimetrias e formato, medir perímetro cefálico, palpar as linhas de sutura (cavalgamentos são comuns, excluir suturas fundidas), palpar fontanelas (verificar tamanho, relevo, depressão ou pulsatilidade), verificar se há áreas moles no crânio (craniotabes), e diferenciar bossa sanguinolenta de céfalo-hematoma^{5, 4}. A fontanela anterior mede duas polpas digitais, enquanto a posterior tem uma polpa, fechando-se entre o 18º dia e 2º mês pós natal⁷.

QUADRO 1 - Definições e classificações no exame físico do crânio do recém-nascido

BOSSA SEROSSANGÜINEA	CÉFALO-HEMATOMA
Edema equimótico de subcutâneo, depressível, com limites imprecisos (não respeita linhas de sutura).	Coleção sanguínea subperiosteal, respeita as linhas de sutura, mais endurecido e de limites precisos: associação com fórceps e com trabalho de parto prolongado.

FONTE: elaborado pelos autores.

Referente aos olhos, deve-se analisar o epicanto, o espaçamento, a presença de microftalmia, a fenda palpebral, a assimetria, a coloração

da esclera e também avaliar reflexos pupilares se maior que 28 semanas. Verificar íris e córnea (se diâmetro > 1 cm com fotofobia/lacrimejamento, pensar em glaucoma congênito), e realizar o teste do olhinho^{5,4}.

Na avaliação dos ouvidos, deve-se observar a implantação do pavilhão auditivo, descartar fístulas e apêndices, observar membrana tímpanica e testar reflexo cócleo-palpebral^{5,4}. Quanto ao nariz, é importante observar simetria e pervidade das narinas, excluir malformações, batimento de asas nasais ou coriza com pus ou sangue^{5,4}.

Referente à boca, deve-se inspecionar principalmente enquanto o bebê chora ou apenas puxando levemente a mandíbula.⁵ É recomendado observar se há desvio de comissura labial, possíveis aftas de Bednar, sialorréia ou saliva espessa, além de detectar dentes supranumerários. Em relação ao interior da cavidade orofaríngea, é necessário a análise de palato mole e duro (se são palpáveis, presença de fissuras e de pérolas de Epstein), verificar tamanho e mobilidade da língua, observar tonsilas e úvula e verificar tamanho mandibular (excluir micrognatia)^{5,4}. Ao examinar o pescoço, deve-se palpar (excluir bócio, higroma cístico, restos de fenda branquial, teratoma), excluir torcicolo congênito e observar se há pele em excesso^{5,4}.

4- EXAME FÍSICO CARDIOPULMONAR

Durante a avaliação do tórax, deve-se lembrar que a hipertrofia mamária com saída de leite é comum, e a expressão pode causar mastite, sendo, portanto, contraindicada⁸. Deve-se observar o tamanho, a quantidade e o espaçamento dos mamilos, e verificar se há assimetria, eritema ou endurecimento de mamilos^{5,4}. Em caso de mamilos supranumerários, atentar-se para a possibilidade de Síndrome de Turner. Na avaliação pulmonar, inspecionar, palpar, percutir, auscultar, medir a frequência respiratória por um minuto inteiro, atentar para anormalidades da variação e do ritmo da respiração, excluir sinais de desconforto respiratório (espasmo em boca e

queixo, uso de musculatura acessória, gemência e chiado), e descartar apneia (> 20 segundos ou menor se cianose ou bradicardia)^{5,4}.

Quanto à avaliação do coração, deve-se palpar o *ictus cordis* (excluir desvio, hiperdinamia), detectar possível frêmito (associado a cardiopatia), auscultar todos os focos cardíacos, identificar possíveis sopros, excluir taquicardia (FC > 180 bpm), avaliar pulsos nos quatro membros, medir PA (oscilometria ou por artéria umbilical), e realizar teste do coraçãozinho^{5,4}.

5- EXAME FÍSICO ABDOMINAL

No abdome, por sua vez, distensão ou escavação sugerem sinais de alarme⁷. Avalia-se também o tamanho hepático, a posição dos rins e do baço, a parede abdominal, possíveis massas císticas ou sólidas, onfalocelos, gastroquise e observa-se o cordão umbilical¹. Referente ao cordão umbilical, sinais como a presença de pus, a hiperemia ou o inchaço podem indicar onfalite⁴.

6- EXAME FÍSICO GENITOURINÁRIO

O exame do aparelho geniturinário deve ser preferencialmente realizado juntamente com os pais ou com auxiliar⁴. Nas meninas, deve-se levar em consideração que a proeminência ou leucorreia não purulenta não indica alterações, necessariamente, e que os hidrometrocolpos e/ou massa suprapúbica sugerem hímen imperfurado⁵. Ademais, deve-se excluir a presença de fusão dos grandes ou pequenos lábios, assim como hipertrofia de clitóris⁴. Nos meninos, deve ser realizada a palpação testicular bilateral, sendo que em RN a termo ambas as gônadas devem ser palpáveis em bolsa escrotal ou no trajeto do canal inguinal, avaliando possível criptorquidia. Além disso, com o objetivo de excluir anormalidades de implantação da

uretra (epispádia, hipospádia)⁵. Deve-se atentar para torção de testículo e fístulas entre o reto e o períneo⁴.

Em relação ao aparelho urinário, a maioria dos neonatos apresenta diurese espontânea nas primeiras 12h de vida, sendo o fisiológico aguardar até no máximo 24h de vida pela micção do bebê⁴.

A avaliação da região anal envolve aguardar a liberação de mecônio, observar o formato das nádegas, e excluir prolapso retal e fístulas, sendo o toque retal não indicado de rotina^{4,5}. Atenção a eliminação de mecônio, a qual deve ocorrer em no máximo até 48h de vida, pois a eliminação após esse período é associada com algumas doenças, como fibrose cística e doença de hirschsprung⁷.

Por último, o sistema nervoso do neonato também deve ser avaliado, levando-se em consideração o estado de alerta, o tônus e os reflexos primitivos (sucção, voracidade, prensão, marcha, fuga à asfixia, cutâneo-plantar, moro, esgrimista, reflexos tendinosos e o reflexo patelar).

7- EXAME FÍSICO ORTOPÉDICO

Em relação ao sistema músculo-esquelético, examinar o RN em decúbito dorsal, avaliando trofismo muscular, proporção de membros superiores e inferiores (MMII) em relação ao tronco, mobilidade e limitações articulares⁷.

Dentre as alterações mais importantes, encontra-se a displasia congênita de quadril (DDQ), a qual é avaliada por meio de duas manobras realizadas em sala de parto⁵.

- **Manobra de Ortolani:** examinador segura os MMII do RN com as mãos e apoia o polegar na face medial da coxa e o dedo médio no trocanter maior, realizando o movimento de abdução das co-

xas e na presença de DDQ, isso gera o deslizamento da cabeça do fêmur luxada para dentro do acetábulo, provocando um barulho de clique audível ao examinador^{5,6}.

- **Manobra de Barlow:** é considerada manobra provocativa, visto que ao posicionar o RN na mesma posição, o avaliador mantém os quadris em abdução e coloca um polegar no trocanter menor e o dedo indicador na face medial da coxa, apoiado no trocanter maior. Ao pressionar o trocanter maior, a cabeça do fêmur entra no acetábulo e ao pressionar com o polegar na região inguinal sobre a cabeça do fêmur, ela retorna à posição original^{5,6}.

Além disso, na avaliação do RN na sala de parto é utilizada a escala de APGAR, a qual avalia as condições do neonato ao nascimento no 1º e no 5º minuto de vida, bem como sua resposta a eventuais intervenções realizadas. A partir da pontuação, o bebê é classificado em boa vitalidade com 7 a 10 pontos, vitalidade moderada com 4 a 6 pontos, e vitalidade ruim com 3 pontos ou menos. A depender da pontuação final, a avaliação do APGAR pode ser continuada até o 20º minuto de vida, sendo indicada principalmente em bebê com menos de 6 pontos⁵.

QUADRO 2 - Escala de APGAR do recém-nascido

	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	<100 bpm	>100 bpm
Respiração	Ausente	lenta, irregular	boa, choro forte
Tônus muscular	Flacidez	leve flexão de extremidades	movimento ativo de membros
Irritabilidade reflexa	Sem Resposta	careta ao estímulo	tosse, espirro, choro
Cor	palidez, azulado	corpo rosado + extremidades azuladas ou cianóticas	corpo totalmente rosado

FONTE: elaborado pelos autores.

SIGLAS: BPM (Batimentos por Minuto).

REFERÊNCIAS

1. ALVES, C. R.; SCHERRER, I. R. *Semiologia da criança e do recém-nascido*. 1. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 44 p.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Guidelines for perinatal care*. 8. ed. Washington, DC: American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017. 712 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 194 p.
4. CAVALCANTE, R. S. *et al.* (Orgs.). *Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde do recém-nascido*. Belém: Eduepa, 2019. 116 p.
5. KLIEGMAN, R. M.; [STANTON, B. F.; ST. GEME III, J. W.; SCHOR, N. F.; BEHRMAN, R. E. *Nelson tratado de pediatria*. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 17309 p.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Tratado de pediatria*. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2022.