

CURSO CONSULTA DE ENFERMAGEM

EXAME FÍSICO DA CRIANÇA

PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | CABEÇA

ATIVIDADE	PROCEDIMENTO		MATERIAL
	a) Inspeção	b) Palpação	
	- Na inspeção do crânio, quanto à sua forma, deve-se observar (ver Figura 1): Dolicocéfalo – predomínio do diâmetro ântero posterior Mesocéfalo – existe um equilíbrio dos diâmetros Braquicéfalo – predomínio do diâmetro transversal (cabeça chata) Turricéfalo – crânio pontiagudo na parte posterior, podendo ser também na parte anterior, com aspecto de torre Plagiocefalia - assimetria do crânio Escafolocéfalo – crânio estreito com abaulamento nas regiões frontal e occipital, frequentemente com aparecimento de uma crista saliente na parte mediana virada para cima em quilha de navio Macrocéfalo – aumento excessivo do crânio podendo ser por excesso de líquido (hidrocefalia) Microcéfalo – crânio pouco desenvolvido, pequeno.	- Quanto ao formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo: • Palpar o crânio para verificar as suturas e fontanelas: anterior (bregmática) fecha aos 18 meses e a posterior (lâmbda) aos 2 meses aproximadamente. Se ainda abertas, verificar presença de massa tumoral, bossa e outras. (ver Figura 2): • Inspeccionar Craniotabes congênicas - na região dos parietais pode-se palpar pequenas áreas moles lembrando a compressão de uma bola de pingue-pongue que desaparece espontaneamente. • Medir perímetro cefálico (ver Figura 3) • Observar síndromes e fácies (ver Figura 4 e 4a) • Higiene do couro cabeludo e cabelos (presença de caspas, piolhos e lêndeas) • Cabelos (implantação, distribuição, quantidade, cor textura, brilho e queda)	Fita Métrica

PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | CABEÇA

ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Formas de Crânio

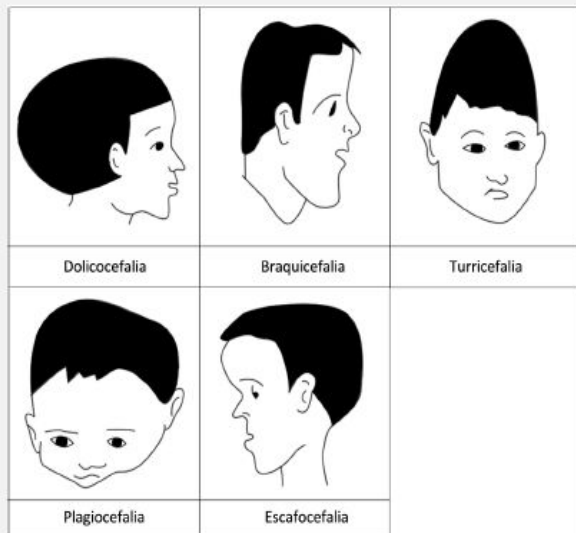


Figura 3 – Medida do perímetro cefálico

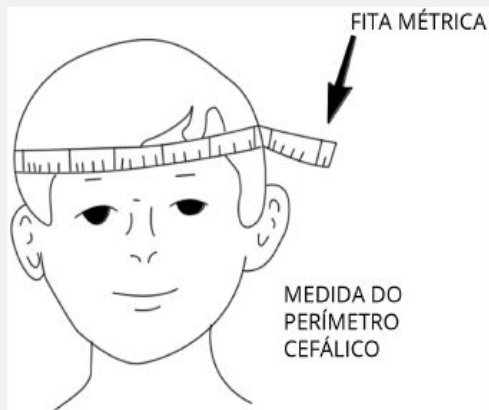


Figura 4 - Hidrocefalia



Figura 2 – A. Localização das suturas e fontanelas. B. Palpação da fontanela anterior.

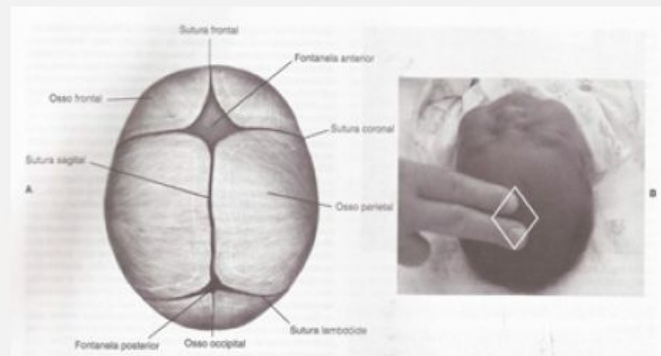
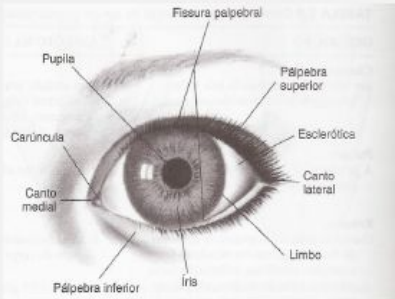


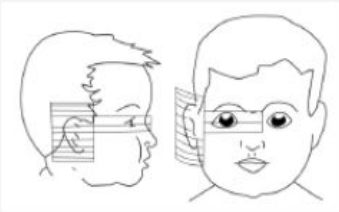
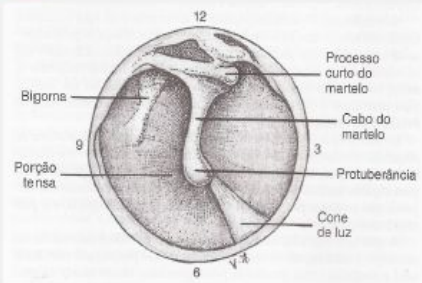
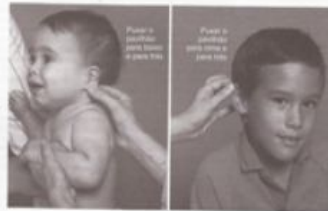
Figura 4.a - D. Crouzon



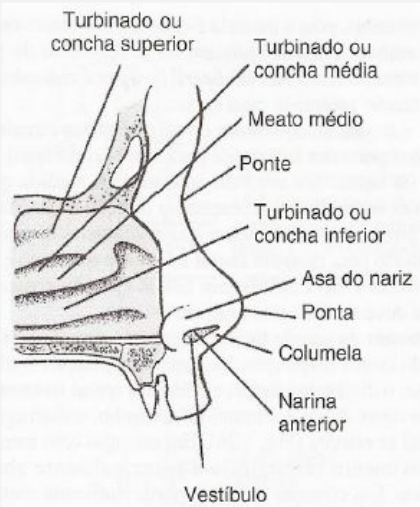
PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | OLHOS

	PROCEDIMENTO	MATERIAL
	a) Inspeção	
ATIVIDADE	Avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, pupilas, íris e escleróticas. Os movimentos oculares se completos e simétricos. Há presença de Estrabismo e/ou Nistagmo? Em lactentes menores o reflexo vermelho é visível a uma distância de 20 cm. Atenção: O Reflexo Vermelho não poderá ser observado se houver presença de catarata, turvação da córnea ou retinoblastoma. Leia mais em sobre o Reflexo Vermelho: http://www.oftalmopediatria.com.br/texto.php?cs=15 Palavra do Professor: Sobre o Teste do Reflexo Vermelho ou Teste do Olhinho: desde junho de 2010 é obrigatório aos planos de saúde o pagamento para a realização do Teste do Olhinho. O SUS garante o teste em todos os municípios participantes da Rede Cegonha.	Lanterna de bolso
ILUSTRAÇÃO	Figura 5 – Estruturas externas do olho 	

PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | OUVIDOS

ATIVIDADE	PROCEDIMENTO	MATERIAL
	a) Inspeção Observar a forma, alterações e implantação das orelhas. (Ver Figura 6) Acuidade auditiva: observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros. - Otosopia/ estruturas (ver Figura 7) Posições para otoscopia conforme fase da criança: - Lactentes e escolar (ver Figura 8) - Lactentes (ver Figura 9) - Pré-escolar (ver Figura 10) - Escolar (ver Figura 11)	Otoscópio
ILUSTRAÇÃO	Figura 6 – Implantação das orelhas.  Figura 7 – Pontos de referência da membrana timpânica, utilizando o "relógio" superposto. (Modificado de Potter PA, Perry AG: Basic nursing: theory and practice, ed , St Louis, 1991, Mosby.)  Figura 8 – Posicionamento do tímpano no lactente e na criança com mais de 3 anos  Figura 9 – Posição para conter o lactente durante exame otoscópico  Figura 10 – Posição para conter o infante durante exame otoscópico  Figura 11 – Posicionamento da cabeça inclinando-a para o ombro oposto para visualização completa da membrana timpânica. 	

PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | NARIZ

	PROCEDIMENTO	MATERIAL
ATIVIDADE	a) Inspeção b) Palpação Verificar presença e aspecto de secreção. Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal. Visualizar a porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima para observar coloração da mucosa, condições de cornetos, calibres da via aérea e secreção. (Ver Figura 12)	Otoscópio e espátula.
ILUSTRAÇÃO	Figura 12 – Pontos de reparo externos e estruturas interna do nariz. 	

PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | BOCA E FARINGE

ATIVIDADE	PROCEDIMENTO		MATERIAL
	a) Inspeção	b) Palpação	
	Examinar cavidade oral/estruturas (Ver figura 13) • Lábios: cor, textura, hidratação e contorno; • Mucosa oral: cor, umidade, integridade. • Gengivas e língua: cor, textura, tamanho e posição. • Dentes: coloração, número e estado dos dentes, alinhamento da arcada dentária, uso de prótese. • Garganta: tamanho das tonsilas, presença de exudato ou secreções e nódulos. Observar sintomas gerais: mucosas descoradas, hipercoreadas, cianóticas ou ictéricas; dor e desconforto oral (odontalgia, glossalgia, disfagia, trismo, dor de garganta), lesões (úlceras, escoriações, cistos, placa branca), estomatite, edema, hiperemia, sangramento gengival, gengivite, descamação, diminuição ou falta de salivção, língua saburrosa, halitose e cáries.	• Monilíase oral (Ver figura 14) • Tonsilite (Ver figura 15) • Lábios e oclusão dentária (Ver figura 16) • Avaliação da arcada dentária (Ver figura 17) • Freio lingual e glândulas sublinguais (Ver figura 18) • Gengivas e bochechas (Ver figura 19) Dentição: Saiba mais sobre a dentição, conforme a idade da criança em: http://rubialesodontologia.blogspot.com.br/2011/05/cronologia-de-desenvolvimento-dos.html Palavra do Professor: Converse com o cirurgião-dentista de sua UBS para avaliação odontológica conjunta.	Lanterna e uma espátula.

PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | BOCA E FARINGE

ILUSTRAÇÃO

Figura 13 - Estruturas internas da boca

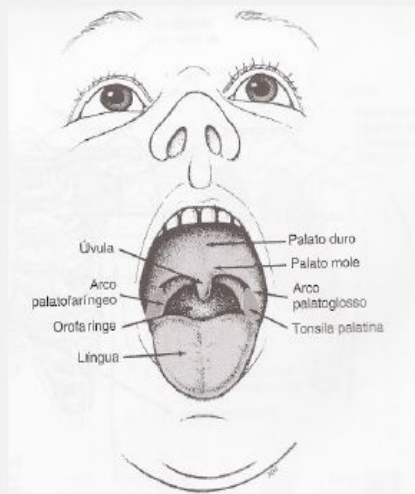


Figura 14 - Monilíase oral



Figura 15 - Tonsilite

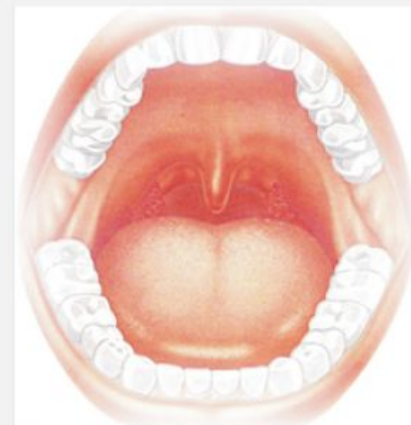


Figura 16 - Lábios e oclusão dentária

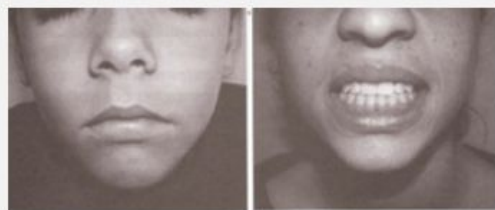


Figura 17 - Avaliação da arcada dentária



Figura 18 - Freio lingual e glândulas sublinguais



Figura 19 - Gengivas e bochechas



PARTE I - CABEÇA E PESCOÇO | PESCOÇO

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação

Inspeção e palpação dos gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência. (Ver Figura 20)

Palavra do Professor:

Linfonodos geralmente não são palpáveis, às vezes muito pequenos no pescoço, axilas e nas regiões inguinais. No estado patológico aumentam de volume (**adenopatia**), cujas principais causas são: infecções agudas e crônicas; hipersensibilização como eczema; reações a medicamentos; anemias hemolíticas; doenças malignas como leucemia, doença de Hodgkin; doenças do colágeno como artrite reumatóide, lúpus eritematoso disseminado; doenças reticuloendoteliais.

Avaliar rigidez da nuca. (Ver Figura 21)

ATIVIDADE

ILUSTRAÇÃO

Figura 20 – Localização de linfonodos superficiais. As setas indicam a direção do fluxo linfa.

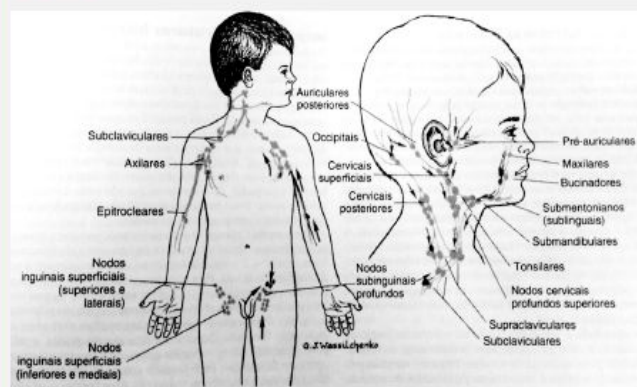
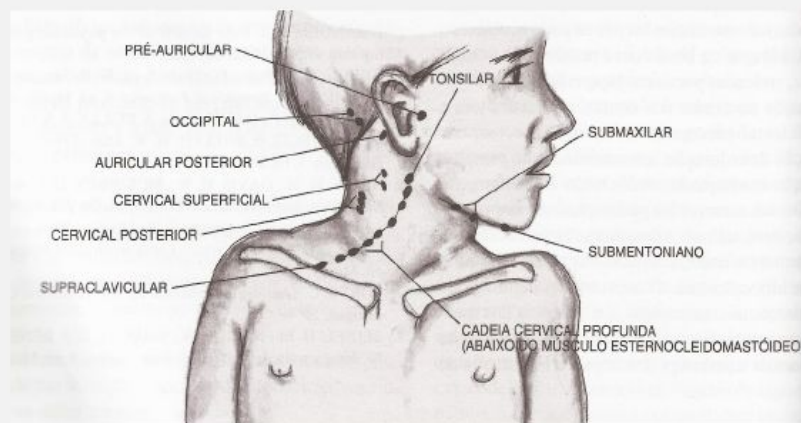


Figura 21 – Linfonodos da cabeça e do pescoço.



PARTE II - EXAME NEUROLÓGICO | REFLEXOS PRIMITIVOS

PROCEDIMENTO

ATIVIDADE

Desenvolvimento Neuro Psico Motor (DNPM): Atenção aos SINAIS DE ALERTA segundo Murahovschi:

- **No fim do 1º trimestre:** ausência de sorriso social; olhar vago e pouco interessado; o menor ruído provoca grande sobressalto; **nenhuma reação a ruídos fortes (surdez) e mãos** persistentemente fechadas.

- **No fim do 2º trimestre:** não vira a cabeça para localizar sons; hipertonia dos membros inferiores; hipotonia do eixo do corpo (não sustenta cabeça); exageradamente lenta e sem interesse; movimentos bruscos do tipo “descarga motora”; não dá risada e falta de reação aos sons (surdez?).

- **No fim do 3º trimestre:** não senta sem apoio (hipotonia do tronco); pernas duras “em tesoura” (espasticidade); pernas moles “em posição de rã” (hipotonia); mãos persistentemente fechadas; não tem preensão em pinça; incapacidade de localizar um som (surdez?); ausência do balbucio (distúrbio articulatorio?); sorriso social pobre e não tem interesse no jogo “esconde-achou”.

- **Aos 12 meses:** ausência de sinergia pés - mãos (colocada em pé com apoio não procura ajudar com as mãos); criança parada ou mumificada; movimentos anormais; psiquicamente inerte ou irritada, sorriso social pobre; não fala sílabas; cessação do balbucio (surdez?) no 1º aniversário.

Avaliação dos reflexos primitivos.

- Reflexo da Marcha (Figura 22)
- Reflexo de Moro (Figura 23)
- Reflexo de Babinski (Figura 24)
- Reflexo Tônico do pescoço (Figura 25)
- Reflexo do Arrastar-se (Figura 26)
- Reflexo de Preensão palmar (Figura 27)
- Reflexo de Preensão plantar (Figura 28)
- Reflexo de Sucção (Figura 29)
- Reflexo de Búsqueda-busca (Figura 30)

Atenção: Os reflexos primitivos são substituídos por movimentos voluntários e intencionais na medida em que a criança vai se desenvolvendo:

- Com 2 meses desaparece o reflexo de marcha e o de preensão começa a enfraquecer.
- Com 3 meses há ausência do reflexo de preensão
- Aos 4 meses os reflexos de Moro, tônico cervical e de búsqueda já desapareceram.

ILUSTRAÇÃO



Figura 22- Reflexo de Marcha



Figura 23- Reflexo de Moro



Figura 24 - A, Reflexo plantar ou de preensão. B, Reflexo de Babinski. 1, Direção do toque. 2, Dorsiflexão do polegar. 3, Abertura dos dedos em leque.



Figura 25 - Reflexo Tônico do pescoço



Figura 26 - Reflexo de arrastar-se.



Figura 27 - Reflexo da preensão palmar. Um recém-nascido agarra reflexivamente o dedo colocado na palma de sua mão.



Figura 28 - Reflexo de Preensão Plantar.



Figura 29 - Reflexo de Sucção



Figura 30 - Estimulação do reflexo de busca.

PARTE II - EXAME NEUROLÓGICO | MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

PROCEDIMENTO

Fases do crescimento e desenvolvimento:

- **Neonatal** de 0 a 28 dias
- **Infância:**
 - lactente** 29 dias a 2 anos
 - pré-escolar** de 2 a 7 anos
 - escolar** de 7 a 10 anos.
- **Adolescência:**
 - pré-puberal** 10 a 12-14 anos
 - puberal** 12-14 a 14-16 anos
 - pós-puberal** 14-16 a 18-20 anos

O desenvolvimento da criança é sequencial, ocorre numa sequência definida onde cada aquisição é baseada sobre a que veio anteriormente. Estágio por estágio as aquisições são modificadas, elaboradas e adaptadas para padrões e habilidades de movimentos mais finos e seletivos.

O processo é contínuo e os ganhos mais significativos ocorrem nos 18 primeiros meses.

Exemplificando:

- **4 meses:** tentativas de preensão dos objetos (Ver Imagem 31); de bruços eleva a parte anterior do tronco e apoia nos cotovelos; na posição dorsal apoia a planta dos pés sobre a cama, tenta por um pé sobre o joelho oposto; segura um objeto nas mãos e se diverte com ele; na posição ventral faz movimentos de flexão e extensão em todos os membros e rola sobre as costas (Ver Figura 32). Na Figura 33 observamos como **ocorre a sustentação cefálica**.

ILUSTRAÇÃO

Figura 31 - tentativas de preensão dos objetos aos 4 meses.



Figura 32 - Posição dorsal e ventral aos 4 meses.



Figura 33 - sustentação cefálica aos 4 meses.



PARTE II - EXAME NEUROLÓGICO | MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

PROCEDIMENTO

ATIVIDADE

- **7 meses:** já tem preensão em pinça (Ver Figura 34) com o polegar e o dedo mínimo; senta com apoio das mãos à frente; leva os pés à boca; consegue rolar de bruços para de costas; passa um objeto de uma mão para outra; segurando-o de pé ele se agacha e pula. (Ver Figuras 35 e 36)

ILUSTRAÇÃO

Figura 34 – Preensão em pinça aos 7 meses.



Figura 35 – Posição da cabeça aos 7 meses.



Figura 36 – Posição dos membros aos 7 meses



ATIVIDADE

- **9 meses:** já engatinha e fica de pé com apoio; preensão em pinça com o polegar e o indicador (Ver Figura 37); dá um objeto a um adulto (Ver Figura 38)

ILUSTRAÇÃO

Figura 37 – Posição aos 9 meses.



Figura 38 – Preensão de objetos aos 9 meses.



PARTE II - EXAME NEUROLÓGICO | MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

PROCEDIMENTO

- **12 meses:** anda com apoio; se abaixa para pegar um objeto; gosta de pegar pequenos objetos em pinça e soltar; encaixa objetos. (Ver Figuras 39 a 42);

Palavra do Professor:

Observe nas figuras 43 e 44 como ocorre a evolução do controle da cabeça e do corpo da criança para sentar.

Figura 39

O lactente anda quando seguro por uma mão. Andará sozinho aos 13-15 meses.



Figura 40

Quando está de pé pode abaixar para recolher um objeto.



Figura 41

Adquire o relaxamento fino e precisa "soltar". Gosta de brincar com objetos um a um.



Figura 42

Encaixa: depois da demonstração de um adulto, pode pôr um objeto redondo no orifício correspondente.



Figura 43 - Desenvolvimento da posição sentada.



As costas ficam completamente arredondadas e o lactente não tem a capacidade de sentar-se ereto com 1 mês.



As costas ainda estão arredondadas, mas o lactente pode sentar-se momentaneamente, com algum controle da cabeça, aos 2 meses.



As costas mostram-se arredondadas apenas na área lombar e o lactente é capaz de sentar-se ereto com bom controle da cabeça aos 4 meses.



O lactente pode sentar-se sozinho, inclinando-se sobre as mãos para sustentação, as 7 meses.



O lactente senta-se sem apoio aos 8 meses. Observe a transferência de objetos que acontece aos 7 meses.

Figura 44 - Controle da cabeça enquanto é puxado para a posição sentada.



Retardo completo da cabeça com 1 mês.



Retardo parcial da cabeça com 2 meses.



Quase ausência do retardo craniano com 4 meses.

PARTE II - EXAME NEUROLÓGICO | MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

- **2 a 3 ANOS:** salta com ambos os pés; salta da cadeira ou de um degrau; fica sobre um pé momentaneamente; dá alguns passos na ponta dos artelhos; constrói torre com oito cubos; boa coordenação de mãos e dedos; imita traços verticais e horizontais; desenha dois ou mais traços para formar uma cruz.

- **3 ANOS:** anda de triciclo; salta do último degrau de uma escada pequena; equilibra-se em um pé por segundos; sobe escadas alternando os pés; dá saltos amplos; tenta dançar, mas falta equilíbrio; constrói torre com 9 a 10 cubos; introduz com destreza pequenas bolinhas numa garrafa com gargalo estreito; copia um círculo, imita uma cruz, desenha um círculo com características humanas; desembrulha objeto pequeno.

- **4 ANOS:** salta e pula sobre um pé; apanha uma bola com confiança; desce escadas usando alternadamente os dois pés; consegue atirar e apanhar bem a bola; pula corda; anda para trás, encostando o calcanhar nos artelhos; salta da altura de 30 cm caindo na ponta dos pés; equilibra-se de olhos fechados sobre um dos pés; imita um portão com cubos; recorta figuras com a tesoura; consegue amarrar os sapatos; copia um quadrado, desenha uma cruz e um losango; acrescenta três partes à figura humana (desenho).

- **5 ANOS:** caminha sobre barra de equilíbrio, para todos os lados; salta rapidamente; balança em balanço iniciando e sustentando o movimento; sobe degraus de escada íngreme; pula e gira em cima de um pé; amarra o cadarço do sapato; usa tesoura, ferramentas simples e lápis com habilidade; copia um losango e um triângulo; escreve em letra de forma alguns números, letras ou palavras.

- **6 ANOS:** apanha um objeto do chão enquanto corre; abre bem os dedos tocando o polegar em cada dedo; bate com martelo em prego; usa apontador para lápis; bate na bola com bastão e vareta.

Para saber maiores detalhes sobre o desenvolvimento da criança acesse as cadernetas de saúde da criança

MENINO:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

pag 18 a 21 Estimulando o desenvolvimento da criança

pag 44 a 47 Acompanhando o desenvolvimento

MENINA:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menina_final.pdf

Pag 16 a 19 Acompanhando o desenvolvimento

PARTE III - TRONCO | TORAX

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação

ATIVIDADE

Observar forma e simetria. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax.

- Divisão tórax anterior (Figura 45)
- Divisão tórax lateral (Figura 46)
- Divisão tórax posterior (Figura 47)
- Caixa torácica (Figura 48)

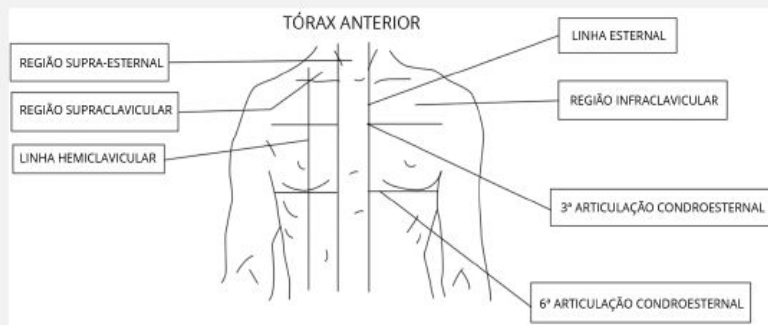


Figura 45 – Tórax Anterior

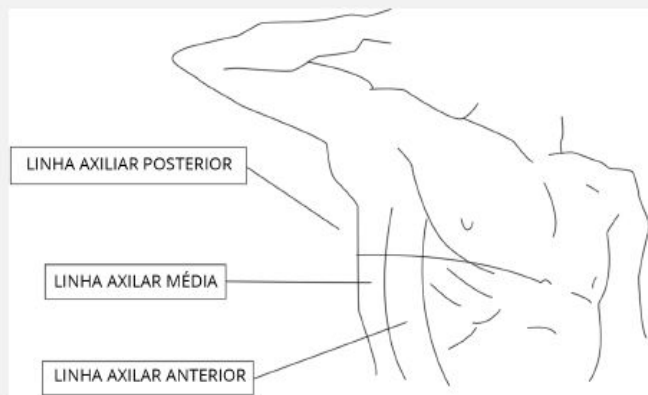


Figura 46 – Tórax Lateral

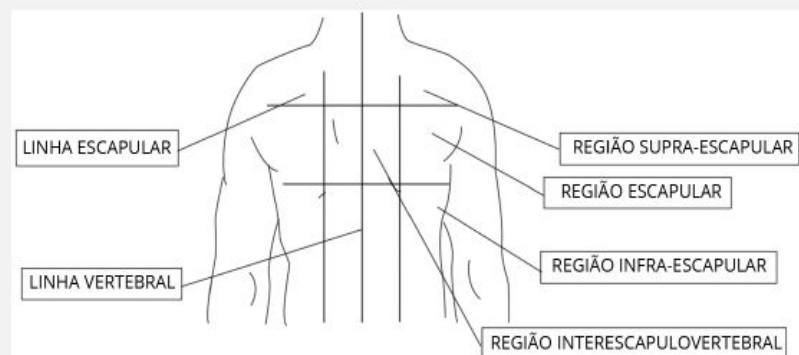


Figura 47 – Tórax Posterior

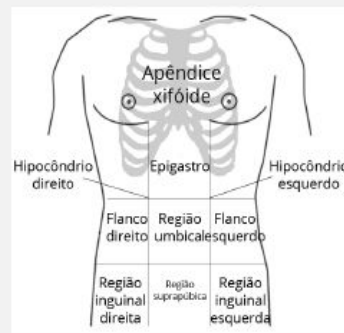


Figura 48 – Nove regiões da parede abdominal anterior

ILUSTRAÇÃO

PARTE III - TRONCO | PULMÃO

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação c) Percussão d) Ausculta

ATIVIDADE

Observar tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.

Veja como identificar os sons característicos de normalidade (Murmúrios Vesiculares) e anormalidade (Sibilos, Roncos, Sons Crepitantes e Subcrepitantes) acessando o link: http://www.youtube.com/watch?v=N_eGRDOF7Nc

Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax.

Pesquisar Frêmito toraco vocal - com a mão aberta sobre o tórax em toda sua extensão procurando a vibração dos sons. (Veja Figuras 49 e 50)

ILUSTRAÇÃO



Figura 49 - Percussão digitodigital



Figura 50 - Percussão direta. Golpe com a ponta dos dedos.

PARTE III - TRONCO | PULMÃO

PROCEDIMENTO

a) Palpação b) Ausculta

ATIVIDADE

Verificar as principais pulsações e auscultar as bulhas cardíacas. Os sons do coração são vibrações que variam de intensidade, frequência e qualidade.

- **A primeira bulha** identifica o início da sístole ventricular;
- **A segunda bulha** identifica a diástole.
- Estes dois sons cardíacos básicos são acrescidos de uma terceira e quarta bulhas. A **terceira bulha** traduz a fase de enchimento ventricular rápido, presente nas situações de grande distensão ventricular consequente à sobrecarga circulatória. Presente também nas doenças do miocárdio. **Em crianças pode ser um achado normal.** Quando associado a um quadro de insuficiência cardíaca, resulta na ausculta de um ritmo de galope. A quarta bulha está relacionada à contração atrial, sendo frequentemente um achado normal.

• Focos de ausculta (Ver Figura 51):

Foco mitral – na ponta, entre o quinto e o sexto espaços intercostais na linha hemiclavicular.

Foco tricúspide – no segmento inferior do esterno, junto à base do apêndice xifóide.

Foco aórtico – no segundo espaço intercostal direito, junto à borda do esterno.

Foco pulmonar – no segundo espaço intercostal esquerdo, junto à borda esternal.

Na Ausculta avaliar frequência, intensidade, ritmo, procurar alterações e sua localização.

• Pulsos

Assita ao vídeo: <http://www.youtube.com/watch?v=I9I0wGbzgwo>
Espaços de 00:54 a 1:32 para criança e Recém Nascido

Verificar **pulso apical** (Ver Figura 52) e observar criança quanto à cianose e edema.

ILUSTRAÇÃO

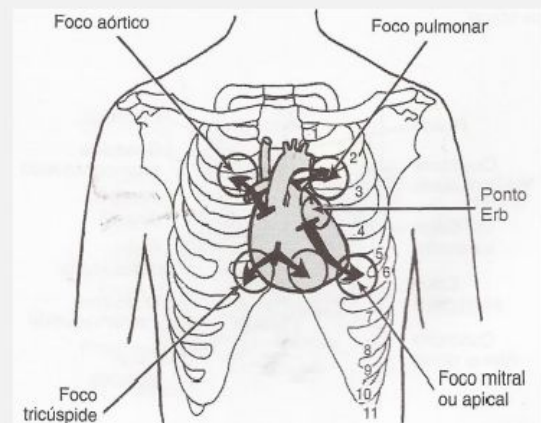


Figura 51 – Direção dos sons cardíacos para locais anatômicos da valva e focos para ausculta (circulados).

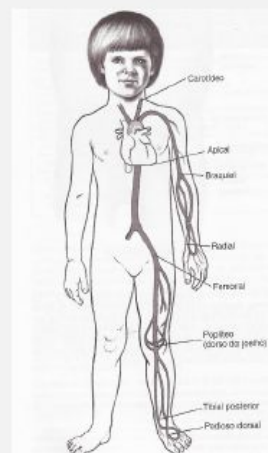


Figura 52 – Localização dos pulsos

PARTE III - TRONCO | ABDÔMEN

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Ausculta c) Percussão d) Palpação

ATIVIDADE

- O abdome é delimitado externamente pelo **apêndice xifóide e o rebordo costal**, que constituem o limite superior, e a **sínfise pubiana** é o limite inferior. Internamente é constituído pelos músculos abdominais, asas ilíacas, estreito superior e coluna lombar. (Ver Figura 53)

- Observar **alterações globais** de forma, volume, abaulamento localizado e presença de hérnia umbilical (Ver Figura 54). As hérnias costumam fechar espontaneamente até os **dois anos de idade**. Examinar o coto umbilical observando a presença de **secreção e hiperemia**. A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dias de vida.

Atenção:

Auscultar sons intestinais em cada quadrante. Deverá ser feita antes da percussão e da palpação, pois essas últimas podem alterar as características dos ruídos intestinais. Observe a frequência e o caráter dos ruídos intestinais (altura, duração).

ILUSTRAÇÃO



Figura 53 – Quadrantes abdominais

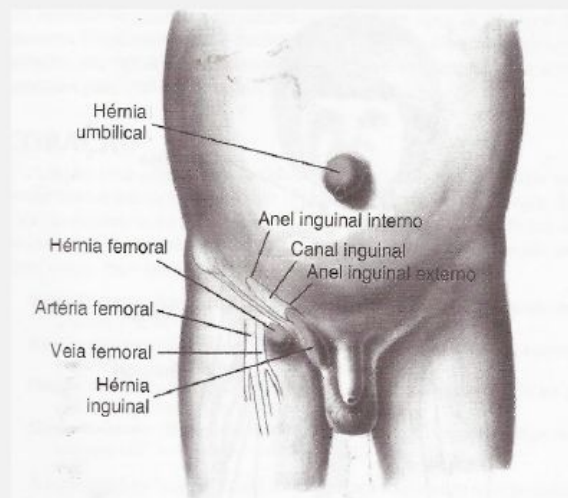


Figura 54 – Localização das hérnias

PROCEDIMENTO

d) Palpação

Palpação:

- Realizar palpação geral, superficial e profunda (Ver Figuras 55 a 60), e também de fígado (Ver Figura 61) e de baço (Ver Figura 62). Observar presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede.



Figura 55 – Palpação com uma das mãos espalmadas, usando-se a popa dos quírodáctilos, parte ventral dos dedos.



Figura 56 – Palpação com as duas mãos espalmadas



Figura 57 – Palpação bimanual com as mãos espalmadas, oblíquas.



Figura 58 – Palpação bimanual com as mãos superpostas



Figura 59 – Palpação com a mão em garra do colo ascendente.



Figura 60 – Palpação em pinça, polegar e indicador.



Figura 61 – Palpação bimanual com as mãos em garra. Palpação do fígado.



Figura 62 – Palpação em garra, do baço, com uma das mãos

PROCEDIMENTO

c) Percussão

ATIVIDADE

- Percussão:

fornece uma orientação geral quanto ao abdome, presença de massas, líquidos e gases e também para delimitar o tamanho do fígado. Proceda metodicamente de quadrante em quadrante, observe o timpanismo e a maciez. (Ver Figuras 63 a 66)

ILUSTRAÇÃO

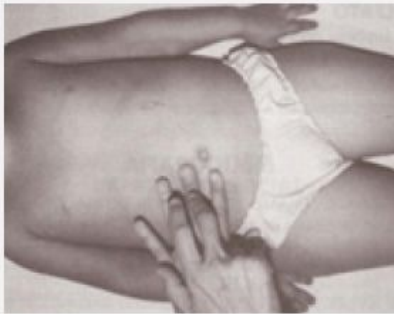


Figura 63 – Percussão digitodigital. O dedo médio adota a forma de martelo. Os dedos anular e o mínimo permanecem flúidos.



Figura 64 – Percussão com a borda ulnar da mão. Pesquisa de sensação dolorosa.



Figura 65 – Percussão digitodigital. Percussão do fígado.



Figura 66 – Percussão digitodigital. Percussão do baço.

PARTE III - TRONCO | COLUNA VERTEBRAL

ATIVIDADE	PROCEDIMENTO	a) Inspeção	b) Palpação
	Examinar em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.		

PARTE III - TRONCO | GENITÁLIA E RETO

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

c) Percussão

Observar a integridade de pele e mucosas e a presença de secreções em genitália e reto.

Meninos: observar presença de fimose; palpar a bolsa escrotal bilateralmente para identificar a presença ou ausência dos testículos (criptorquidia). Pesquisar reflexos cremastéricos, hidrocele, hipospadia ou epispadia.

- Pênis normal com 2 anos (Ver Figura 67)
- Criptorquia (Ver Figura 68)
- Testículo no períneo (Ver Figura 69)
- Fimose (Ver Figura 70)
- Hidrocele (Ver Figura 71)
- Hipospadia (ver Figura 72)

ILUSTRAÇÃO



Figura 67 - Aspecto normal do pênis de uma criança de 2 anos de idade. Observar-se acolamento parcial do prepúcio à glande. Este aspecto é normal e tem resolução espontânea.



Figura 68 - Criptorquia. Bolsa testicular direita hiopoplástica consequente à ausência do testículo.



Figura 69 - Testículo ectópico perineal.



Figura 70 - Fimose



Figura 71 - Hidrocele

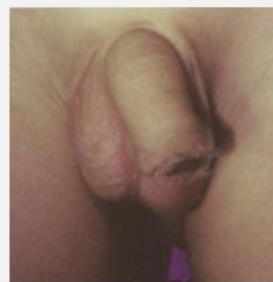


Figura 72 - Hipospadia

PARTE III - TRONCO | GENITÁLIA E RETO

PROCEDIMENTO

c) Percussão

ATIVIDADE

Meninas: observar o hímen e a presença de secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucóide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida).

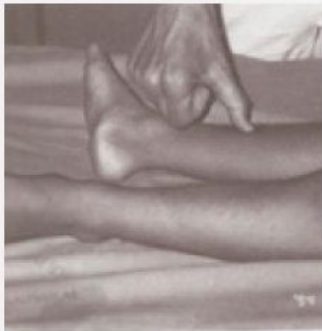
- Vulva de uma Recém Nascida (Ver Imagem 73)

ILUSTRAÇÃO



Figura 73 – Aspecto normal da genitália externa feminina no recém-nascido. Nota-se intumescimento de grandes e pequenos lábios e secreção vaginal esbranquiçada.

PARTE IV - APARELHO LOCOMOTOR | MMSS E MMII

ATIVIDADE	PROCEDIMENTO			
	a) Inspeção b) Palpação.			
	Observar deformidades, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria, movimento articular.			
	Atenção: Sempre atentar para a simetria entre os dois lados.			
	Palpar pulsos, observar dedos, baqueteamento digital, polidactilia, articulação e força.			
	Atenção para a marcha da criança.			
	Verificando edema (Ver figura 74)	Pulso braquial (Ver figura 75)	Pulso femoral (Ver figura 76)	Pulso poplíteo (Ver figura 77)
ILUSTRAÇÃO				
	Figura 74 – Digitopressão com a polpa do polegar. 	Figura 75 – Palpação da artéria braquial. 	Figura 76 – Palpação da artéria femoral. 	Figura 77 – Palpação da artéria poplíteia. 

PARTE IV - APARELHO LOCOMOTOR | MMSS E MMII

ATIVIDADE	PROCEDIMENTO				
	a) Inspeção b) Palpação.				
ATIVIDADE	Pulso pedioso (Ver figura 78)	Pulso tibial anterior (Ver figura 79)	Pulso tibial posterior (Imagem 80)	Pulso carotídeo (Ver Imagem 81)	• Manobra de Ortolani, pesquisar fratura do quadril (Ver Imagem 82)
ILUSTRAÇÃO	Figura 78 – Palpação da artéria pediosa.	Figura 79 – Palpação da artéria tibial anterior.	Figura 80 – Palpação da artéria tibial posterior	Figura 81 – Palpação da artéria carótida.	Figura 82 – Sinal de Ortolani
					
ATIVIDADE	Desenvolvimento dos joelhos (Ver Imagens 83 e 84)		Joelhos Geno valgo fisiológico (Ver Imagem 85)		Joelhos geno varo (Ver Imagem 86)
ILUSTRAÇÃO	Figura 83 – Desenvolvimento dos joelhos		Figura 84 – Desenvolvimento dos joelhos	Figura 85 – Geno-valgo bilateral (joelhos em X) fisiológico	Figura 86 – Geno-varo bilateral (joelhos em arco)
					

PARTE V - PELE E MUCOSAS | DADOS GERAIS

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

Pele e mucosas: observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca.

Atenção: A presença de cor amarelada significa icterícia e é visível após as primeiras 24 horas de vida. Quando aparece antes disto, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do Recém Nascido.

Dermatite Seborreica - caracteriza-se por lesões eritematoescamosas nas áreas das fraldas, face e couro cabeludo, com discreto prurido. No couro cabeludo podem aparecer crostas lácteas tipo escamas amareladas. (Ver Figuras 87 e 88)

Atenção!

A Candidíase (micose superficial ou sistêmica mais comum com apresentação mucocutânea) pode ser fator agravante da dermatite de fraldas.

Assadura por candidíase (Ver Figura 89)

Assadura por fezes ácidas (Ver Imagem 90)

Assadura por uso de fraldas (Ver Figura 91)

Estrófulo (reação à picada inseto) (Ver Figura 92)

Urticária (Ver Figura 93)

Impetigo (Ver Figura 94)

ILUSTRAÇÃO



Figura 87 - Dermate seborreica: crosta láctea



Figura 88 - Dermate seborreica: crosta láctea



Figura 89 - Assadura por candidíase.



Figura 90 - Assadura por fezes ácidas



Figura 91 - Erupção na região pu-



Figura 92 - Estrófulo



Figura 93 - Urticária



Figura 94 - Impetigo estreptocócico

PARTE V - PELE E MUCOSAS | DADOS GERAIS

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

ATIVIDADE

É importante verificar o estado de hidratação da criança:

- Observar o **turgor da pele**: deve oferecer à compressão uma resistência especial, firme e elástica.
- Comprimir entre o polegar e o indicador os tecidos da região ântero interna da coxa: o lactente normal (eutrófico) tem excelente turgor (tenso, elástico).

Edema: identificar presença em todo o corpo.

- Compreende o acúmulo de líquido no tecido subcutâneo, quanto menor a idade da criança maior a predisposição edematosa. A região edemaciada torna-se pálida, hipotérmica, tensa, tumefacta, apagam-se as dobras cutâneas e os relevos e depressões ósseas.
- **Para verificar a presença de edema comprime-se com o dedo, o que provoca o sinal do godê ou do cacifo.** (Ver Figura 95)

ILUSTRAÇÃO



Figura 95 – Digitopressão com a polpa do polegar

PARTE VI - DESENVOLVIMENTO PUBERAL

O exame físico dos adolescentes deve contemplar atenção especial à privacidade no momento da avaliação; à garantia de confidencialidade e sigilo; ao consentimento ou recusa do adolescente em ser atendido e a existência de autorização ou acompanhamento dos pais. O adolescente já pode participar da construção de informações sobre seu estado de saúde. Ele deve entender a importância da consulta e do exame e compreender as mudanças em seu corpo e a associação de emoções com sua autoimagem corporal

Além do exame físico já descrito, com avaliação do crescimento, desenvolvimento e da saúde como um todo, deverá contemplar a avaliação das transformações dos órgãos genitais e desenvolvimento das características fisiológicas distintas entre o sexo feminino e o masculino.

Poderá haver outro profissional presente durante o exame físico, de forma a dar segurança e respaldo para profissional e paciente.

De acordo com orientações do Ministério da Saúde (2009, p.13), o roteiro do exame físico dos adolescentes deve incluir:

1. Aspecto geral (aparência física, humor, pele hidratada, eufórico, normocorado, etc.);
2. Avaliar aspectos emocionais, de estresse, ansiedade, tristeza, euforia, (des) orientação mental, física e /ou espacial e uso de medicação psicotrópica
3. Avaliação de peso, altura, IMC/idade e Altura/idade – usar curvas e critérios da OMS (2007);
4. Verificação da pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano usando as curvas de pressão arterial para idade);
5. Avaliação dos sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, etc;
6. Avaliação do Estágio Puberal – usar critérios de Tanner (masculino e feminino);
7. Avaliação da acuidade visual e auditiva;
8. Avaliação de aspectos cognitivos e comportamentais;
9. Avaliação de possíveis sintomas ou sinais (físicos, psíquicos e sociais) sugestivos ou indicativos de violência doméstica, sexual, maus tratos, dentre outros.



Dicas do professor:

Acesse a Revista Adolescer (link: <http://www.abennacional.org.br/revista/sumario.html>) e obtenha mais informações sobre abordagem e cuidados aos, e com os, adolescentes.

PARTE VI - DESENVOLVIMENTO PUBERAL | MENINAS

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

Mamas (Figura 96)

Pelos pubianos (Figura 97)

ILUSTRAÇÃO

Desenvolvimento Puberal Feminino (Critérios de Tanner)

Mamas



Figura 96 - Desenvolvimento Puberal Feminino. Mamas

Pêlos pubianos

11 a 5 m

MENARCA

15 a 6 m



Figura 97 - Desenvolvimento Puberal Feminino. Menarca

PARTE VI - DESENVOLVIMENTO PUBERAL | MENINOS

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

Genitais (Figura 98)

Pelos pubianos (Figura 99)

ILUSTRAÇÃO

Desenvolvimento Puberal Masculino (Critérios de Tanner)

Genitália



Figura 98 – Desenvolvimento Puberal Masculino. Genitália.

Pêlos pubianos



Figura 99 – Desenvolvimento Puberal Masculino. Genitália.

PARTE VII - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PERÍMETROS

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

PERÍMETRO CEFÁLICO (PC):

O cérebro de uma criança se desenvolve de uma maneira considerável. Seu volume vai de 25% a 60% em apenas 12 meses, em relação ao que ocupa numa pessoa adulta.

Atenção!

O ritmo acelerado ou uma parada brusca do aumento do PC é um sinal de alerta.

PERÍMETRO TORÁCICO (PT):

A característica dessa medida consiste na mudança de sua relação com perímetro cefálico:

- Até 6 meses: **PC é superior PT**
- Cerca de 6 meses: **PC é igual a PT**
- Cerca de 9 meses: **PC é inferior a PT**

ILUSTRAÇÃO

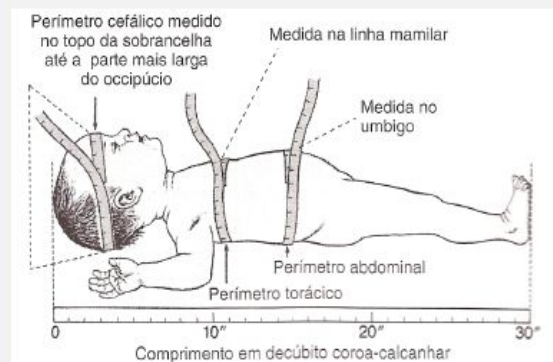


Figura 100 – Medida dos perímetros cefálico, torácico e abdominal e comprimento coroa-nádega (em decúbito)

PARTE VII - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

PESO (Ver Figura 101)

Atenção: considerar sempre duas pesagens para estabelecer um parâmetro.

- É um excelente indicador das condições de saúde e da nutrição da criança. Suas variações na infância são rápidas e importantes. A variação entre duas pesagens sucessivas é uma maneira sensível de identificar precocemente problemas de nutrição e saúde.
- Quando usado em intervalos regulares, permite distinguir, pelo sentido da curva, as crianças com déficit de peso daquelas que crescem satisfatoriamente, mesmo abaixo da curva.
- O sentido ascendente ou descendente da curva de crescimento permite o acompanhamento do crescimento e ajuda a tomada de decisões com respeito aos cuidados mais apropriados com a criança.

Dica do professor:

Mais informações podem ser lidas nas páginas 44 a 67 da caderneta de saúde da criança

link: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderneta_saude_da_crianca.pdf

Aumento ponderal médio em trimestres:

- **1º trimestre:** 25 a 30g/dia = 700g/mês
- **2º trimestre:** 20g/dia ou +/- 500g/mês
- **3º trimestre:** 15g/dia ou +/- 400g/mês
- **4º trimestre:** 10g/dia ou +/- 350g/mês

Fórmula válida para lactentes de 3 a 12 meses:

$$P = (\text{idade em meses} \times 0,5) + 4,5$$

Fórmula válida dos 2 aos 8 anos:

$$P = (2 \times \text{idade em anos}) + 8,5$$

ILUSTRAÇÃO



Figura 101 – Lactente na balança. Infante (toddler) na balança. Observe a presença da enfermeira para evitar quedas.

PARTE VII - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | ESTATURA

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

ESTATURA

Ao contrário do peso, que pode variar muito e rapidamente, a estatura é uma medida estável e regular.

De acordo com Murahovschi (2006, p.4), a estatura se desenvolve da forma que segue:

- **1º trimestre:** cresce 15 cm
- **2º trimestre:** cresce 10 cm
- **No final do primeiro ano:** 75 cm
- **Cresce 10 cm/ano entre 1 e 3 anos**
- **Na idade de 4 anos:** aproximadamente 1 m.

Considerando os limites entre o Percentil 25 e o 75, a estatura média é de ± 1 Desvio Padrão (DP);

Entre 1 DP e 2DP acima ou abaixo da média: pode-se considerar a criança respectivamente **grande** ou **pequena** para a idade cronológica, observar a curva de crescimento da criança;

Manter em observação também as crianças que apresentarem uma curva de crescimento acima do **P90** ou abaixo de **P10**;

Investigar valores na curva de crescimento que ultrapassem 2DP para cima da média ou $>97,5$: **gigantismo**. Ou valores inferiores a menos 2DP da média ou $<P2,5$: **baixa estatura**.

ILUSTRAÇÃO



Figura 102 – Medida da altura.
(Redesenhado de Human growth and growth disorders: na update, South San Francisco, 1989, Genentech).

Dica do professor:

A relação entre peso e altura, as fórmulas para cálculo, e os valores para avaliação do crescimento e desenvolvimento propostos pelo Ministério da Saúde, são apresentadas no Caderno de Atenção Básica nº 33 (CAB 33) – Saúde da Criança, entre as páginas 107-1113.

O caderno traz o detalhamento de todas as orientações para consulta e avaliação integral da saúde das crianças.

Acesse pelo link:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf

PARTE VII - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | VALORES SINAIS VITAIS

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

VALORES SINAIS VITAIS:

Atenção: O Ministério da Saúde, na página 65 do CAB 33, apresenta para as frequências cardíaca e respiratória, os valores apresentados nas tabelas abaixo

• Frequência cardíaca

Idade	Frequência	Média normal
RN	70 - 170	120
11 meses	80 - 160	120
2 anos	80 - 130	110
4 anos	80 - 120	100
6 anos	75 - 115	100
8 anos	70 - 110	90
10 anos	70 - 110	90
Adolescente	60 - 110	+ 70 - 65

• Frequência respiratória

Idade	Valores
Prematuros	50
Lactentes menores	30 - 40
1 ano	25 - 30
Pré escolar	20 - 25
10 anos	+/- 20

PARTE VII - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | VALORES SINAIS VITAIS

ATIVIDADE

PROCEDIMENTO

a) Inspeção b) Palpação.

• Temperatura

A temperatura corporal varia durante o dia, com níveis mais elevados em torno das 17h e mais baixos em torno das 3h, mas essas alterações não são percebidas em crianças abaixo dos 2 anos de idade.

As variações normais são:

- Temperatura axilar: 35,5°C a 37°C
- Temperatura bucal: 0,5°C maior do que a axilar
- Temperatura retal: 0,5° a 1°C maior do que a axilar

O lactente, por sua maior superfície corporal e maior taxa metabólica, apresenta temperatura normal mais elevada do que a do adulto. O centro regulador (no hipotálamo) mantém a temperatura próxima a 37°C, independente da temperatura ambiente. Quando há febre, se eleva o ponto de equilíbrio do centro regulador, como em casos de infecção.

Já a hipertermia pode ser provocada, por exemplo, por excesso de agasalho ou hipertireoidismo.

Define-se como hipertermia a temperatura acima de 37°C, e hipotermia quando a temperatura está abaixo de 35,5°C.

A febre pode ser:

- Contínua: temperatura se mantém elevada, variando menos de 1°C;
- Intermitente: febre interrompida por períodos de apirexia;
- Remitente: temperatura flutua, mas não volta ao normal, variando mais que 1°C;
- Recorrente ou recidivante: períodos de dias ou semanas apirético.

• Pressão Arterial

Idade	Média valores Sístole/Diástole
0 - 3 meses	75 x 50
3 - 6 meses	85 x 65
6 - 9 meses	85 X 65
9 - 12 meses	90 X 70
1 - 3 anos	90 X 76
3 - 5 anos	95 X 60
5 - 7 anos	95 X 60
7 - 9 anos	95 X 60
9 - 11 anos	100 X 60
11 - 13 anos	105 X 65
13 - 14 anos	110 X 70

Atenção:

Ministério da Saúde, nas páginas 262 e 263 do CAB 33, apresentam tabelas da relação entre pressão arterial e estatura de meninos e meninas de 1 a 17 anos.

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf

REFERÊNCIAS DAS IMAGENS: EXAME FÍSICO DA CRIANÇA

- Figura 1 – Formas de Crânio. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 95.
- Figura 2 – A, Localização das suturas e fontanelas. B, Palpação da fontanela anterior. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 166.
- Figura 3 – Medida do perímetro cefálico. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 99.
- Figura 4 – Hidrocefalia. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 9.13 do encarte colorido.
- Figura 4.a – D. Crouzon. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 9.11 do encarte colorido.
- Figura 5 – Estruturas externas do olho. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 132.
- Figura 6 – Implantação das orelhas. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 102.
- Figura 7 – Pontos de referência da membrana timpânica, utilizando o “relógio” superposto. (Modificado de Potter PA, Perry AG: Basic nursing: theory and practice, ed , St Louis, 1991, Mosby.). Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 138.
- Figura 8 – Posicionamento do tímpano no lactente e na criança com mais de 3 anos. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, P. 138.
- Figura 9 – Posição para conter o lactente durante exame otoscópico. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, P. 138.
- Figura 10 - Posição para conter o infante durante exame otoscópico. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, P. 138.
- Figura 11 – Posicionamento da cabeça inclinando-a para o ombro oposto para visualização completa da membrana timpânica. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, P. 138.
- Figura 12 – Pontos de reparo externos e estruturas interna do nariz. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 141.
- Figura 13 – Estruturas internas da boca. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 141.
- Figura 14 – Monilíase oral. Fonte: MURAHOVSKI, 2006, p.279.
- Figura 15 – Tonsilite. Fonte: MURAHOVSKI, 2006, p.264.
- Figura 16 - Lábios e oclusão dentária. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 118.
- Figura 17 - Avaliação da arcada dentária. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 118.
- Figura 18 - Freio lingual e glândulas sublinguais. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 118.
- Figura 19 - Gengivas e bochechas. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 118.
- Figura 20 – Localização de linfonodos superficiais. As setas indicam a direção do fluxo linfa. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 131.
- Figura 21 – Linfonodos da cabeça e do pescoço. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 134.
- Figura 22- Reflexo de Marcha. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 171.
- Figura 23– Reflexo de Moro. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 171.
- Figura 24 – A, Reflexo plantar ou de preensão. B, Reflexo de Babinski. 1, Direção do toque. 2, Dorsiflexão do polegar. 3, Abertura dos dedos em leque. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 169.

Figura 25 – Reflexo Tônico do pescoço. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 171.

Figura 26 – Reflexo de arrastar-se. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 171.

Figura 27 – Reflexo da preensão palmas. Um recém-nascido agarra reflexamente o dedo colocado na palma de sua mão. Fonte: WHALEY; WONG, 1999.

Figura 28 – Reflexo de Preensão Plantar. Fonte: Disponível em: < <http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI3349-15591,00.html>>. Último acesso em: 10/02/2015.

Figura 29 – Reflexo de Sucção. Fonte: Disponível em: < <http://i.ytimg.com/vi/bamhj-TMkQs/hqdefault.jpg>>. Último acesso em: 10/02/2015.

Figura 30 – Estimulação do reflexo de busca. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 167.

Figura 31 - tentativas de preensão dos objetos aos 4 meses. FONTE: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 266.

Figura 32 – Posição dorsal e ventral aos 4 meses. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 266.

Figura 33 - sustentação cefálica aos 4 meses. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 266.

Figura 34 – Preensão em pinça aos 7 meses. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 267.

Figura 35 – Posição da cabeça aos 7 meses. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 267.

Figura 36 – Posição dos membros aos 7 meses. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 267.

Figura 37 – Posição aos 9 meses. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 268.

Figura 38 – Preensão de objetos aos 9 meses. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 268.

Figura 39 – Lactente anda seguro por uma mão. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 269.

Figura 40. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 269.

Figura 42. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 269.

Figura 43 – Desenvolvimento da posição sentada. A, As costas ficam completamente arredondadas e o lactente não tem a capacidade de sentar-se ereto com 1 mês. B, As costas ainda estão arredondadas, mas o lactente pode sentar-se momentaneamente, com algum controle da cabeça, aos 2 meses. C, As costas mostram-se arredondadas apenas na área lombar e o lactente é capaz de sentar-se ereto com bom controle da cabeça aos 4 meses. D, O lactente pode sentar-se sozinho, inclinando-se sobre as mãos para sustentação, as 7 meses. E, O lactente senta-se sem apoio aos 8 meses. Observe a transferência de objetos que acontece aos 7 meses. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 258.

Figura 44 – Controle da cabeça enquanto é puxado para a posição sentada. A, Retardo completo da cabeça com 1 mês. B, Retardo parcial da cabeça com 2 meses. C, Quase ausência do retardo craniano com 4 meses. Fonte: Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 257.

Figura 45 – Tórax Anterior. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, dividido da figura 14.1, p. 141.

Figura 46 – Tórax Lateral. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, dividido da figura 14.1, p. 141.

Figura 47 – Tórax Posterior. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, dividido da figura 14.1, p. 141.

Figura 48 – Nove regiões da parede abdominal anterior. Fonte: BARROS et Cols, 2010, p. 241.

Figura 49 – Percussão digitodigital. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 15.

Figura 50 – Percussão direta. Golpe com a ponta dos dedos. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 14.

Figura 51 – Direção dos sons cardíacos para locais anatómicos da valva e focos para ausculta (circulados). Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 145.

Figura 52 – Localização dos pulsos. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 145.

Figura 53 – Quadrantes abdominais. Fonte: BARROS et Cols, 2010, p. 240.

Figura 54 – Localização das hérnias. Fonte: WHALEY; WONG, 1999, p. 146.

Figura 55 – Palpação com uma das mãos espalmadas, usando-se a popa dos quirodáctilos, parte ventral dos dedos. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 13.

Figura 56 – Palpação com as duas mãos espalmadas. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 13.

Figura 57 – Palpação bimanual com as mãos espalmadas, oblíquas. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 13.

Figura 58 – Palpação bimanual com as mãos superpostas. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 13.

Figura 59 – Palpação com a mão em garra do colo ascendente. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 12.

Figura 60 – Palpação em pinça, polegar e indicador. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 12.

Figura 61 – Palpação bimanual com as mãos em garra. Palpação do fígado. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 13.

Figura 62 – Palpação em garra, do baço, com uma das mãos. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 13.

Figura 63 – Percussão digitodigital. O dedo médio adota a forma de martelo. Os dedos anular e o mínimo permanecem flúidos. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 15.

Figura 64 – Percussão com a borda ulnar da mão. Pesquisa de sensação dolorosa. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 15.

Figura 65 – Percussão digitodigital. Percussão do fígado. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 15.

Figura 66 – Percussão digitodigital. Percussão do baço. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 15.

Figura 67 – Aspecto normal do pênis de uma criança de 2 anos de idade. Observar-se acolamento parcial do prepúcio à glande. Este aspecto é normal e tem resolução espontânea. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 17.11 do encarte colorido.

Figura 68 – Criptorquia. Bolsa testicular direita hipoplástica consequente à ausência do testículo. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 17.6 do encarte colorido.

Figura 69 – Testículo ectópico perineal. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 17.9 do encarte colorido.

Figura 70 – Fimose. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 17.12 do encarte colorido.

Figura 71 – Hidrocele. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 17.31 do encarte colorido.

Figura 72 – Hipospádia. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 17.19 do encarte colorido.

Figura 73 – Aspecto normal da genitália externa feminina no recém-nascido. Nota-se intumescimento de grandes e pequenos lábios e secreção vaginal esbranquiçada.

Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, figura 17.22 do encarte colorido.

Figura 74 – Digitopressão com a polpa do polegar. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 14.

Figura 75 – Palpação da artéria braquial. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 157.

Figura 76 – Palpação da artéria femoral. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 158.

Figura 77 – Palpação da artéria poplítea. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 158.

Figura 78 – Palpação da artéria pediosa. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 159.

Figura 79 – Palpação da artéria tibial anterior. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 158.

Figura 80 – Palpação da artéria tibial posterior. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 159.

Figura 81 – Palpação da artéria carótida. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 158.

Figura 82 – Sinal de Ortolani. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2003, p. 251.

Figura 83 – Desenvolvimento dos joelhos. Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 552.

Figura 84 – Desenvolvimento dos joelhos. Fonte: MURAHOVSKI, 2006, p.620.

Figura 85 – Genu-valgo bilateral (joelhos em X) fisiológico. Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 554.

Figura 86 – Genu-varo bilateral (joelhos em arco). Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 553.

Figura 87 – Dermatite seborreica: crosta láctea. Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 497.

Figura 88 – Dermatite seborreica: crosta láctea. Fonte: MURAHOVSKI, 2006, p. 557.

Figura 89 – Assadura por candidíase. Fonte: MURAHOVSKI, 2006, p.571.

Figura 90 – Assadura por fezes ácidas. Fonte: MURAHOVSKI, 2006, p. 570.

Figura 91 – Erupção na região pubiana e terço superior das coxas. Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 509.

Figura 92 – Estrófulo. Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 495.

Figura 93 – Urticária. Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 494.

Figura 94 – Impetigo estreptocócico. Fonte: MURAHOVSKI, 1994, p. 516.

Figura 95 – Digitopressão com a polpa do polegar. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, p. 14.

Figura 96 – Desenvolvimento Puberal Feminino. Mamas. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, dividido da figura 19.32, p. 259.

Figura 97 – Desenvolvimento Puberal Feminino. Menarca. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, dividido da figura 19.32, p. 259.

Figura 98 – Desenvolvimento Puberal Masculino. Genitália. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, dividido da figura 19.33, p. 259.

Figura 99 – Desenvolvimento Puberal Masculino. Genitália. Fonte: RODRIGUES; RODRIGUES, 2013, dividido da figura 19.33, p. 259.

Figura 100 – Medida dos perímetros cefálico, torácico e abdominal e comprimento coroa-nádega (em decúbito). Fonte: WHALEY e WONG, 1999, P. 122.

Figura 101 – Lactente na balança. Infante (toddler) na balança. Observe a presença da enfermeira para evitar quedas. Fonte: WHALEY e WONG, 1999, P. 123.

Figura 102 – Medida da altura. (Redesenhado de Human growth and growth disorders: na update, South San Francisco, 1989, Genentech).
Fonte: WHALEY e WONG, 1999, P. 123.

