

EXAME DO RECÉM-NASCIDO: SEMIOLOGIA CLÍNICA

JOSÉ DE ARAUJO *

Para se estabelecer o conceito de recém-nascido, vários fatores têm sido lembrados, como o induto sebáceo, a queda do coto umbilical e as modificações que se apresentam nos primeiros dias, entre as quais a descamação e a icterícia fisiológicas. De acôrdo com a Academia Americana de Pediatria, êste conceito foi arbitrariamente estabelecido, considerando-se recém-nascida tôda criança até o 30º dia de vida.

No exame clínico do recém-nascido, certos preceitos fundamentais devem ser observados: 1) Nenhum recém-nascido será retirado do berçário, para ser submetido a exame médico; êste será realizado em dependência apropriada do mesmo, nas melhores condições ambientais possíveis, em sala aquecida se necessário, evitando-se ruídos e vibrações, bem como a luz direta e intensa, que agiriam como excitantes para a criança. 2) O exame clínico será realizado somente depois de decorridas 10 horas do nascimento, tempo necessário para a estabilização da temperatura e respiração; antes dêsse prazo, serão examinados apenas os recém-nascidos que apresentarem condições patológicas evidentes, necessitando de medicação urgente. 3) As condições de assepsia devem ser as melhores possíveis, estando o examinador provido de avental, máscara e gôrro; lavagem das mãos com água e sabão, na passagem de um recém-nascido para outro. 4) O exame clínico obedecerá a certa ordenação, do segmento cefálico para o pélvico, em virtude de ser êste último considerado infectado.

MATURIDADE FETAL

E' importante que faça, de imediato, o diagnóstico de viabilidade e maturidade fetais, pois dêle depende a orientação a ser dada, no berçário, ao recém-nascido. Na maioria das vêzes, é muito difícil dizer-se quando um feto é viável ou inviável, e muito mais difícil ainda traçar uma linha que separe essas duas condições.

Nesse sentido, vários elementos devem ser considerados (embora nenhum dêles tenha valor absoluto, devendo-se observá-los em conjunto): tempo de gestação; pêso do recém-nascido; comprimento crânio-caudal; proporcionalidade entre as circunferências craniana,

* Médico do Berçário da Clínica Obstétrica e Puericultura Neonatal (Serviço do Prof. Raul Briquet) da Fac. Med. da Univ. de São Paulo.

torácica e abdominal; diâmetros biparietal e occípito-frontal; presença de determinados centros de ossificação; comprimento do pé. Em relação ao tempo de gestação, teríamos: a) gestação de 28 semanas ou menos — recém-nascido inviável; b) gestação de 28 a 38 semanas — recém-nascido prematuro; c) gestação de 38 a 40 semanas — recém-nascido maduro.

Em virtude da comodidade, e com finalidade didática, adotamos, no diagnóstico da maturidade fetal, um critério convencional, admitido pela escola americana e baseado no peso do produto conceptual: 600 g ou menos, aborto; 601 a 1.250 g, imaturo; 1.251 a 2.500 g, prematuro; 2.501 a 2.999 g, hipotrófico; 3.000 a 3.999 g, eutrófico; 4.000 g ou mais, hipertrófico.

EXAME FÍSICO GERAL

Medidas fetais — É conveniente que o médico, ao iniciar o exame físico, já tenha as medidas fetais, que são tomadas com pelvímeter, régua e fita métrica, por enfermagem especializada. São elas, além do peso: comprimento crânio-caudal; circunferências craniana, torácica e abdominal; diâmetros occípito-frontal e biparietal.

Embora seja extremamente difícil saber-se quais são os valores médios normais, obtivemos os seguintes, em medidas feitas no berçário da Clínica Obstétrica: peso médio, 3.175 g; estatura média, 508 mm; diâmetro biparietal 92 mm, occípito-frontal 114,5 mm; circunferência craniana 340 mm, torácica 324 mm, abdominal 310 mm. Já dissemos que o número isolado não oferece importância alguma, apenas o conjunto é que dará idéia da normalidade de um recém-nascido. Assim, quanto ao peso, verificou-se que a maioria dos recém-nascidos normais nasce com um peso entre 2.750 e 3.500 g e, desta, 70% está entre 3.000 e 3.500 g; que o peso de nascimento é maior nas crianças masculinas e maior nas de raça branca que nas de raças negra e amarela.

A estatura é um valor muito constante, verificando-se que o recém-nascido masculino apresenta 10 mm mais que o feminino. As outras medidas possuem certo valor, pois podem fazer suspeitar de um crescimento anormal do tronco ou membros, macro ou microcefalia, etc.

Posição — O recém-nascido deve estar em decúbito dorsal e o examinador de pé ou sentado, olhando para o segmento pélvico.

Atitude — Quando o ambiente é confortável, a criança se mantém em decúbito dorsal, cabeça rodada de 90° para a direita ou esquerda, membros superiores e inferiores semifletidos, rotação ligeira da coxa para fora. Quando estimulada, chora, apresentando movimentos incoordenados da cabeça e dos membros.

Variações anormais da atitude podem ser encontradas, nos seguintes casos: 1) Trauma obstétrico — Hipotonia geral ou localizada, paresia ou paralisia de membros, hemiplegias, mono ou diplegias, convulsões tônicas ou clônicas, fraturas de membros. 2) Infecções intra-uterinas — Meningite purulenta, peritonites, etc. 3) Infecções natais e neonatais — Otites, meningites, meningoencefalites, tétano, septicemias. 4) Malformações congênitas — Bócio congênito, meningoceles, aplasia das paratireóides, etc.

Fácies — A fácies do recém-nascido normal nada tem de característico. Nos distróficos, desidratados e prematuros, encontra-se uma fácies senil (ausência de panículo adiposo, desaparecimento da bola de Bichat, rugas transversais na fronte, sulcos profundos na face). No trauma obstétrico, pode verificar-se assimetria facial, nítida durante o choro, por paresia ou paralisia facial, com desvio da commissura bucal e imobilidade da hemiface atingida. No mixedematoso, por atresia da tireóide, a fácies é balôfa, o recém-nascido mantém a boca aberta, com a língua de fora, como também se verifica no mongolismo. A fácies tetânica é caracterizada pelo riso sardônico e contraturas dos masseteres.

Pele — A pele do recém-nascido normal é rósea, fina e transparente, em virtude da rede capilar abundante, sendo vermelho-escura na raça negra. Nos distróficos e desidratados, várias alterações são encontradas, desde a diminuição da elasticidade, até as dobras, que se encontram quando o turgor é pastoso.

Em condições normais, vários elementos se encontram na pele do recém-nascido: 1) *Induto sebáceo* — É a vérnix caseosa, substância gordurosa branco-amarelada que recobre a pele do recém-nascido, principalmente nas dobras de flexão. Tem como função proteger o recém-nascido contra a maceração, bem como facilitar a descida do feto no canal de parto. Após o nascimento, é parcialmente retirada, de modo que, no segundo dia, só se encontram vestígios da mesma. 2) *Mancha mongólica* — Mancha azulada, única ou múltipla, localizada no dorso ou membros, mais comumente nas regiões sacra ou glútea, mais comum nos negros e amarelos que nos brancos; não tem significação clínica, parecendo constituir um caráter atávico. 3) *Descamação fisiológica* — Devida principalmente à desidratação, se inicia do 1º ao 3º dia de vida, desaparecendo no fim da primeira ou segunda semana. Apresenta-se sob a forma de pequenas lâminas, às vezes como poeira furfurácea, generalizada. O diagnóstico diferencial deve ser feito com a dermatite esfoliativa de Ritter. Na eritrodermia descamativa de Leiner, ao lado das áreas de descamação, se encontram zonas extensas de eritema. 4) *Eritema tóxico* — Sem significação patológica, apresenta-se sob a forma de pequenas áreas de eritema generalizadas, semelhantes às do sarampo, devidas a reações alérgicas do feto a substâncias maternas. 5) *Milio sebáceo* — Constituído por pequeninos pontos brancos, salientes, ao

nível do nariz, regiões malares e mento, devidos à obstrução dos folículos sebáceos pela descamação epitelial. Parece ter alguma relação com a crise puberal do recém-nascido, desaparecendo entre o 1º e 2º mês. 6) *Icterícia fisiológica* — De intensidade variável, mais freqüente nos prematuros, surge em tôrno do 2º ou 3º dia, desaparecendo no fim da 1ª semana. É periférica, devida à intensa hemólise e fragilidade dos eritrócitos. Nos prematuros, a imaturidade da célula hepática contribui para agravar a icterícia.

A complicação mais comum e temível é o kernicterus, devido à impregnação dos núcleos da base do encéfalo pelas bilirrubinas, de prognóstico sempre severo. O diagnóstico diferencial deve ser feito com: a) *Doença hemolítica do recém-nascido* — Mãe múltipara, Rh negativo, pai Rh positivo, prova de Coombs positiva, elevado título de anticorpos anti-Rh no sangue materno; b) *Sífilis congênita* — Hepatosplenomegalia, presença de lesões luéticas cutâneas ou mucosas, roséolas ou penfigóides, gomosas, reação de Wassermann positiva no sangue materno e cordão; c) *Atresia das vias biliares* — Progressiva, com fezes acólicas; d) *Septicemias*, nos processos infecciosos agudos; e) *Hepatite a vírus*, rara no recém-nascido; f) *Hepatoses tóxicas*; g) *Telangiectasias* — Áreas avermelhadas, de tamanho variável, únicas ou múltiplas, encontradas ao nível da raiz do nariz, lábio superior, pálpebras, porção alta da nuca, devidas a persistência da rêde capilar embrionária, que irriga as fendas branquiais; h) *Nevo pigmentar* — Em qualquer parte do corpo, não tem significado patológico, desaparecendo com o crescimento.

Em condições anormais, várias lesões podem ser encontradas: a) *Descamação da doença de Ritter* — Descamação em grandes lâminas, deixando o cório visível, sob a forma de áreas irregulares, avermelhadas. A pressão e o deslissamento digital são suficientes para retirar grandes fragmentos de pele, na qual parece haver um defeito de arquitetura. O prognóstico é sempre grave. b) *Palidez* — Na forma anêmica da doença hemolítica do recém-nascido, colapso, intoxicações. c) *Cianose* — Só tem significado patológico quando generalizada e intensa, pois é comum a cianose das extremidades, por irrigação deficiente dessas áreas. A cianose pode ser *central* (devida a perturbações nervosas, por depressão dos centros respiratórios, como no trauma obstétrico; devida a perturbações pulmonares, com hematose deficiente, como na aplasia pulmonar, aspiração de mucosidades, pneumopatias; devida a perturbações circulatórias, em que há mistura do sangue venoso e arterial, como nas fístulas arteriovenosas do circuito pulmonar, vícios cardíacos com comunicação entre cavidades) e *periféricas* (nas anormalidades da rêde arterial e na estase circulatória). d) *Exantemas* — Na lues congênita, erisipela. e) *Pênfigo* — Lesões bolhosas, localizadas ou generalizadas, como no pênfigo foliáceo, impetigo e sífilis congênita. f) *Ragádias*, principalmente ao nível dos lábios, como na sífilis congênita. g) *Gomas* — Na face, em tôrno dos lábios ou nariz, devidas a sífilis congê-

nita, forma gomosa. h) *Intertrigo* — Nas dobras, na face de flexão, sob a forma de eritema extenso, podendo evoluir para escara. i) *Angiomas* planos ou verrucosos, de extensão variável, sob a forma de manchas vinhosas, planas ou salientes, mais comumente na face ou tronco, de bom prognóstico na maioria das vezes. j) *Outras lesões cutâneas*, como as que se verificam na dermatite seborrêica, eczema, micoses superficiais, etc.

Pêlos — No recém-nascido normal, encontra-se uma lanugem distribuída pelo dorso, região sacra e membros, mais intensa nos prematuros; cai na primeira semana de vida. Os cabelos são mais ou menos abundantes, sendo substituídos nos primeiros meses de vida.

Unhas — Na maioria das vezes, as unhas atingem as extremidades digitais, sendo mais longas nos dedos que nos artelhos. Malformações ou atresias das unhas podem ser encontradas.

Mucosas — As mucosas do recém-nascido são intensamente vermelhas, em virtude da transparência e abundante rede vascular. Podem apresentar-se pálidas nas anemias do recém-nascido e amareladas na icterícia. As lesões mais comuns são encontradas nas micoses superficiais e gomas sífilíticas.

Tecido subcutâneo — Mais ou menos abundante no recém-nascido normal, é escasso ou ausente nos prematuros e distróficos. Suas alterações mais comuns são: a) *Edema* — Um edema ligeiro, embora generalizado, não tem valor patológico, sendo devido à estase circulatória que se processa durante o parto. É intenso, generalizado, grave, chegando à anasarca, na forma hidrópica da eritroblastose fetal. b) *Escleredema* — Alteração do subcutâneo, mais frequentemente localizada ao nível dos membros, é constituída por uma área endurecida, com edema. c) *Esclerema* — Áreas endurecidas do subcutâneo, localizadas no início, generalizando-se depois, são devidas à solidificação da gordura subcutânea, principalmente da oleína. São quase característicos dos prematuros, iniciando-se ao nível dos membros, e generalizando-se posteriormente. O prognóstico é sempre grave. d) *Escleroderma* — Localizada sempre, é a adiponecrose, constituída por áreas endurecidas devidas a necrose da gordura subcutânea. Pode ser acompanhada por soluções de continuidade da epiderme e hemorragias periféricas com reação inflamatória. Quando pura, se confunde com o esclerema, diferindo d'êste pelo prognóstico, que em geral é bom.

EXAME FÍSICO ESPECIAL

Cabeça — O exame será feito pela inspeção, percussão e palpação, sendo as duas últimas complementos da primeira, podendo lan-

çar-se mão de outros métodos, como a transiluminação. À inspeção, vários elementos podem ser identificados, como a assimetria cefálica por fenômenos plásticos muito acentuados, bossa sero-sangüínea, cefalematoma, hérnias do encéfalo e das meninges.

1) *Suturas cranianas*: Podem ser ajustadas, separadas ou cavalgadas (frontal sôbre os parietais, êstes sôbre o occipital), devido aos fenômenos plásticos da cabeça, na passagem pelo canal de parto. É freqüente a separação dos parietais na sutura sagital, em condições normais. À palpação, os bordos das suturas podem apresentar-se irregulares, quando a ossificação é deficiente.

2) *Fontanelas*: Das fontanelas presentes no recém-nascido, as mais importantes são a anterior ou bregmática, e a posterior ou lambdóide. A primeira é losângica, plana, com 5 a 60 mm em condições normais, podendo apresentar-se deprimida nos desidratados, tensa ou abaulada nos traumatismos encefálicos; os bordos são regulares; torna-se tensa durante o chôro. A fontanela posterior é triangular, geralmente fechada no recém-nascido; pode, no entanto, apresentar 5 a 15 mm nos dois diâmetros.

3) *Bossa sero-sangüínea*: Resultante da infiltração do subcutâneo, sob a forma de edema localizado, aparece na zona de apresentação. Ocupa um ou mais ossos, não respeita as suturas, tem todos os caracteres do edema, sem flutuação. Devida à compressão vascular na passagem pelo canal de parto. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o cefalematoma e hérnia do encéfalo; esta última é pulsátil e aumenta com o chôro. Ausente nos partos por via alta, regride até o fim da segunda semana.

4) *Cefalematoma*: Coleção sangüínea subperiostal, ocupando um único osso, limitado pelas suturas. Assestado sôbre os parietais mais comumente, surge no trauma obstétrico, no parto operatório por fórcepe. A evolução é lenta, por calcificação, iniciando-se na periferia, dando, à palpação, a impressão de cratera. Na zona do cefalematoma, freqüentemente se encontra fratura do osso correspondente.

5) *Craneotabes*: É constituído por ossificação incompleta dos ossos do crânio, mais comumente dos parietais e temporais, mais nítida próxima das suturas. À palpação, os ossos são depressíveis, dando a sensação de consistência de celulóide. Na maioria das vezes, é um sinal comum de raquitismo em evolução.

6) *Fraturas*: Comuns nos partos operatórios, principalmente por fórcepe, podem ser lineares ou irregulares, com afundamento do osso, principalmente nos parietais e frontal. Pode-se encontrar um quadro neurológico, com convulsões ou paralisias, dependente da compressão do encéfalo pelo osso.

7) *Micro e macrocefalia*: Suspeitadas já pela inspeção, são confirmadas pela palpação e medidas cranianas. Podemos falar de microcefalia quando a circunferência craniana acusar valores inferiores a 30 cm; freqüentemente vem associada a anencefalia; o crânio é achatado, dando a impressão de cabeça de rã; pode aparecer na toxoplasmose. Falamos de macrocefalia, quando a circunferência craniana fôr superior a 40 cm; o diagnóstico diferencial deve ser feito com a hidrocefalia.

8) *Hidrocefalia*: Macrocefalia, bossas frontais salientes, olhos deslocados para baixo. As suturas são separadas em extensão variável, aumentando progressivamente com o evoluir do processo. As fontanelas se tornam tensas, cada vez maiores, podendo tornar-se abauladas. Podem surgir convulsões. A hidrocefalia se encontra na toxoplasmose, meningocelos, lues congênita, etc.

Olhos — Nas primeiras 24 horas que se seguem ao nascimento, as pálpebras superiores se apresentam edemaciadas, voltando à normalidade no fim do primeiro ou segundo dia; podem apresentar áreas de telangiectasias, que desaparecem logo. Os cílios são bem formados. Freqüentemente se encontra uma secreção devida a instilação de nitrato de prata na conjuntiva.

A conjuntiva bulbar, branco-azulada, pode ser amarelada na icterícia do recém-nascido. As pupilas, isocóricas, reagem prontamente à luz. Há fotofobia muito acentuada nas primeiras 24 horas de vida. Pequenas hemorragias subconjuntivais podem ser encontradas, sem significado patológico.

Conjuntivites catarrais ou purulentas podem ser encontradas. Das anomalias do aparelho da visão, tôdas raras, podemos ter malformações das pálpebras, canais nasolacrimais, pupilas, cristalino, retina, bem como atresia do próprio bulbo ocular.

O exame da pupila é importante. Lesões encefálicas poderão traduzir-se por alterações pupilares. Nos prematuros, é relativamente comum a fibroplasia retrolental. Nos partos operatórios, por fórcepe, podemos encontrar um embaçamento do cristalino, de evolução benigna, que regride nos primeiros 30 a 60 dias. Luxações ou mesmo arrancamento do globo ocular podem ser encontrados nos partos por fórcepe.

Nariz — Tem pouca importância patológica; verificar a permeabilidade das fossas nasais, anomalias do septo e dos ossos do nariz.

Ouvidos — Bem formados no recém-nascido. Observar anomalias do conduto auditivo externo e do pavilhão. Na face anterior do trágus, freqüentemente se encontra pequenos papilomas. O exame do pavilhão pode revelar o grau de anemia do recém-nascido.

Bôca e garganta — Os lábios são normalmente corados, simétricos, apresentando coxins de sucção quando a alimentação se faz

ao seio materno; do 2º dia em diante, pode aparecer uma descamação, devida ao trauma da sucção; fendas labiais, uni ou bilaterais, podem ser encontradas, constituindo o lábio leporino. As gengivas, bem formadas, podem apresentar tubérculos, cistos alveolares ou mesmo dentes; a prega de Robin-Magentot, situada nas gengivas, tem função desconhecida. No palato, ao nível da linha mediana, se encontram pontos esbranquiçados, que correspondem à soldadura do maxilar superior; a conformação do palato é variável, podendo observar-se fendas palatinas uni ou bilaterais (palatosquise). O exame do cavo deve ser feito com boa iluminação, observando-se a conformação da úvula, pilares, amígdalas e parede posterior da faringe.

São comuns infecções da bôca por cogumelos, como a moniliose, que se apresenta sob a forma de pequenas áreas brancas sôbre a língua ("sapinho"), bochechas e palato, semelhantes a coágulos de leite.

Pescoço — Cilíndrico e simétrico. A tireóide e os gânglios cervicais anteriores e supraclaviculares não são palpáveis. Os músculos são bem conformados, podendo haver assimetria do pescoço, na elevação congênita do omoplata.

A palpação das clavículas deve ser sistemática, encontrando-se, comumente, ao nível dos terços médio e lateral, fraturas, com crepitação e edema das partes moles.

Hematomas dos músculos do pescoço são comuns, principalmente do esternocleidomastóideo, sendo devidos a distensão exagerada e conseqüente rotura das fibras com hemorragia. No local, palpa-se um tumor duro, sem flutuação. O diagnóstico diferencial deve ser feito com bócio congênito, cisto branquial e adenite cervical. O bócio congênito é raro e resulta do aumento global da glândula, que se torna bem palpável. O cisto branquial e a adenite são localizados; nesta última está interessada a pele, vindo a supurar 4 ou 5 dias depois do seu aparecimento.

Tórax — À *inspeção*, deve observar-se a forma do tórax, respiração e simetria das espáduas. A respiração, costo-abdominal no recém-nascido, é arritmica, em virtude da imaturidade do centro respiratório. Tiragem é observada na asfixia neonatal e atelectasia pulmonar. A cornagem é observada no estridor congênito do laringe. À *palpação*, o frêmito tóraco-vocal é palpável durante o choro. As glândulas mamárias podem estar aumentadas de volume, constituindo a tumefação mamária e representando um dos elementos da crise pubertária do recém-nascido. A expressão da glândula deve ser evitada, pois, pode ser ponto de partida de mastites agudas ou crônicas. À *ausculta*, a expiração é prolongada no recém-nascido, podendo observar-se respiração rude na asfixia aspirativa. Zonas mudas pulmonares são encontradas nas áreas de atelectasia, bem como sopros e estertôres, nas pneumopatias.

A *dispnéia*, acompanhada ou não de cianose, é um dado de grande valor no recém-nascido patológico, podendo ser devida a pertur-

bações do sistema nervoso central (disgenesia cerebral, trauma obstétrico, infecções), do aparelho respiratório (infecções, aplasia pulmonar, paralisia da glote, atresia do esôfago com fístula tráqueo-esofágica, hérnia diafragmática, atelectasia pulmonar extensa) ou do aparelho circulatório (vícios cardíacos).

Ao exame do aparelho circulatório, a área cardíaca é ligeiramente aumentada, o ictô não visível, localizado no 3º ou 4º intercosto. As bulhas são bem audíveis, de intensidade idêntica. Um sopro holossistólico funcional pode ser encontrado nos focos da ponta.

Abdome — À inspeção, notamos a presença do *côto umbilical* até o 5º ou 6º dia de vida. Em condições fisiológicas, a queda do côto pode dar-se mais tardiamente, entre o 10º e o 15º dias. Dentre os vários processos que se estabelecem no côto umbilical, são mais comuns: a) granulomas, pediculados ou não, exigindo, freqüentemente a intervenção com termocautério; b) gangrena séptica; c) onfalites supuradas ou não, podendo constituir o ponto de partida de septicemia; destas infecções, tem maior gravidade o tétano neonatorum; d) onfalocelos com abertura variável do anel umbilical; o saco herniário pode conter epíploon ou alças intestinais; a rotura da cicatriz umbilical pode, em certos casos, provocar evisceração das alças intestinais; e) malformações congênitas.

À palpação do abdôme, podemos observar agenesia dos músculos da parede abdominal, freqüentemente associada a disgenesia renal. O baço e fígado são, freqüentemente, palpáveis, até um dedo abaixo do rebordo costal, em condições normais. A hépato e esplenomegalia no recém-nascido só deve ser considerada patológica, quando exagerada e acompanhada de outros sinais, como icterícia, anemia intensa, lesões luéticas da pele. As alças intestinais e os rins são palpáveis com relativa facilidade.

A distensão abdominal é sempre patológica, constituindo um sinal importante de várias afecções, como: a) meteorismo, com timpanismo generalizado; b) íleo paralítico, infeccioso ou não; c) peritonites; d) megacólon congênito; e) tumores abdominais, geralmente císticos; f) atresia do intestino e reto. Essa distensão acarreta elevação do diafragma, compressão das bases pulmonares, dando dispnéia e predispondo a pneumopatias.

Coluna vertebral — Seu exame tem importância em virtude das malformações congênitas, como as meningoceles. No recém-nascido, a coluna é reta, pois suas curvaturas fisiológicas só aparecem mais tarde, com a posição erecta.

Aparêlho gênito-urinário — O exame dos órgãos genitais do recém-nascido mostra comumente, nos dois primeiros dias de vida, edema do escroto ou dos grandes lábios, extrofia dos pequenos lábios, presença de corrimento vaginal esbranquiçado. A pseudo-meus-

truação, com perdas sangüíneas vaginais, é um dos elementos da crise pubertária do recém-nascido.

Os processos mais comumente encontrados ao exame dos órgãos genitais do recém-nascido são as malformações congênitas, como: hipospádia, epispádia, pênis incluso, fimose e parafimose, agenesia do pênis, ectopia testicular, pseudo-hermafroditismo, extrofia da bexiga, imperfuração anal, fistulas reto-vaginais e uretro-vaginais.

Sistema osteomuscular — O exame do esqueleto, embora precário, deve ser feito cuidadosamente, com o objetivo de se surpreenderem fraturas (do crânio, úmero, fêmur), luxações (coxofemural, escápulo-umeral) ou malformações congênitas (osteogênese imperfeita). O escorbuto do recém-nascido pode ser acompanhado de manifestações ósseas e das partes moles, principalmente ao nível dos membros.

O exame do sistema muscular é precário, em virtude da imaturidade do sistema nervoso, sendo difícil julgar da sua normalidade, a não ser nos casos de agenesia de grupos musculares superficiais, grandes hipertrofias ou hipotonias. As moléstias do sistema muscular dão sintomatologia tardia ao se instalarem os movimentos voluntários.

Sistema nervoso — O sistema nervoso do recém-nascido está incompletamente desenvolvido, sendo maior essa imaturidade no prematuro. A função coordenada dos centros corticais ou bulbares vai sendo estabelecida com o crescimento; daí as várias crises de cianose e dispnéia, devidas à imaturidade dos centros respiratórios, mais frequentes e intensas nos prematuros.

As sensibilidades tátil, térmica e dolorosa estão presentes no recém-nascido. A audição e olfação são discutíveis; os sentidos da gustação e da visão estão presentes, pois o recém-nascido pode ver a luz. A motricidade voluntária está presente, mas os movimentos são incoordenados. É fisiológica uma hipertonia do recém-nascido, principalmente dos membros; a hipotonia deve ser sempre considerada patológica.

A motricidade reflexa, mais antiga, já se encontra no recém-nascido, no qual observamos reflexos que desaparecem ou se modificam com o crescimento. Os reflexos que mais interessam, do ponto de vista clínico, e que, por isso mesmo, devem sempre ser pesquisados, são: 1) *Reflexo de preensão*, das mãos e pés. A pesquisa é feita colocando-se o dedo indicador nas faces palmar e plantar, perpendicularmente às bases dos dedos ou artelhos; a reação consiste na preensão do dedo do examinador. 2) *Reflexo de sucção*, pesquisado colocando-se um bico, a mão do recém-nascido ou o dedo do examinador, envolvido em gaze estéril, na bôca do mesmo; o objeto é prêso entre os lábios e sugado com maior ou menor intensidade; ao exagero da sucção, chama-se "voracidade". Este reflexo, frequentemente

ausente nos prematuros, como a deglutição pode estar ausente no recém-nascido normal, no 1º dia de vida e presente nos seguintes, ou vice-versa. A ausência prolongada do reflexo de sucção verifica-se nos processos centrais, como a disgenesia cerebral e o trauma obstétrico. 3) *Reflexo de Moro*, um dos mais antigos, consiste numa resposta a um estímulo mecânico. A pesquisa é feita com o recém-nascido em decúbito dorsal, na mesa de exame ou no próprio berço, produzindo-se uma vibração ou deslocando o recém-nascido de sua posição. A resposta consiste num movimento de abraço, extensão da mão e abertura dos dedos, seguindo-se a flexão e adução dos membros, em movimento inverso. A resposta a este reflexo pode estar abolida nas lesões encefálicas, esboçada ou exaltada mesmo em condições normais, pode ser parcial ou assimétrica na fratura da clavícula, paralisias branquiais, monoplegias. 4) *Reflexos dos pontos cardiais* — Tocando-se, com um bico ou outro objeto, as comissuras labiais ou o bordo inferior do lábio inferior, desperta-se o reflexo de sucção. A criança procura o objeto para sugar. 5) *Sinal de Babinski*, presente no recém-nascido normal, torna-se ausente com o crescimento; seu desaparecimento pode verificar-se nos traumas centrais. 6) *Reflexos osteotendinosos*, presentes na maioria dos casos, às vezes se mostram exaltados, mesmo em condições normais. 7) *Reflexos cutâneos*; o cremasterino está presente no recém-nascido. 8) *Reflexos pupilares*; o reflexo pupilar à luz está presente, encontrando-se ausente o da acomodação.

O sistema autônomo, imaturo como os outros, dá ao recém-nascido uma labilidade neurovegetativa bem característica, evidenciada por taquicardia, sudorese, crises freqüentes de diarreia e vômitos.

BIBLIOGRAFIA

1. Brennemann, J. — Practice of Pediatrics. W. F. Prior, Hagerstown. Vol. 1, 1951, págs. 1-111.
2. Castañeda, H. V. — Padecimientos Congénitos Infantiles. México, D.F., 1951.
3. Eckstein, A. — Tratado de Pediatría, ed. 2. Labor, Buenos Aires, 1936, págs. 36-55.
4. Evans, P. e Mac Keith, R. — Infant Feeding and Feeding Difficulties. Ed. Churchill, Londres, 1951, págs. 8-45 e 168-208.
5. Fanconi, G. e Walgreen, A. — Tratado de Pediatría. Trad. de J. Boschi Marin e J. Guijosa Pernús. Edit. Morata, Madrid, 1953, págs. 243-288.
6. Garrahan, J. P. — Medicina Infantil. Ed. 7. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1951, págs. 393-470.
7. Gesell, A. e Amatruda, C. — Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1945.

8. Glanzmann, E. — *Leciones de Pediatria*. Ed. Labor, Barcelona, 1942.
9. Hess e Lundeen — *The Premature Infant*, ed. 2. Lippincott, Londres, 1949.
10. Holt, L. E. e Howland, J. — *Diseases of Infancy and Childhood*, ed. 10. Appleton-Century, Nova York, 1940.
11. Lacaz, C. S., Mellone, O. e Yahn, O. — *Diagnóstico, Profilaxia e Tratamento da Doença Hemolítica do Recém-nascido*. Edição do Instituto Pinheiros. São Paulo, 1951, págs. 13-34.
12. Rimbaud, P. — *Dermatologie Infantile*. G. Doin, Paris, 1952.
13. Rittes, J. A. — *Compêndio de Clínica Propedêutica da Primeira Infância*. Santos, 1951.
14. Sheldon, W. — *Diseases of Infancy and Childhood*, ed. 3. Churchill, Londres, 1940.
15. Slobody, L. B. — *Survey of Clinical Pediatrics*. McGraw-Hill, Nova York, 1952.
16. Smith, C. A. — *The Physiology of Newborn Infant*. Ch. C. Thomas, Illinois, 1945.

Clínica Obstétrica — Hospital das Clínicas — São Paulo.

* * * *