

SEMILOGIA

do

Recém-Nascido



Autores: Isabelle de Almeida Souza (1), Gabriela Sayuri Motoyama Caiado (1), Mariana Menezes Lourenço (1), Juliana Fattori Hamamoto (2), Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo (3), Maria Regina Bentlin (3)

1. Aluna do curso de Graduação em Medicina da FMB UNESP.
2. Neonatologista da Unidade Neonatal do HC FMB UNESP.
3. Professora Associada da Disciplina de Neonatologia do Departamento de Pediatria da FMB UNESP.



Autor principal:

Isabelle de Almeida Souza¹

Demais autores:

Gabriela Sayuri Motoyama Caiado¹

Mariana Menezes Lourenço¹

Juliana Fattori Hamamoto²

Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo³

Maria Regina Bentlin³

SEMIOLOGIA DO RECÉM-NASCIDO

Botucatu/SP
2025



¹ Aluna do curso de Graduação em Medicina da FMB UNESP

² Neonatologista da unidade Neonatal do HC FMB UNESP

³ Professora Associada da Disciplina de Neonatologia do Departamento de Pediatria da FMB UNESP

Editoração:

Ana Carolina de Souza Lopes

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Seção Técnica de
Aquisição e Tratamento da Informação

Semiologia do recém-nascido [recurso eletrônico] / Isabelle de Almeida Souza ...[*et al.*] ;
apresentação Maria Regina Bentlin ; editoração Ana Carolina de Souza Lopes. –
Botucatu : FMB/UNESP, 2025.
60 p. : il. color. ; ebook

ISBN 9786550670849

1. Recém-nascidos – Exames médicos. 2. Semiologia (Medicina). 3. Anamnese.
4. Triagem neonatal. 5. Neonatologia. I. Souza, Isabelle de Almeida. II. Caiado,
Gabriela Sayuri Motoyama. III. Lourenço, Mariana Menezes. IV. Hamamoto, Juliana
Fattori. V. Rugolo, Ligia Maria Suppo de Souza. VI. Bentlin, Maria Regina. VII. Lopes,
Ana Carolina de Souza. VIII. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de
Medicina, Botucatu.

CDD: 618.92072

Rosangela Aparecida Lobo (bibliotecária responsável) - CRB 8/7500

Apresentação

Maria Regina Bentlin¹

Este e-book de Semiologia do Recém-Nascido foi idealizado e construído com dedicação por alunos de Medicina, durante suas atividades de monitoria, sob supervisão de seus professores. Seu objetivo é oferecer aos acadêmicos de Medicina uma fonte acessível, prática e atualizada de estudo, reunindo conceitos fundamentais e materiais complementares sobre o exame clínico do recém-nascido.

O conteúdo está organizado de forma clara e progressiva, iniciando pela anamnese, assistência imediata ao recém-nascido em sala de parto, exame físico, testes de triagem neonatal, com foco na valorização dos sinais clínicos e na importância da observação cuidadosa. Além do texto descritivo, o e-book traz vídeos demonstrativos que ilustram as principais etapas do exame físico e dos testes de triagem neonatal, facilitando a compreensão e aproximando a teoria da prática.

O material busca não apenas transmitir informações, mas também despertar a curiosidade e incentivar o olhar atento e humanizado para o cuidado neonatal.

Este trabalho reflete a riqueza da construção coletiva e do aprendizado compartilhado entre alunos e professores. Esperamos que este e-book seja um guia útil e inspirador, capaz de apoiar a formação acadêmica e de reforçar a importância da semiologia como base sólida para a prática médica.

¹*Professora Associada da Disciplina de Neonatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.*

Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
2. ANAMNESE	5
3. ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RN EM SALA DE PARTO	7
4. CLASSIFICAÇÃO DO RN CONFORME A IDADE GESTACIONAL (IG)	12
5. CLASSIFICAÇÃO DO RN CONFORME O PESO DE NASCIMENTO	15
6. ADEQUAÇÃO: PESO DE NASCIMENTO E IDADE GESTACIONAL (IG)	16
7. EXAME FÍSICO COMPLETO DO RN	22
8. TESTES DE TRIAGEM NEONATAL	41
9. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DO RN	45
10. REFERÊNCIAS	46
ANEXO I: ROTEIRO DE ANAMNESE DO RECÉM NASCIDO	51
ANEXO II: LINK DOS VÍDEOS DIDÁTICOS	56

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, dinâmico e contínuo, o qual envolve desde o crescimento até a aprendizagem e os fatores psicossociais da criança. Ele se inicia já no intraútero, quando ocorre o desenvolvimento de diversas funções cerebrais.

Os primeiros anos de vida de uma pessoa constituem um período crítico para o neurodesenvolvimento devido à plasticidade cerebral que confere ao cérebro a capacidade de se adaptar na vigência de alguma lesão e de desenvolver novas habilidades para compensar potenciais deficiências, de modo a reduzir os impactos sobre a funcionalidade e a qualidade de vida da criança. Sendo assim, é importante acompanhar de perto cada campo do comportamento e desenvolvimento da criança a fim de detectar precocemente as áreas com atraso passíveis de intervenção.

Considera-se recém-nascido (RN) a criança de 0 a 27 dias de vida após o parto. A semiologia do neonato comporta diversas especificidades desde dados da anamnese, até achados de exame físico e procedimentos de rotina, essenciais para o adequado acompanhamento futuro do paciente. Este documento contempla os principais pontos a serem analisados para se avaliar o RN.

2. ANAMNESE

Anteriormente ao exame físico do RN, deve-se realizar a história materna e gestacional. A história materna poderá identificar problemas de saúde ou intercorrências que apresentam potencial de interferir no RN, de modo a sugerir quais sinais clínicos e alterações buscar durante o exame. Sendo assim, as etapas da anamnese consistem em:

1- História materna:

- Idade materna e escolaridade;
- Antecedentes familiares, como doenças genéticas e infectocontagiosas ativas;
- Condições de saúde da mãe (ex.:diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças infecciosas, cardiopatias, nefropatias, uso de drogas, medicações, etc.).

2- História gestacional:

- Antecedentes obstétricos: número de gestações e abortos, tipo de parto, número de natimortos, peso ao nascer e idade gestacional de filhos;
- Número de filhos vivos e mortos, determinando a causa e idade da morte;
- Problemas em filhos anteriores: prematuridade, icterícia e malformações congênitas;
- Condições socioeconômicas: moradia, renda familiar e saneamento básico.

3- Gestação atual:

- Idade gestacional (IG) - de acordo com a data precisa da última menstruação (DUM) ou ultrassonografia precoce (1º trimestre)
- Início e término das consultas de pré-natal e quantidade de consultas + vacinas
- Doenças durante a gestação, como sífilis (em que semestre ocorreu, tratamento realizado na gestante e no parceiro, controle de cura), ITU (cistite e/ou pielonefrite)
- Colonização conhecida por Estreptococo do grupo B
- Sorologias:
 - VDRL (feito no 1º trimestre, 28 semanas e no parto);
 - HIV (teste rápido realizado no momento do parto);

- Hepatites B e C;
- Toxoplasmose (repetir se susceptível);
- Uso e quantidade usada de álcool, tabaco e drogas ilícitas durante a gestação;
- Uso de medicamentos;
- Grupo sanguíneo ABO, fator Rh e sensibilização pelo fator Rh (P.A.I.)

4- Condições de parto:

- Tipo de parto: vaginal ou cesariana (com ou sem trabalho de parto)
- Tempo de rotura de membranas;
- Medicamentos administrados periparto (terapia antiretroviral, antibióticos, corticoide, sulfato de magnésio)
- Duração do parto; necessidade ou não de indução
- Sinais de sofrimento fetal: alterações na cardiotocografia, no ultrassom; líquido amniótico meconial;
- Intercorrências durante o parto e nascimento.

5- Condições de nascimento:

- Necessidade ou não de reanimação em sala de parto (uso ao menos de ventilação com pressão positiva com máscara)
- Boletim de Apgar no 1º, no 5º e no 10º minuto de vida
- Uso do CPAP em sala de parto

6- Procedimentos de rotina:

- Aferição do peso (e sua adequação conforme a idade gestacional), comprimento e perímetros cefálico, torácico e abdominal
- Exames do cordão: tipagem sanguínea e Coombs direto

3. ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RN EM SALA DE PARTO

- Sinais de boa vitalidade do RN ao nascer: respira ou chora e apresenta movimentação ativa. Para classificar a vitalidade fetal, utilizamos o boletim de APGAR:

Tabela 1 – Boletim de APGAR

Boletim de APGAR			
Sinais	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	> 100 bpm	< 100 bpm
Cor	Cianose central ou palidez	Cianose em extremidades	Róseo
Irritabilidade reflexa	Ausente	Caretas	Choro
Esforço respiratório	Ausente	Choro fraco	Choro forte
Tônus muscular	Flácido	Semi-flexão	Ativo

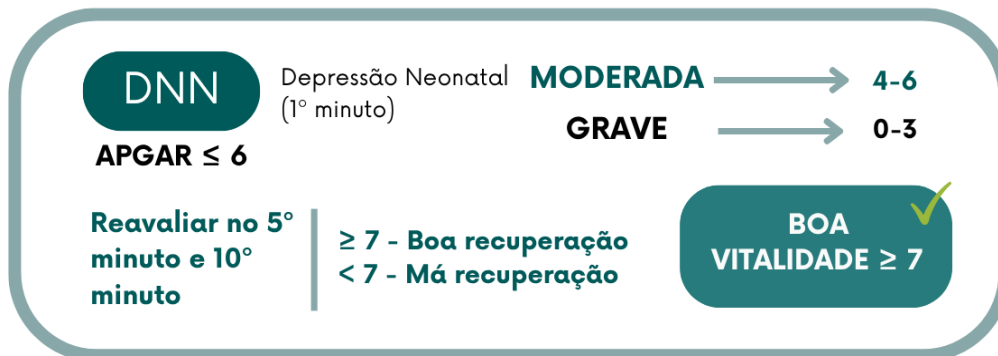
Boletim de APGAR:

- Para a avaliação objetiva da vitalidade nos primeiros minutos após o nascimento. Devemos somar os valores de cada critério avaliado: frequência cardíaca, cor, irritabilidade reflexa, esforço respiratório e tônus muscular - no mínimo no 1º e no 5º minuto;
- A partir do 5º minuto, continuar realizando o APGAR a cada 5 minutos até que o RN tenha nota 7 ou até o 20º minuto;
- Não indica manobras de reanimação ou realização de condutas específicas, sendo utilizado para avaliação retrospectiva das condições de nascimento do RN e sua evolução;
- **APGAR de 1º minuto:** determina se o RN tem depressão neonatal (DNN)
- **APGAR de 5º minuto:** determina se o RN teve boa ou má-recuperação após a depressão neonatal

Interpretação dos valores:

- **Boa vitalidade:** se maior ou igual a 7
- **1º minuto - DNN:** grave (0-3) ou moderada (4-6)
- **5º minuto:**
 - ≥ 7: indica boa recuperação
 - < 7: indica má recuperação (seguir avaliando APGAR)

Tabela 2 – Depressão Neonatal



- **IG ≥ 34 semanas e RN com boa vitalidade:** colocar o RN em contato com tórax/abdome materno e aguardar de 1 a 3 minutos para clampar o cordão umbilical. Recepcionar o RN em campo estéril aquecido, enxugá-lo e colocar touca, para evitar perda de calor.
- **IG < 34 semanas e com boa vitalidade:** aguardar de 30 a 60 segundos para clampar o cordão umbilical. Recepcionar o RN em campo estéril aquecido, levar para berço com fonte de calor radiante, não o enxugar, colocá-lo em saco plástico e colocar a touca.
- **Se, ao nascer, o RN não respirar ou não tiver movimentação ativa:** o obstetra deve realizar 2 estímulos táteis no dorso e clampar o cordão umbilical imediatamente, independente da IG. A seguir, o RN é recepcionado em campo estéril aquecido, levado para berço com fonte de calor radiante, onde será colocada a touca e realizados os passos iniciais de reanimação.
 - A avaliação dos sinais de boa vitalidade (FC > 100 e respiração rítmica e regular) deve ser realizada de forma contínua durante todos os cuidados iniciais.
- **Se, ao nascer, o RN estiver com boa vitalidade:** pode-se seguir com o clampeamento e corte do cordão na extremidade próxima ao coto umbilical (a cerca de 2 cm), checando a presença de 2 artérias e 1 veia.

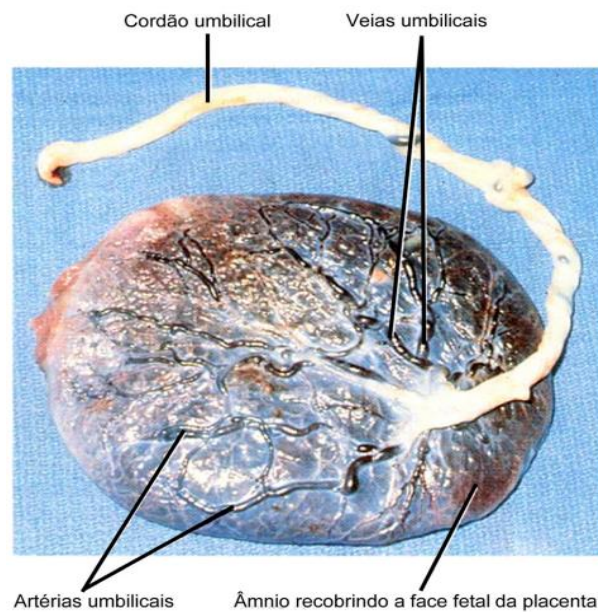
Figuras 1 e 2: avaliação do cordão umbilical e visualização de 2 artérias e 1 veia



Fonte: Figura 1: Tratado de Pediatria, 2024. Figura 2: SABINO, 2018.

- Solicitar exame anatomopatológico da placenta e análise do cordão umbilical em casos de suspeita de infecção fetal, restrição de crescimento intrauterino, prematuridade ou em casos onde a avaliação da placenta pode ajudar na elucidação diagnóstica.

Figura 3: placenta e cordão umbilical



Fonte: JUNIOR, Licenciatura em Ciências USP/Univesp

- Realizar o exame físico completo do RN, craniocaudal, excluindo os reflexos em primeiro momento. Importante avaliar se há fratura de clavícula, se o esôfago e o ânus são pÉrvios;

- Medidas antropométricas: peso, comprimento e perímetros
- **Peso esperado para recém-nascido a termo: 3000 a 3500g**
 - Importante ressaltar que se observa uma perda ponderal fisiológica de até 10% do peso de nascimento nos primeiros 7 dias de vida, devido à perda insensível de água pela pele, seguindo-se da recuperação do peso de nascimento até o 10º dia de vida.
 - Se houver perda ponderal > 3% por dia nos primeiros 3 dias de vida, atentar-se à possibilidade de dificuldade no aleitamento materno (hipoalimentação/desidratação).

Figura 4: avaliação do peso do RN após o parto



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

- **Comprimento esperado: 48 a 52 cm**
 - É importante assegurar a extensão completa dos MMII encostando a planta dos pés na régua, bem como o topo da cabeça.

Figura 5: avaliação da estatura do RN após o parto



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

- **Perímetro cefálico (PC) esperado: 34 a 36 cm**
 - A fita métrica deve passar pela proeminência occipital e acima da linha das sobrancelhas do RN (região da glabella).

Figura 6: avaliação do perímetro cefálico do neonato



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

- **Perímetro torácico (PT) esperado: 1 a 2 cm menor que o PC**
 - Colocar a fita métrica sobre a linha mamilar no tórax.

Figura 7: avaliação do PT do RN



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

- **Perímetro abdominal (PA) esperado: semelhante ao PT**
 - Colocar a fita métrica sobre a linha da cicatriz umbilical.

Figura 8: avaliação do perímetro abdominal do neonato



Fonte: Arquivo pessoal

- Profilaxia contra a oftalmia neonatal

Pingar a iodopovidona solução aquosa 2,5% ou o nitrato de prata (credé), 1 gota em cada olho para prevenção da oftalmia neonatal, especialmente a ocasionada pela *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamidia trachomatis*.

- Profilaxia contra a doença hemorrágica do RN (deficiência da vitamina K)

Aplicar injeção de vitamina K, 1mg por via intramuscular;

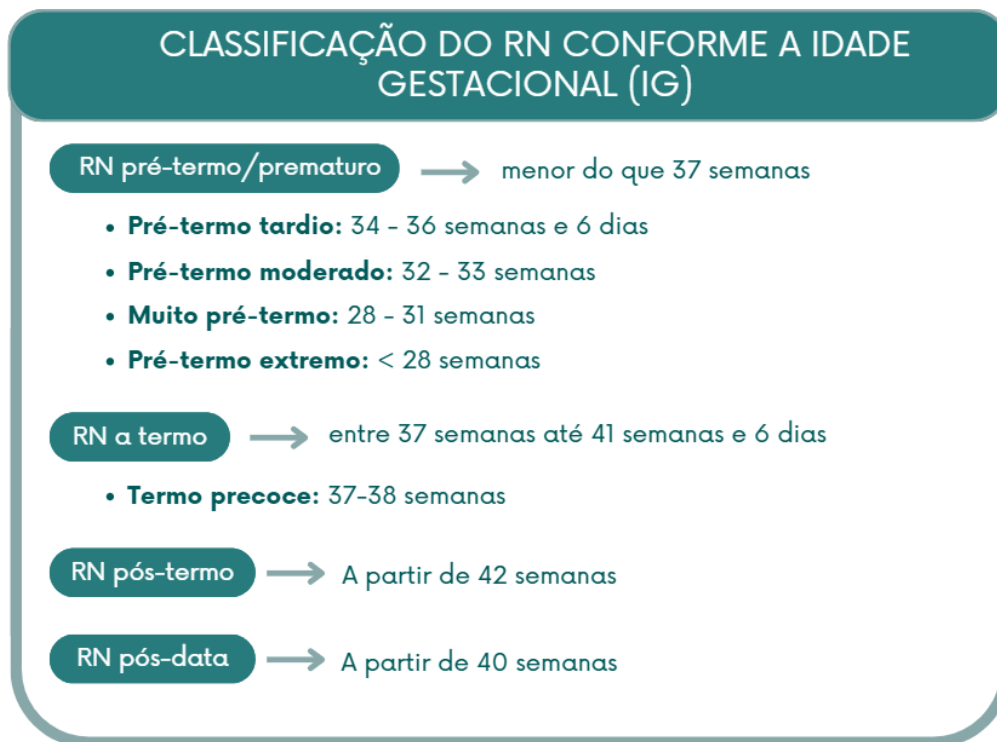
- Profilaxia contra a hepatite

Aplicar 1º dose da vacina contra hepatite B;

- Sempre identificar o RN com pulseira e estimular a amamentação na primeira hora pós-parto;

4. CLASSIFICAÇÃO DO RN CONFORME A IDADE GESTACIONAL (IG)







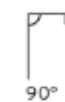




























Tabela 3 – Classificação do RN conforme a idades gestacional (IG)



A melhor estimativa de IG é a obstétrica por meio de USG precoce no 1º trimestre ou pela data da última menstruação (em casos de mulheres com ciclos regulares, sem dúvida da data, sem uso de anticoncepcionais).

Caso haja dúvida no nascimento, pode-se estimar a IG por métodos de avaliação da maturação somática e neurológica após o parto, especialmente pelo escore de *New Ballard* (Figura 9).

Figura 9. Escore de *New Ballard* (Fonte: Tratado de Pediatria, 2017)

Sinal avaliado de maturidade	Escore						
	- 1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ângulo de flexão punho	 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Retração do braço		 180°	 140°-180°	 110°-140°	 90°-110°	 < 90°	
Ângulo poplíteo	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Sinal do xale							
Manobra calcanhar-orelha							
Pele	Pegajosa Friável Transparente	Gelatinosa Vermelha Translúcida	Homogeneamente rósea Veias visíveis	Rash ou descação superficial Poucas veias visíveis	Descação grosseira Áreas de palidez Raras veias visíveis	Apergaminhada Fissuras profundas Sem vasos visíveis	Enrijecida e enrugada Fissuras profundas
Lanugo	Nenhum	Esparso	Abundante	Lanugo fino	Áreas com pelos	Praticamente ausente	
Superfície plantar	40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm sem marcas	Marcas tênues	Marcas de superfície anterior	Marcas nos 2/3 anteriores	Marcas cobrem toda a superfície plantar	
Glândula mamária	Imperceptível	Pouco perceptível	Aréola plana sem glândula	Aréola parcialmente elevada 1-2 mm de glândula	Aréola borda elevada 3-4 mm de glândula	Borda elevada 5-10 mm de glândula	
Olhos Orelhas	Pálpebras parcialmente fundidas: -1 Pálpebras fundidas: -2	Pálpebras abertas Pavilhão auricular plano e dobrado	Pavilhão auricular parcialmente recurvado, macio com recolhimento lento	Pavilhão auricular bem curvado, macio, com recolhimento rápido	Pavilhão auricular firme, bem formado, recolhimento instantâneo	Cartilagem grossa e orelha firme	
Genital masculino	Escroto plano e liso	Testículos fora da bolsa escrotal sem rugas	Testículos no canal superior e raras rugas	Testículos descendo e poucas rugas	Testículos na bolsa escrotal e com rugas	Bolsa escrotal pendular com rugas profundas	
Genital feminino	Clitóris proeminente Lábios planos	Clitóris proeminente Lábios menores pequenos	Clitóris proeminente Lábios menores evidentes	Lábios menores e maiores igualmente proeminentes	Lábios maiores cobrem parcialmente pequenos lábios e clitóris	Lábios maiores recobrem o clitóris e os lábios menores	

5. CLASSIFICAÇÃO DO RN CONFORME O PESO DE NASCIMENTO

Tabela 4 – Classificação do RN conforme peso de nascimento

CLASSIFICAÇÃO DO RN CONFORME PESO DE NASCIMENTO	
RN MACROSSÔMICO	PESO \geq 4000 g
RN BAIXO PESO	PESO 1.500 - 2.499 g
RN MUITO BAIXO PESO	PESO 1.000 - 1.499g
RN EXTREMO BAIXO PESO	PESO $<$ 1.000 g

- RN macrossômico: maior ou igual a 4000 g
 - O diabetes materno leva a hiperinsulinismo fetal que é uma das principais causas de macrossomia fetal. Esses RN são conhecidos como “Gigante de pé de barro” por serem grandes em tamanho, mas com imaturidade orgânica (de pulmões, intestino, eixo hipotálamo-hipófise e órgãos alvos); outras causas podem ser atribuídas a síndromes como *Beckwith Wiedmann* ou macrossomia constitucional
 - Monitoramento do nível glicêmico nas primeiras 48h após o nascimento, por conta do risco de hipoglicemia devido à hiperinsulinemia.

Figura 10: RN macrossômico



Fonte: UpToDate, 2024.

- RN baixo-peso: menor do que 2500g
 - Índice de prematuridade ou restrição de crescimento intrauterino (RCIU)
 - Causas de prematuridade: pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas obstétricas (RPMO), descolamento de placenta, infecções congênicas.
 - Causas RCIU: hipertensão materna crônica, pré-eclâmpsia, tabagismo, síndrome alcóolica fetal, infecção congênita (STORCH + Z).
 - Importância de monitorar a glicemia, por conta do risco de hipoglicemia e de distúrbios metabólicos (consumo das reservas de glicogênio hepático).
- RN muito baixo peso: menor do que 1500g

Figura 11: RN muito baixo peso



Fonte: Arquivo pessoal

- RN extremo baixo peso: menor do que 1000g

Figura 12: RN extremo baixo peso



Fonte: Arquivo pessoal

6. ADEQUAÇÃO: PESO DE NASCIMENTO E IDADE GESTACIONAL (IG)

Usa-se curvas internacionais para saber se o peso de nascimento está ou não adequado para a idade gestacional (IG), tanto durante a gestação, quanto ao nascimento. As mais usadas são a *curva de Fenton* (Figuras 13 e 14), utilizadas a partir de 22 até 50 semanas de idade gestacional, ou *Intergrowth-21* (Figuras 15 e 16), que inclui RN brasileiros, porém recomendada a partir de 33 semanas de idade gestacional.

- Adequado para a idade gestacional (AIG): entre p 10 e p 90
- Pequeno para a idade gestacional (PIG): menor do que p 10
 - Importante causa: mãe hipertensa, tabagista ou em uso de drogas ilícitas; pode ser constitucional
- Grande para a idade gestacional (GIG): maior do que p 90
 - Importante notar que ser GIG (valor relativo do peso à IG) não necessariamente envolve ser macrossômico (valor absoluto do peso)
 - Mães com diabetes *mellitus* ou diabetes gestacional representam importante fator de risco para fetos/RN GIG; pode ser constitucional também.

Figura 13. Curva de *Fenton* (meninos)

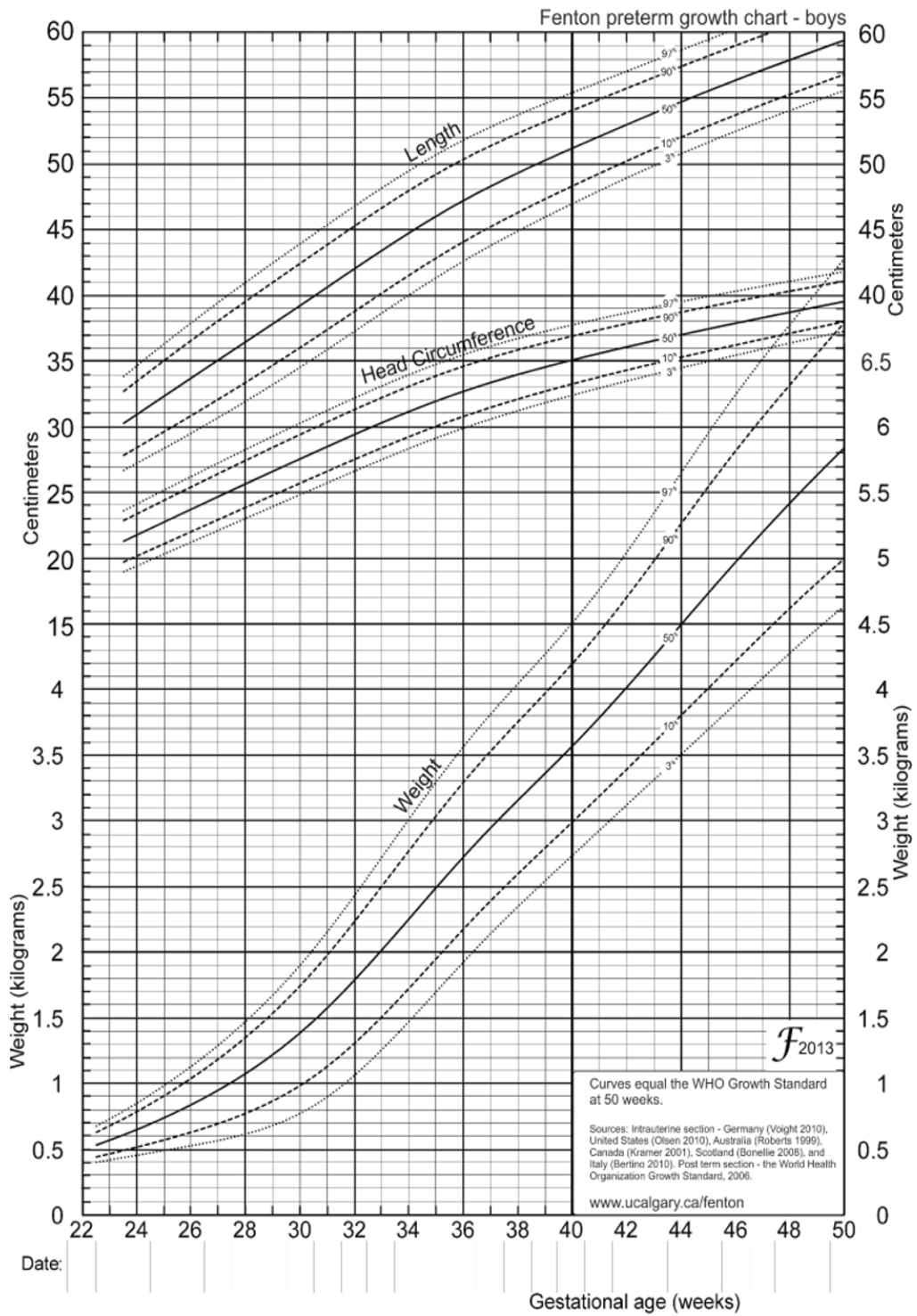


Figura 14. Curva de *Fenton* (meninas)

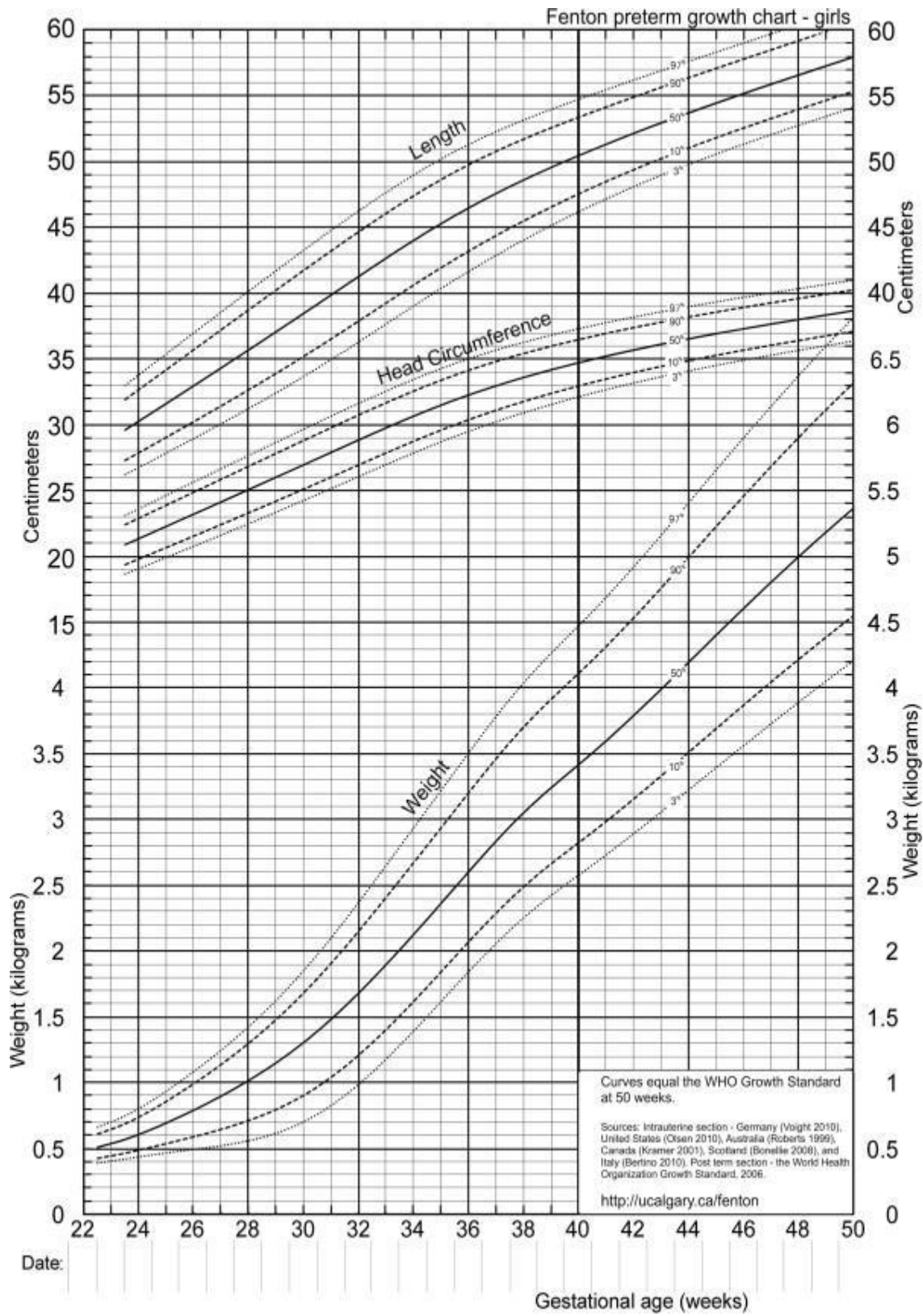
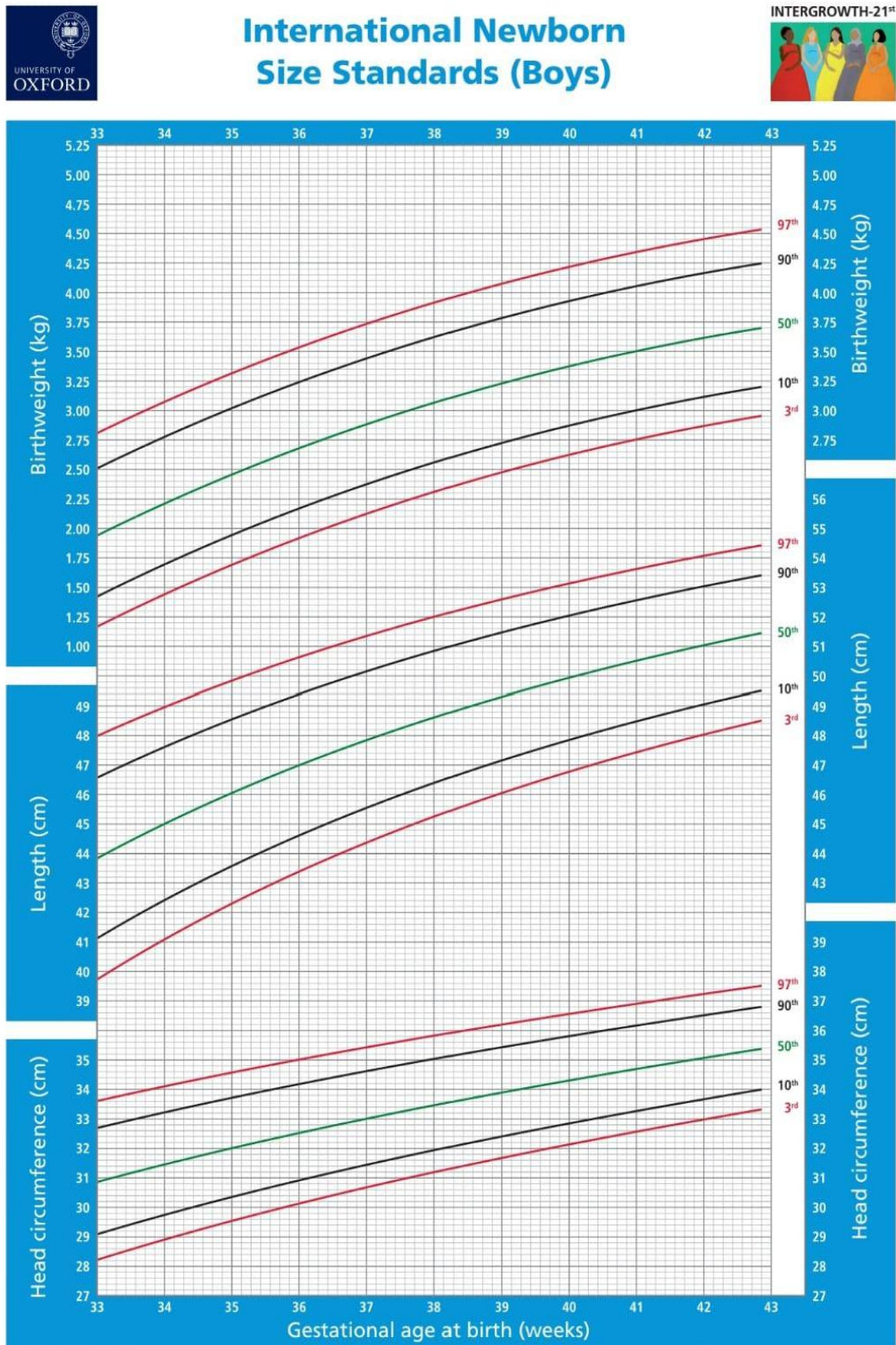


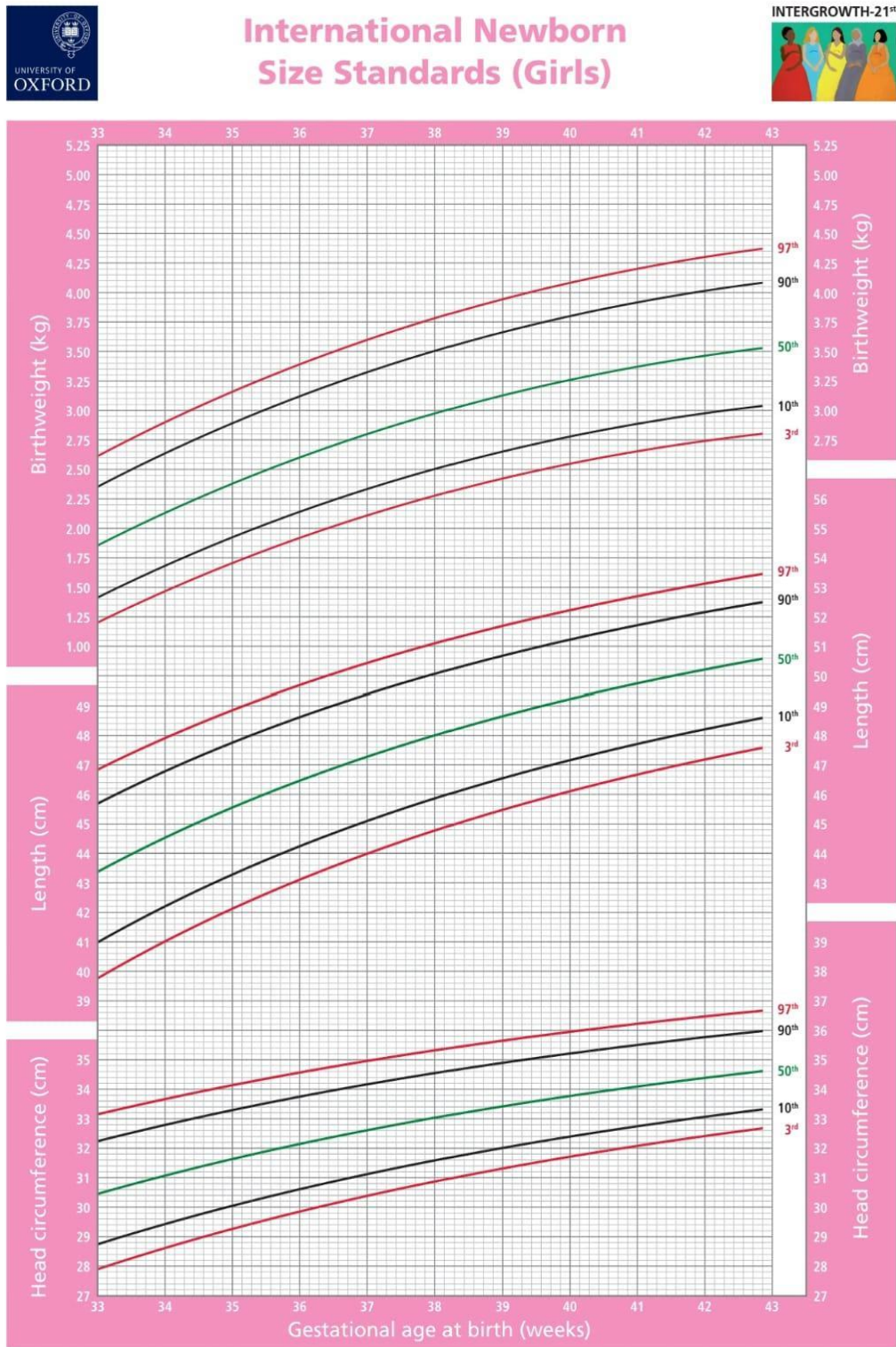
Figura 15. Curva de Crescimento Neonatos *Intergrowth-21* Meninos)



© University of Oxford

Villar et al. *Lancet* 2014;384:857-68

Figura 16. Curva de Crescimento Neonatos *Intergrowth-21* (Meninas)



© University of Oxford

Villar et al. *Lancet* 2014;384:857-68

7. EXAME FÍSICO COMPLETO DO RN

Realizado entre 6-12h de vida.

- **Pontos importantes:** o exame deve ser feito preferencialmente no berço, com a presença da mãe ou acompanhante; o RN precisa estar desnudo; boa luminosidade natural; realizar lavagem das mãos antes e após o exame.
- Questionar sobre **diurese** (99% urinam nas primeiras 48h) e **eliminação de mecônio** (90% eliminam nas primeiras 24h de vida), **atentando-se para atrasos de eliminação.**
- **Postura:** o esperado é a flexão ou semi flexão dos 4 membros (Figura 17). Há predomínio do tônus flexor dos quatro membros e hipotonia da musculatura cervical paravertebral. A postura relacionada com a apresentação fetal persiste até 24 a 48 horas de vida.

Figura 17: RN a termo com tônus em flexão



Fonte: Tratado de Pediatria, 2017.

- **Pele:**
 - Usar luz natural, sempre que possível, para avaliar.
 - **Lanugo/Lanugem:** Penugem fina e sem pigmentação. Surge em torno da 20ª semana de gestação. Em torno de 28 semanas, começa a desaparecer na face e na parte superior do tronco. No RNT, está presente nos ombros.

Figura 18: Lanugem



Fonte: Arquivo pessoal

- **Vérnix caseoso:** É acúmulo de secreção de glândulas sebáceas durante a vida intrauterina, que recobre e protege a pele. Favorece também o deslizamento do corpo no parto e mantém a temperatura do RN após o nascimento.

Figura 19: vérnix caseoso



Fonte: Hardie Photography/Instagram

- **Máscara equimótica:** Resulta da estase venosa provocada pela compressão dos vasos do pescoço (pode ser causada por circular de cordão).

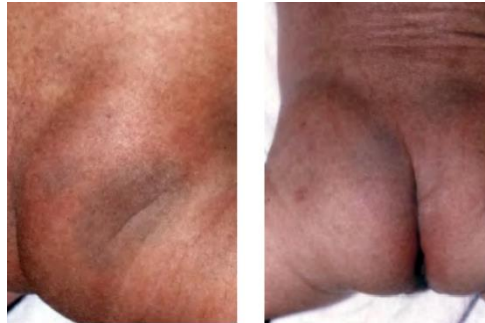
Figura 20: máscara equimótica



Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

- **Manchas mongólicas:** Manchas de coloração azulada, especialmente em nádegas e em região sacral (mas não exclusivamente nesta região). Não tem significado clínico e desaparecem espontaneamente.

Figura 21: manchas mongólicas



Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

- **Eritema tóxico:** Dermatose de origem desconhecida, bastante comum. Ocorre mais frequentemente entre o 1º ao 4º dia de vida, caracterizado como máculas eritematosas, com ou sem pequenas pápulas eritematosas ou amareladas, e/ou vesículo-pustulosas rodeadas por halo eritematoso, principalmente no tronco superior. As lesões são assintomáticas, podem ter caráter migratório e desaparecem em torno de uma semana.

Figuras 22 e 23: eritema tóxico



Fontes: Figura 22: Manual MSD, 2023. Figura 23: Arquivo pessoal

- **Milium facial/sebáceo:** São cistos de inclusão amarelo-esbranquiçados de 1 a 2 mm de diâmetro. Aparecem frequentemente na base do nariz, queixo, pálpebras e na testa. Ocorre por obstrução das glândulas sebáceas e acúmulo de secreção, com desaparecimento espontâneo.

Figura 24: milium facial



Fonte: Arquivo pessoal

- **Melanose pustulosa transitória neonatal:** É benigna e de etiologia desconhecida. Consiste no aparecimento de máculas, vesículas e pústulas, já ao nascimento, na face e tronco e membros. Essas lesões rompem-se facilmente, de modo a formar crostas, deixando máculas hiperpigmentadas residuais. Resolução nas primeiras semanas de vida, sendo mais frequente na raça negra.

Figuras 25 e 26: melanose pustulosa transitória neonatal.



Fonte: Arquivo pessoal

- **Manchas salmão:** ocorrem por dilatação de capilares e tendem a desaparecer nos primeiros meses de vida. Mais comuns na região da nuca (popularmente conhecida como “bico da cegonha”) e da testa (“beijo de anjo”).

Figuras 27 e 28: manchas salmão ou “bico da cegonha” e beijo de anjo”, respectivamente



Fonte: UptoDate, 2024.

- **Descamação fisiológica:** ocorre nos primeiros 15 dias de vida, podendo se estender até o final do primeiro mês.

Figura 29: descamação fisiológica do RN



Fonte: Reginatto, 2017.

Anormalidades da pele: palidez, pletora, cianose generalizada, icterícia, hematomas, petéquias, equimoses entre outras.

- **Icterícia:**

- Ocorre em mais de 50% dos RN.
- **Fisiológica (ou própria do RN):** início com 2 a 3 dias de vida, tendendo a diminuir a partir do 4º ou 5º dia.
- Tem sentido de **progressão crânio caudal.**
- Avalia-se as escleras e a pele por digito pressão (cor amarelada).

- Avaliar em ambiente com luz natural, de preferência.
- Icterícia tende a ser visível a partir de uma bilirrubina sérica acima de 5 mg/dL. Quanto maior a progressão crânio caudal, maiores são os níveis de bilirrubina.
- Pode-se utilizar as **Zonas de Kramer** para estimar o valor sérico de bilirrubina no RN ao exame físico.

Figura 30: Zonas de Kramer

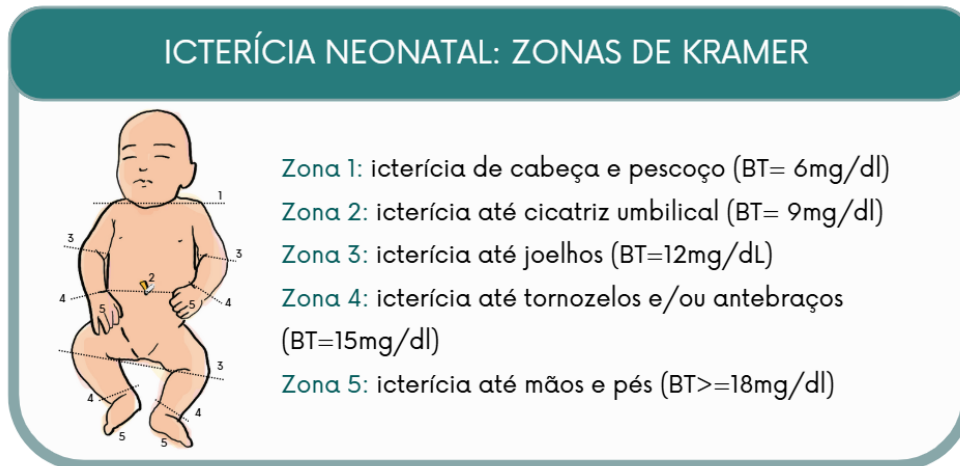


Figura 31: RN icterício à esquerda e RN com coloração rósea à direita

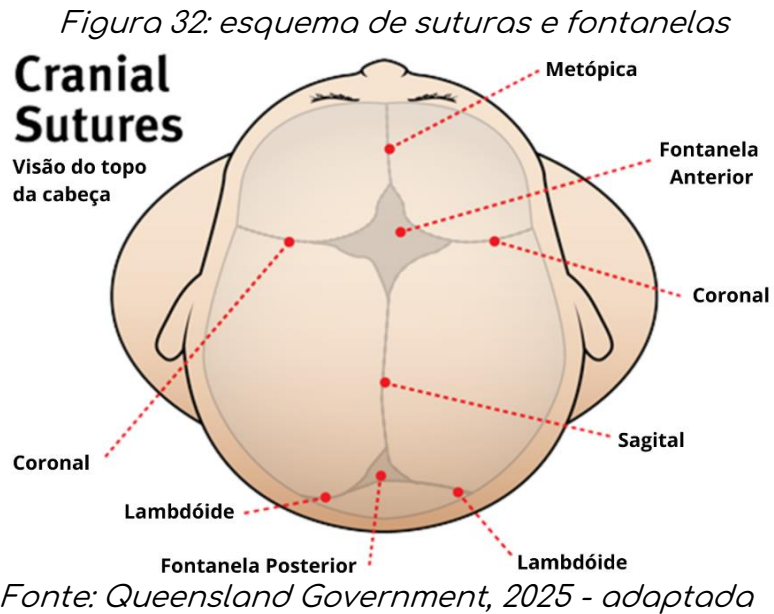


Fonte: Hepcentro, 2012.

● **Cabeça:**

- Medir o PC, avaliar o formato do crânio, as fontanelas e possíveis malformações, como implantação baixa da orelha e fissura lábio-palatina.
- O crânio apresenta aumento de 2 cm por mês no primeiro trimestre; de 1 cm por mês no segundo trimestre; e de 0,5 cm por mês no terceiro e quarto trimestres

- Fontanelas: bregmática (anterior) e lambdóide (posterior).



A fontanela bregmática localiza-se anteriormente, tem forma de losango, em geral mede 2x2 cm e fecha entre 6-18 meses.

Figura 33: fontanela bregmática (anterior)



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

A fontanela lambdoide, localizada na região occipital, tem formato triangular (0,5 cm), e fecha-se entre o segundo e o terceiro mês de vida. Pode nascer fechada.

Figura 34: fontanela lambdoide (posterior)



Fonte: Arquivo pessoal

Uma fontanela abaulada de forma persistente pode sugerir edema cerebral, hipertensão intracraniana ou até hidrocefalia. Já uma fontanela deprimida sugere desidratação.

O fechamento precoce ou tardio das fontanelas precisa sempre ser avaliado, pois pode ser necessário investigações adicionais.

- O cavalgamento ósseo é comum, principalmente dos parietais sobre os frontais e occipitais, geralmente devido à via de parto.

Figura 35: cavalgamento dos ossos parietais sobre os frontais

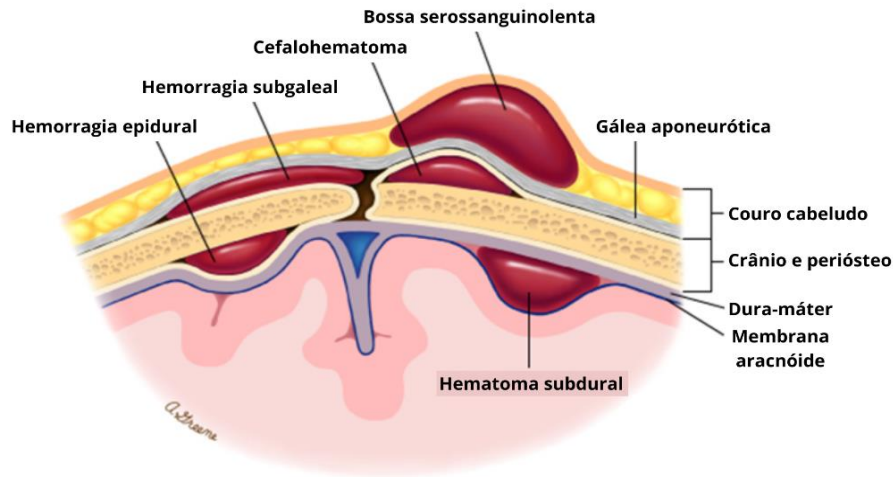


Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

○ A craniossinostose é a fusão prematura das suturas, o que pode trazer comprometimento ao desenvolvimento encefálico.

- Tocotraumas: traumas de parto

Figura 36: Bossa serossanguinolenta e cefalohematoma. Note que enquanto a bossa caracteriza-se por edema extra periosteal, abaixo do subcutâneo, o céfalo-hematoma ocorre mais profundamente, subperiosteal, exigindo mais cuidados.



Fonte: UpToDate, 2024 - adaptada.

■ **Bossa serossanguinolenta:** Aparece mais rapidamente e é menos dolorosa que o céfalo-hematoma. Caracteriza-se por edema serossanguíneo de couro cabeludo, abaixo do tecido subcutâneo e extra periosteal, proveniente de rompimento de capilares devido à via de parto. Não é considerada trauma de parto. Apresenta limites indefinidos (não respeita as linhas de suturas ósseas). Desaparece espontaneamente nos primeiros dias de vida.

Figura 37: Bossa serossanguinolenta



Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

■ **Céfalo-hematoma:** Trata-se de uma coleção de sangue subperiosteal, resultante do rompimento de vasos do periosteio pelo trauma dos ossos cranianos contra a bacia materna no canal de parto. Respeita a linha das suturas (limita-se ao osso atingido). Ocorre mais frequentemente

nos ossos parietais. Demora mais tempo para ser reabsorvido (semanas) do que a bossa serossanguinolenta e exige mais cuidados. Pode causar hiperbilirrubinemia indireta e icterícia. É considerado trauma de parto.

Figura 38: Céfalo-hematoma


















Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

- **Face:** Avaliar fácies do RN, que podem sugerir síndromes ou malformações congênitas (fácies típicas).
- **Olhos:** Deve-se avaliar presença de fenda palpebral, edema palpebral, reflexo vermelho (triagem principalmente para retinoblastoma e catarata congênita), hemorragia subconjuntival, alterações no tamanho e simetria das pupilas, presença de secreção que pode ser conjuntivite química pelo uso principalmente do nitrato de prata na prevenção da oftalmia neonatal ou conjuntivite gonocócica (24 a 48 horas pós-parto). A conjuntivite por clamídia costuma ocorrer no final da primeira semana de vida até 14 dias pós-parto), etc.
- **Orelhas:** Avalia-se formato e implantação das orelhas, além de alterações como apêndices cutâneos pré-auriculares (podem sugerir alterações renais).
- **Nariz:** Observa-se forma, simetria, permeabilidade e secreção. Lembrar que todo RN é um respirador predominantemente nasal.
- **Boca:** Avaliar lábios, língua (inclusive frênulo), gengivas, palato duro e mole (fenda palatina), tamanho e posição da mandíbula (por exemplo, micrognatia e retrognatia).

- **Pescoço:** Avaliar presença de massas e se há limitação na movimentação (bócio congênito, torcicolo congênito, teratoma cervical, por exemplo).
- **Clavícula:** Palpar para identificar possíveis fraturas pelo canal de parto. Diante de um reflexo de Moro assimétrico deve-se suspeitar de fratura de clavícula ou de úmero ou lesão do plexo braquial.
- **Exame cardiovascular:** Observar possível cianose e ictus (palpável/visível ou não). Realizar palpação do precórdio e de pulsos de membros superiores (pulso braquial) e inferiores (pulso femoral, poplíteo e pedioso). Na ausculta, atentar para FC (> 100 bpm), ritmo, intensidade das bulhas cardíacas e presença ou ausência de sopros (o sopro pode ser fisiológico devido ao forame oval ou à persistência do canal arterial ou por cardiopatias congênitas). Se o RN estiver chorando a ausculta cardíaca pode ficar prejudicada, sendo indicado acalmá-lo no colo da mãe ou no seio materno para permitir melhor avaliação ou usar um dedo enluvado para estimular os lábios e o palato para desencadear o reflexo de sucção, favorecendo à ausculta.
- **Exame pulmonar:** A respiração é predominantemente abdominal. A frequência respiratória varia de **40 a 60 irpm** e o ideal é aferir por 1 minuto visto que a respiração pode ser periódica e paradoxal - tórax e abdome alternam). Inspeccionar sinais de desconforto respiratório, como batimento de aletas nasais, tiragem de fúrcula, retrações intercostais, subdiafragmáticas e de xifoide, gemência. Pode ser utilizado o **Boletim de Silverman Andersen – BSA (Figura 39)**, para auxiliar nessa avaliação. A ausculta deve ser realizada comparando ambos os lados do tórax e se atentando para ruídos adventícios (roncos, sibilos, estertores, crepitações – menos comuns).

Figura 39. Boletim de Silverman Andersen (BSA). Fonte: Tratado de Pediatria, 2010.

Movimentos de tórax e abdome	Retração costal inferior	Retração xifóide	Batimento de asas de nariz	Gemido expiratório	Nota (somar)
 <p>Sincronismo</p>	 <p>Retração ausente ou mínima</p>	 <p>Ausente</p>	 <p>Ausente</p>	 <p>Ausente</p>	0
 <p>Declínio inspiratório</p>	 <p>Retração leve ou moderada</p>	 <p>Discreto</p>	 <p>Discreto</p>	 <p>Audível com estetoscópio</p>	1
 <p>Balancim</p>	 <p>Retração intensa</p>	 <p>Intenso</p>	 <p>Intenso</p>	 <p>Audível sem estetoscópio</p>	2

- **Exame do abdome:** Na inspeção, avaliar forma que em geral é globosa, presença de distensão, circulação colateral, estado do coto umbilical, lembrando que a queda do coto em geral ocorre na 2ª semana de vida. Na ausculta, atenta-se aos ruídos hidroaéreos. Palpar fígado e baço, percutir sítio renal e identificar possíveis tumorações.

- **Genitália:**

No sexo feminino, avaliar o clitóris, fusão dos grandes lábios, orifício da vagina e uretra. O clitóris geralmente fica mais proeminente porque os grandes lábios estão se desenvolvendo.

Figura 40: Genitália feminina em RN



Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

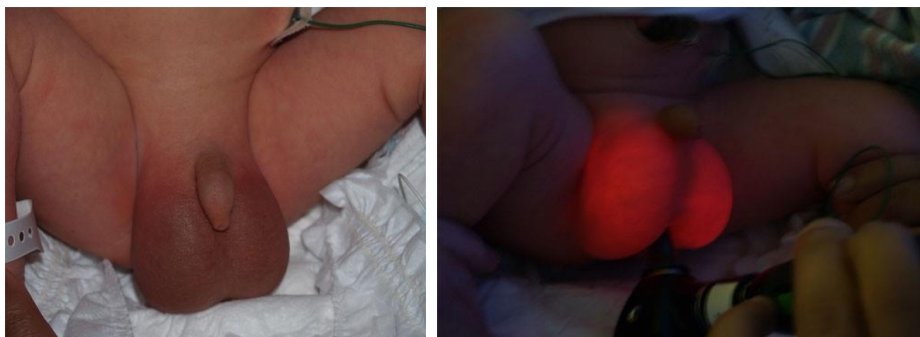
No sexo masculino, avaliar o comprimento do pênis, orifício uretral, prepúcio, testículos (ambos devem estar na bolsa quando nascido à termo), hérnia, hidrocele, rafe mediana e bolsa escrotal:

Figura 41: Genitália masculina em RN



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 42: a. Hidrocele; b. Teste de transiluminação para evidenciar a presença de líquido na bolsa escrotal.



Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

● **Dorso e extremidades:** Examinar a coluna vertebral correndo os dedos pelas vértebras em busca de possíveis desvios ou tumorações, fosseta sacral, pilificação ou anormalidades como fístulas. Com o RN em

decúbito dorsal horizontal, avaliar a simetria, proporção e articulações dos membros, mãos e pés. Realizar a manobra de Ortolani (abdução e elevação do trocânter, com as pernas fletidas) e de Barlow (fletir as pernas e empurrá-las), que, quando positivas (quando sentir crepitação ou estalido) podem sugerir luxação congênita do quadril (Figura 43)

Figura 43: a. Manobra de Barlow; b. Manobra de Ortolani



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

- Exame neurológico:

- Reflexos primitivos do recém-nascido (RN):

- Sucção

O toque dos lábios do RN com o dedo enluvado resulta em um movimento involuntário de abertura da boca e prensão do dedo. Diante do estímulo do palato, a língua reage com movimentos de sucção ondulatórios anteroposteriores.

Esse reflexo garante a amamentação eficaz. Caso haja algum comprometimento desse reflexo, pode haver déficit na alimentação e nutrição do RN.

Figura 44: Reflexo da sucção



Fonte: UNICAMP, Reflexos primitivos

■ **Preensão palmar e plantar**

Pressionar a face palmar da mão e a face plantar do pé do RN promove a flexão dos dedos. A resposta deve ser sempre simétrica.

Figura 45: Preensão palmar; Imagem 46: preensão plantar.



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

■ **Reflexo de Moro**

Pode ser obtido diante de abrupto estímulo sonoro, luminoso ou motor. Em geral, o mais comum é tracionar o RN pelos braços ou erguer o seu tronco sustentando a cabeça a poucos centímetros do leito e soltá-lo com cuidado, permitindo que retorne ao leito sem causar impacto lesivo. A resposta esperada consiste na abertura das mãos e membros superiores seguida pela flexão destes em um “abraço” e por choro. Este reflexo vai desaparecendo até os 6 meses de idade.

Figura 47: Reflexo de Moro



Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

■ **Reflexo da marcha**

Sustentar o RN na posição ereta, tocando a planta dos pés no leito, e incliná-lo levemente para frente, desencadeando movimentos involuntários e simétricos de marcha dos membros inferiores. Em geral desaparece até os 2 meses.

Figura 48: Sequência do reflexo da marcha



Fonte: UNICAMP, Reflexos primitivos

■ **Reflexo cutâneo plantar em extensão**

Ao estimular a face lateral da planta do pé, ocorre o reflexo de abertura do primeiro dedo ou a chamada abertura “em leque” dos dedos. É um reflexo fisiológico, assim como os outros, que desaparece a partir do sexto mês de vida. A partir do início da marcha esse reflexo deve ser em flexão.

Figura 49: Estímulo do reflexo cutâneo plantar;



Fonte: Arquivo pessoal

■ Reflexo tônico cervical assimétrico

Também conhecido como “reflexo do espadachim”. Posicionar o RN em decúbito dorsal e rotacionar a cabeça para um dos lados. A resposta normal é a extensão dos membros superior e inferior do lado da face e a flexão dos membros do lado oposto.

Figuras 50 e 51: Reflexo tônico cervical assimétrico.



Fontes: Figura 50: UpToDate, 2024; Figura 51: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

■ Reflexo de Gallant

RN em decúbito ventral ou suspenso no antebraço do examinador. Realizar um estímulo cutâneo com a ponta do dedo em região paravertebral no sentido caudo-cranial, obtendo como resposta o encurvamento do tronco com a concavidade para o lado estimulado.

Figura 52: Reflexo de Gallant



Fonte: UNICAMP, Reflexos primitivos

- **Tônus do recém-nascido:** membros superiores e inferiores fletidos ou semifletidos (se atentar para membros hipertônicos ou hipotônicos, sendo um sinal patológico)

Figura 53: Tônus normal em semiflexão



Fonte: Manual de Neonatologia – UEPA, 2019.

Figuras 54 e 55: Hipotonia



Fonte: Janelle Aby, MD, Stanford Medicine, 2015

Para complementar os estudos, segue o QR-code para acessar um vídeo realizado na Maternidade do HC-FMB para exemplificação do exame físico completo do recém-nascido:



8. TESTES DE TRIAGEM NEONATAL

Os testes de triagem neonatal são ferramentas importantes para o diagnóstico precoce de doenças genéticas e congênitas, raras, mas potencialmente graves se não diagnosticadas e tratadas o quanto antes. Testes alterados podem indicar a necessidade de outros exames complementares e encaminhamento para um especialista.

- **Teste do pezinho:** sangue coletado do calcanhar do recém-nascido, entre o 2º e 5º dia de vida. Pode identificar doenças graves como: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias (anemia, traço falciforme), fibrose cística, hiperplasia de adrenais e deficiência de biotinidase, e mais recentemente a toxoplasmose.

Figura 56: Exemplo de coleta do teste do pezinho



Fonte: Health News Florida (KFF Health News), 2022

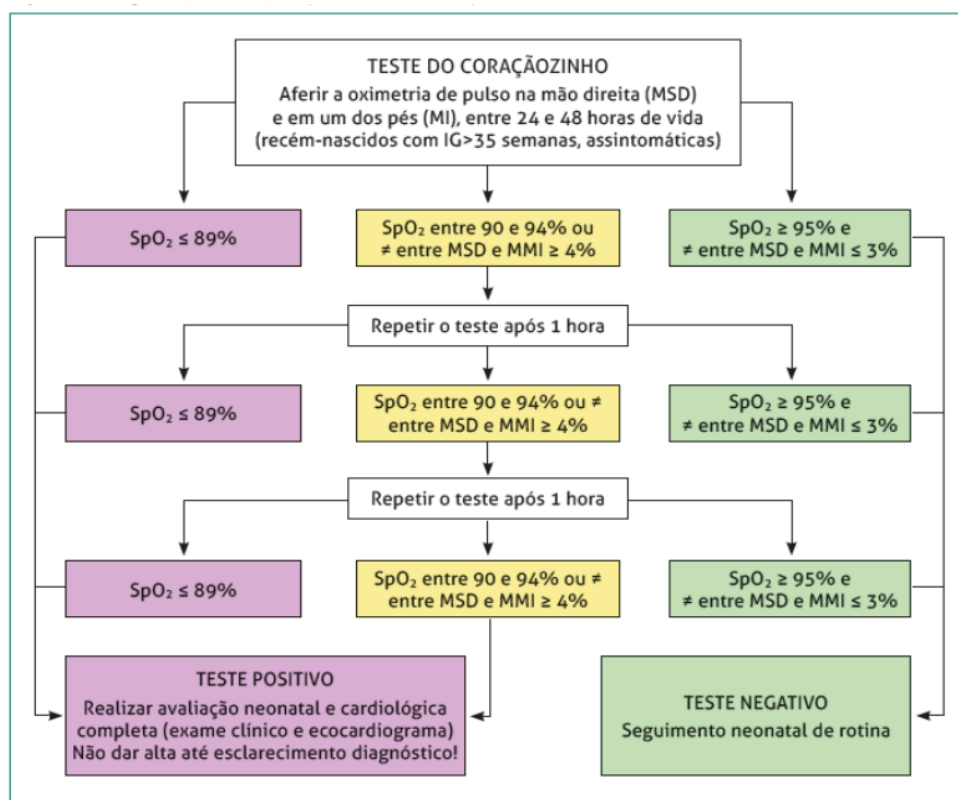
- **Teste do coraçãozinho:** a partir da oximetria de pulso, permite um diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas críticas cianogênicas, dependentes do canal arterial. Afere-se a saturação no membro superior direito (MSD) e em um dos membros inferiores. A saturação de oxigênio em ambos locais deve ser maior ou igual a 95% para estar dentro da normalidade, além de a diferença entre a saturação do MSD e do membro inferior não poder ser maior ou igual a 3%.

Figura 57: Teste do coraçãozinho



Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2012.

Figura 58. Fluxograma de interpretação do teste do coraçãozinho.



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025.

- **Teste do olhinho:** é o teste do reflexo vermelho. O reflexo normal deve ser vermelho e simétrico, ao se incidir a luz. Permite a investigação de leucocorias, especialmente da catarata congênita, e de retinoblastoma. Necessário encaminhar para a oftalmologia caso o teste seja alterado ou duvidoso.

Figura 59: Reflexo vermelho alterado no olho direito, com leucocoria identificada no exame.



Fonte: UFMG, 2020.

- **Teste da orelhinha:** trata-se de uma triagem para alterações auditivas condutivas, realizada por emissões otoacústicas, normalmente realizado por fonoaudiólogo. Deve ser realizado dentro de 1 mês de vida. Se alterado, também deve ser encaminhado para especialista, para investigação.













Figura 60: Teste da orelhinha ou de emissões otoacústicas



Fonte: Manual de Neonatologia, UEPA, 2019.

- **Teste da linguinha:** realizado por meio do Protocolo Bristol (Figura 61) de avaliação da língua, que detecta a presença do frênulo curto, que pode levar a dificuldade na amamentação. Nesses casos específicos, indica-se a frenulectomia.

Figura 61: Protocolo Bristol. Fonte: MS. Nota técnica 35/2018.

Aspectos avaliados	0	1	2	Score
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	 Formato de coração	 Ligeira fenda/entalhada	 Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	 Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	 Fixado na face interna da gengiva (atrás)	 Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA DURANTE O CHORO)?	 Elevação mínima da língua	 Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	 Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	 Ponta da língua fica atrás da gengiva	 Ponta da língua fica sobre a gengiva	 Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

* Tradução do inglês para o português autorizada pela equipe de Bristol. Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond.

Fonte: Ministério da Saúde/SAS, 2018.

Para complementar os estudos, segue o QR-code para acessar um vídeo realizado na Maternidade do HC-FMB para exemplificação dos testes de Triagem Neonatal:



9. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DO RN

Ao terminar a avaliação do RN, devemos estabelecer as hipóteses diagnósticas, que auxiliarão na definição das próximas condutas para o paciente. Dentre as HDs, devemos incluir:

- Classificação quanto à idade gestacional ao nascimento: pré-termo, termo, pós-termo
- Classificação quanto ao peso de nascimento: macrossômico, baixo peso, muito baixo peso ou extremo baixo peso
- Adequação peso para IG: AIG, PIG, GIG
- Se teve depressão neonatal no 1º minuto: Apgar de 0 a 3: grave; Apgar de 4 a 6: moderada;
- Recuperação no 5º minuto: Apgar ≥ 7 : boa recuperação; Apgar < 7 : má recuperação.
- Patologias maternas
- Patologias neonatais

10. REFERÊNCIAS

1. AMORIM, R. P. A.; OLIVEIRA, J. S.; MACHADO, A. L. M.; CHADY, J. N. C.; MOTA, A. M. *Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde do recém-nascido*, Neonatologia. UEPA, 2019. ISBN 978-85-8458-038-5. EDUEPA. Disponível em <https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2019/06/MANUAL-DE-NEONATOLOGIA.pdf>. [Acesso em 08/03/25.]

2. BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. *Guia para os Profissionais de Saúde*, 2ª Edição, 2012. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. [Acesso em: 16/01/2025.]

3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Portaria SAS/MS 371; 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. [Acesso em: 16/01/2025.]

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. [Acesso em 16/01/2025.]

5. CAMPOS, E. *Bebê nasce com 6,2 kg em hospital no RS*. Estado de Minas, 10/02/2012. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2012/02/10/interna_nacional,277361/bebe-nasce-com-6-2-kg-em-hospital-no-rs.shtml. [Acesso em 08/03/2025.]

4. CARVALHO, W. B. *Neonatologia 2a ed.* (Coleção Pediatria). 2. ed. Barueri: Manole, 2020. E-book. p. Capa. ISBN 9786555762426. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555762426/>.

[Acesso em: 16 jan. 2025.]

6. CONSOLINI, D. M. *Exame físico do Recém-Nascido*. Manual MSD, Revisado em 2023. Disponível em <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/cuidados-com-os-rec%C3%A9m-nascidos-e-lactentes/exame-f%C3%ADsico-do-rec%C3%A9m-nascido>. [Acesso em 08/03/25.]

7. *Department of Plastics and Reconstructive Surgery, Queensland Children's Hospital Children's, Health Queensland. Craniosynostosis*. Disponível em <https://www.childrens.health.qld.gov.au/health-a-to-z/craniosynostosis>. [Acesso em 08/03/25.]

8. DF. SECRETARIA DE SAÚDE DO. *Teste do Coraçõzinho é realizado em hospitais públicos do DF*. 06/08/2013. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/w/teste-do-coracaozinho-e-realizado-em-hospitais-publicos-do-df>. [Acesso em 08/03/2025.]

9. ERIN, M., MD, et al. *Skin lesions in the newborn and infant*. UpToDate, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/skin-lesions-in-the-newborn-and-infant?search=les%C3%B5es%20neonatais%20pele&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#. [Acesso em: 09/03/2025.]

10. REGINATTO, F. P.; DE VILLA, D.; MULLER, F. M.; PERUZZO, J.; PERES, L. P.; STEGLICH, R. B.; CESTARI, T. F. *Prevalence and characterization of neonatal skin disorders in the first 72h of life*, *Jornal de Pediatria*. Volume 93, Issue 3, 2017, P 238-245, ISSN 0021-7557, <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.010>. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716302765>. [Acesso em 08/03/2025.]

11. MANDY, G. T., MD. *Large for gestational age (LGA) newborn*. UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/large-for-gestational-age-lga-newborn?search=Neonatal%20extracranial%20and%20intracranial%20birt>

[h%20injuries&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#](#). [Acesso em: 09/03/2025.]

12. ABY, J., MD. *Stanford Medicine, Photo Galleries*. 2015. Disponível em: https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery/general.html#facial_bruising. [Acesso em: 09/03/2025.]

13. JUNIOR, H. H; Visconti, M. A. *Gestação, Parto e Lactação*. USP. Disponível em https://midia.atp.usp.br/plc/plc0024/impressos/plc0024_05.pdf. [Acesso em 08/03/2025.]

14. KANE, K. S.; NAMBUDIRI, V. E.; STRATIGOS, A. J. *Atlas Colorido e Texto de Dermatologia Pediátrica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2018. E-book. p.3. ISBN 9788554651176. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788554651176/>. [Acesso em: 08 mar. 2025.]

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas coordenação geral de saúde da criança e aleitamento materno. *Nota técnica 35/2018*. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf. [Acesso em 25/02/2025.]

16. PEDIATRIA, Sociedade Brasileira de. *Tratado de pediatria*. 6. ed. Barueri: Manole, 2024. 10: 662-867. ISBN 9788520458679. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520458679/>. [Acesso em: 16 jan. 2025.]

17. Price, D L. *Evolve Resources for Pediatric Nursing*, 11th Edition, 2012. Elsevier ISBN: 9781437722130. Disponível em <https://nursekey.com/the-newborn-infant/>. [Acesso em 08/03/25.]

18. SABINO, C. L.; KLEIN, I. A.; FERNANDES J. R.; BARRETO, P. M. S.; MEDEIROS, R. A.; CEOTOO, V. F. et al. *Artéria umbilical única — Relato de caso*. *Revista de Pediatria SOPERJ*. 2018; 18(2):28-31. Disponível em http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1050. [Acesso

em 08/03/25.]

19. SAÚDE. Secretaria do Estado da. Manual de Neonatologia. São Paulo: Disciplinas USP; 2015. Ebook. disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf [Acesso em 16/01/2015.]

20. SBP. Sistematização do atendimento ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de cardiopatia congênita. Vol 4; 11/08/2022. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23544c-MO_Sistemat_atend_RN_cSuspeita_CardCongenita.pdf. [Acesso em 25/02/2025.]

21. SLL Adam, *Hypotonia*, revisado em 31/12/23. Disponível em: <https://ssl.adam.com/content.aspx?productid=117&pid=1&gid=003298&site=makatimed.adam.com&login=MAKA1603> . [Acesso em 08/03/2025.]

22. KATAGAL, S., MD. *Neurologic examination of the newborn*. *UpToDate*, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/neurologic-examination-of-the-newborn?search=newbord%20reflexes&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#. [Acesso em: 09/03/2025.]

23. BRAGA, T. FundaHC, 2024. Disponível em: <https://fundahc.org.br/n/3890-junho-lilas-alerta-sobre-a-importancia-do-teste-do-pezinho-em-recem-nascidos>. [Acesso em: 09/03/2025.]

24. MCKEE-GARRET, T. M, MD. *Neonatal birth injuries*. *UpToDate*, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/neonatal-birth-injuries?search=Neonatal%20extracranial%20and%20intracranial%20birth%20injuries&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#. [Acesso em: 09/03/2025.]

25. TOMMASO, A M A. *Bebes e Icterícia*. Hepcentro - Hepatologia Medica, 2002. Disponível em https://hepcentro.com/bebe_icterico/. [Acesso em 08/03/2025.]

26. UFGM. Teste do Olhinho: Reflexo Vermelho. 19/06/2020. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/observaped/teste-do-olhinho/>. [Acesso em 08/03/2025.]

27. UNICAMP. Reflexos Primitivos. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/en/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos#marcha>. [Acesso em 08/03/25.]

28. VILLAR J.; ISMAIL, L. C.; VICTORA, C. G.; OHUMA, E. O; BERTINO, E.; ALTMAN, D. G., et al. *International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex; the Newborn Cross-Sectional Study for the INTERGROWTH-21st Project*. Lancet. 2014; 384(9946):857-68.

ANEXO I: ROTEIRO DE ANAMNESE DO RECÉM-NASCIDO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Idade:
Procedência:	Data nascimento:
Acompanhante:	

2. QUEIXA E DURAÇÃO:

--

3. HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Sintomas (há quanto tempo iniciaram? Houve fator de melhora? Piora? Teve febre associada? Diminuiu aceitação alimentar?):

4. ISDA

Geral:	
Apetite:	
Alimentação (volume e frequência)	
Aleitamento materno:	Fórmula infantil:
Sono:	
Cabeça (olhos/ouvidos/boca...):	
Neurológico:	
Cardiorrespiratório:	
Abdominal:	
Coto umbilical:	
Osteomuscular:	
Hábito intestinal	Hábito urinário:
1ª evacuação:	

5. HISTÓRIA FAMILIAR

Doenças maternas, antecedentes familiares (pai, irmãos) ...

6. HISTÓRIA GESTACIONAL

Idade materna:

Antecedentes obstétricos:

G P A C

Abortos (causa?):

Prematuridade:

Diagnóstico patológico obstétrico:

Intercorrências intra ou periparto:

Icterícia neonatal prévia:

Malformações prévias:

Infecções congênitas:

Vacinas:

Medicações:

Drogas:

Doenças/infecções durante a gestação:

Sorologias (sífilis, HIV, toxoplasmose, hepatite B e C):

Uso de álcool/drogas/tabagismo:

Tipagem sanguínea da mãe (ABO, fator Rh e P.A.I.):

Uso de imunoglobulina anti-D:

7. DADOS DO PARTO e 1ª HORA DE VIDA

Tipo de parto:

Idade gestacional em semanas (DUM ou USG):

Peso de nascimento: _____g PC: _____cm PT: _____cm PA: _____cm

APGAR: ____/____/____

Sinais de sofrimento fetal: desaceleração ao cardiotoco () mecônio ()

Intercorrências durante ou após o parto:

Necessidade de reanimação: _____

Tempo de clampeamento do cordão:

Contato pele a pele:

Amamentação na 1ª hora de vida:

Vitamina K:

Vacina hepatite B:

Profilaxia oftalmia neonatal:

Tipagem sanguínea:

Diagnóstico ao nascer:

8. PRIMEIRAS 6-12H DE VIDA:

Postura:

Lesões de pele:

Barlow/Ortolani:

Teste do olhinho:

Teste do coraçãozinho: MSD _____% MIE () ou MID () _____%

9. PRIMEIRAS 24-48H DE VIDA:

Amamentação:

Evacuação:

Diurese:

Icterícia:

Fototerapia:

10. EXAME FÍSICO:

Peso: (p = | z =) Perímetro torácico: (p = | z =)
Estatura: (p = | z =) Perímetro abdominal: (p = | z =)
Perímetro cefálico: (p = | z =) Perímetro braquial: (p = | z =)

Estado geral:

Corado/palidez:

Postura (ativo, reativo, hipotônico):

Sinais vitais - Temperatura: FR: FC: Saturação:

Pele:

Icterícia:

Lesões:

Cabeça:

Fácies:

Bossa serossanguinolenta () ou cefalohematoma ()

Olhos (pálpebras, estrabismo, ptose, hiperemia, secreção):

Nariz (forma, secreções):

Boca (palato, lesões):

Orelha (implantação):

Fontanelas (anterior e posterior, em cm):

Tórax:

Inspeção:

Sinais de desconforto respiratório:

batimento de asas nasais ()

tiragem intercostal ()

uso de musculatura abdominal ()

retração de fúrcula ()

estertores audíveis ()

Ausculta pulmonar:

Ausculta cardíaca:

Cianose:

Pulsos:

Abdome:

Inspeção:

Coto umbilical:

Ausculta:

Percussão:

Palpação:

Genitais:

Alteração morfológica (meninos: hipospadia, descida dos testículos | meninas: clitóris, fusão dos grandes lábios, orifício da vagina e uretra):

Lesões:

Ânus (perviedade):

Osteomuscular:

Teste de Barlow (fletir as pernas e empurrá-las contra o abdome):

Teste de Ortolani (abdução e elevação do trocânter, com pernas fletidas):

Neurológico:

Postura (flexão, extensão):

Reação a sons:

Reflexos do RN (+ ou -)

Reflexo de busca:

Reflexo da marcha:

Preensão palmar:

Preensão plantar:

Reflexo cutâneo plantar em extensão:

Reflexo tônico cervical/espada-chim:

Tônus:

Reação à luz:

Reflexo de sucção:

Reflexo de Moro: simétrico () assimétrico ()

Reflexo de propulsão:

11. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

12. CONDUTAS:

ANEXO II: LINK DOS VÍDEOS DIDÁTICOS

a. Vídeo do exame físico completo do RN: <https://youtu.be/PZggnbVPAwQ>



b. Vídeo de Triagens Neonatais: <https://youtu.be/jrt0EHVbEx4>



c. Sugestão de material para estudo - *Atlas Stanford Medicine*:
https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery/general.html#facial_bruising



ISBN: 978-65-5067-084-9

BR



9 786550 670849

Semiologia do Recém Nascido

unesp 

