

Sopro cardíaco, dor torácica e pressão arterial elevada

Como separar sopro inocente de patológico, reconhecer a rara dor torácica de causa cardíaca e medir e classificar a pressão arterial da criança, com os critérios de encaminhamento ao cardiologista e ao pronto-socorro

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Grande parte das crianças terá um **sopro inocente** em algum momento (pico por volta dos 5 anos, AEPap): sistólico, suave (em geral $\leq 2/6$), curto, vibratório ou musical, que **varia com a posição**, sem cliques nem galope, em criança assintomática com pulsos e oximetria normais — não precisa de ecocardiograma. Sopro **diastólico, holossistólico, $\geq 3/6$, com frêmito**, com segunda bulha anormal, que aumenta em pé, ou acompanhado de sintomas, pulsos femorais fracos ou SpO2 alterada exige ecocardiograma e cardiologia pediátrica. A **dor torácica** é quase sempre musculoesquelética, idiopática, respiratória ou emocional; causa cardíaca responde por menos de 5%. **Dor ao esforço, síncope, palpitações, história familiar de morte súbita antes dos 40 anos, exame cardíaco ou ECG anormal** são sinais de alarme. A **pressão arterial** é medida anualmente a partir de 3 anos, com manguito adequado; até 13 anos classifica-se por percentil e, a partir de 13 anos, por limiares fixos (120/80, 130/80 e $\geq 140/90$ mmHg). **PA $\geq$ p95 + 30 mmHg (ou $> 180/120$ no adolescente) ou PA elevada com sintomas** (cefaleia intensa, vômitos, alteração visual ou de consciência, convulsão) é urgência ou emergência hipertensiva: pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

Sopros inocentes (SBP 2018; AEPap 2025):

- **Sopro de Still:** o mais comum na infância (pré-escolar e escolar); sistólico precoce, curto, vibratório ou "musical", na borda esternal esquerda média e baixa, mais audível em decúbito.
- **Sopro de ejeção pulmonar (de fluxo):** sistólico de ejeção na borda esternal esquerda alta; escolares e adolescentes, magros ou com *pectus*; diminui em pé.
- **Estenose periférica dos ramos pulmonares:** recém-nascido e lactente pequeno; sopro de ejeção 1–2/6 irradiado para axilas e dorso; costuma desaparecer até 3–6 meses.
- **Zumbido venoso:** o único inocente que não é sistólico — **contínuo**, na base do pescoço e região infraclavicular, mais audível sentado ou em pé; desaparece em decúbito, ao rodar a cabeça ou comprimir a jugular. Comum dos 3 aos 6 anos.
- **Sopro supraclavicular (carotídeo) e sopro sistólico aórtico:** curtos, em crianças maiores, sem clique.

Sopro patológico: decorre de cardiopatia estrutural (CIV, CIA, persistência do canal arterial, estenoses valvares, coarctação, cardiomiopatia hipertrófica). No lactente, pode vir com sinais de insuficiência cardíaca (cansaço e sudorese às mamadas, taquipneia, baixo ganho de peso, hepatomegalia).

Dor torácica: causas idiopáticas (21–45%), musculoesqueléticas (15–35%: costochondrite, contratura, trauma, síndrome de Tietze, *precordial catch*), respiratórias (10–20%: asma, pneumonia, pneumotórax), psicogênicas (5–30%), gastrointestinais (4–8%) e **cardíacas (< 5%)**: miocardite e pericardite, arritmias, cardiomiopatia hipertrófica, estenose aórtica, anomalia coronária, sequela de Kawasaki, dissecção aórtica (Marfan), uso de cocaína ou estimulantes (AEPap).

Hipertensão arterial: na criança pequena, predomina a causa secundária (renal, renovascular, coarctação); no adolescente, a hipertensão primária, associada a obesidade e história familiar.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sopro com todas as características de inocente em criança assintomática, pulsos e SpO2 normais; dor torácica reproduzível à palpação ou com a respiração, sem sinais de alarme; PA normal ou elevada (p90–p95 ou 120–129/< 80 a partir de 13 anos)	Explicar e tranquilizar; analgesia se dor musculoesquelética; PA elevada: mudanças de estilo de vida e nova medida em 6 meses (SBP)
● Moderada	Sopro com uma característica atípica, em lactente < 1 ano ou em síndrome genética; dor torácica recorrente sem alarme mas com ansiedade importante ou história familiar de cardiopatia hereditária; palpitações; hipertensão estágio 1 ($\geq$ p95 até < p95 + 12 mmHg; 130/80–139/89 a partir de 13 anos); hipertensão estágio 2 assintomática	ECG e ecocardiograma; cardiologia pediátrica eletiva ou prioritária; estágio 1: repetir em 1–2 semanas; estágio 2: especialista em até 1 semana
● Grave	Sopro com sinais de insuficiência cardíaca, cianose, SpO2 baixa ou pulsos femorais ausentes/fracos (coarctação); dor torácica ao esforço, com síncope, dispneia, palpitações, febre com atrito ou abafamento de bulhas, instabilidade ; ECG anormal; PA $\geq$ p95 + 30 mmHg ou > 180/120 mmHg, ou PA elevada com sintomas (cefaleia intensa, vômitos, alteração visual ou de consciência, convulsão, déficit focal, dispneia)	Pronto-socorro (emergência hipertensiva, suspeita de miocardite, pericardite, arritmia, síndrome coronariana, pneumotórax ou cardiopatia descompensada); ver "Como encaminhar"

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Recém-nascido e lactente < 1 ano (cardiopatias canal-dependentes, insuficiência cardíaca).
- Síndromes genéticas (Down, Turner, Williams, Marfan, Noonan, 22q11) e exposição pré-natal (diabetes materno, álcool, medicamentos).
- **História familiar de morte súbita antes dos 40 anos**, cardiomiopatia, canalopatia (QT longo, Brugada, TVPC) ou cardiopatia congênita.

- Doença de Kawasaki prévia, cardiopatia operada, doença renal, prematuridade < 32 semanas (risco de hipertensão), obesidade, diabetes.
- Uso de estimulantes (metilfenidato), descongestionantes, anabolizantes, cocaína.

3. Diagnóstico no consultório

Ausculata com método: criança calma, em decúbito e sentada (ou em pé), nos focos e no dorso. Descrever fase, duração, intensidade (1–6/6), timbre, irradiação, variação com a posição e a segunda bulha. **Palpar pulsos braquiais e femorais** em toda consulta do primeiro ano (e medir PA nos quatro membros se femorais fracos). Oximetria de pulso quando houver dúvida.

Sinais de sopro patológico (SBP 2018; AEPap 2025): holossistólico; **diastólico (sempre patológico)**; intensidade $\geq 3/6$ ou **frêmito**; segunda bulha única ou com desdobramento fixo; clique sistólico; galope; sopro que **aumenta ao sentar ou ficar em pé** (cardiomiopatia hipertrófica); cianose; pulsos assimétricos ou femorais fracos; sintomas (dispneia, sudorese às mamadas, baixo ganho, síncope, dor ao esforço). ECG e radiografia de tórax **não substituem** o ecocardiograma e raramente mudam o diagnóstico clínico (AEPap).

Recém-nascido: o sopro nos primeiros dias pode ser transição fisiológica, mas a cardiopatia crítica pode não ter sopro. Seguir o teste do coraçãozinho e as orientações dos documentos neonatais do site (oximetria, pulsos, PA de membros superiores e inferiores); na dúvida, ecocardiograma antes da alta.

Dor torácica — anamnese e exame dirigidos: relação com esforço, respiração, movimento, alimentação e emoções; febre recente (miocardite, pericardite); síncope ou palpitações; uso de drogas; história familiar. Exame: palpação que reproduz a dor (costocondrite), ausculta pulmonar, sopro, atrito, abafamento de bulhas, pulsos e perfusão.

ECG (AEPap): dor ao esforço, dor com síncope ou palpitações, dor de tipo anginoso, história familiar de canalopatia ou cardiomiopatia, suspeita de cardiopatia ou ansiedade importante da família. Toda síncope exige ECG (ver "Síncope na Criança e no Adolescente").

Medida da pressão arterial (SBP 2019; AAP 2017)

- **Quando:** anualmente a partir de **3 anos**; antes disso, em toda consulta de crianças de risco (prematuridade < 32 semanas, cardiopatia, doença renal ou ITU de repetição, transplante, uso de medicamentos que elevam a PA); em toda consulta na criança com obesidade.
- **Técnica:** criança sentada, tranquila, **em repouso por mais de 5 minutos**, bexiga vazia, braço direito apoiado na altura do coração. **Manguito com bolsa de largura $\approx 40\%$ da circunferência do braço e comprimento de 80–100%** (medida no ponto médio entre acrômio e olécrano). Manguito pequeno superestima a PA.
- **Método:** auscultatório preferido. Se o aparelho oscilométrico mostrar $PA \geq p90$, **repetir por ausculta** (AAP: pelo menos mais duas medidas auscultatórias); a SBP orienta repetir mais 2

vezes na mesma consulta e usar a média das três.

- **Classificação (SBP 2019, alinhada à AAP 2017):**

CATEGORIA	1 A < 13 ANOS	≥ 13 ANOS
Normal	< p90	< 120/< 80 mmHg
PA elevada	≥ p90 e < p95, ou 120/80 mmHg até < p95 (o que for menor)	120/< 80 a 129/< 80 mmHg
Hipertensão estágio 1	≥ p95 até < p95 + 12 mmHg, ou 130/80 a 139/89 (o que for menor)	130/80 a 139/89 mmHg
Hipertensão estágio 2	≥ p95 + 12 mmHg, ou ≥ 140/90 (o que for menor)	≥ 140/90 mmHg

Percentis pelas tabelas de sexo, idade e percentil de estatura. O diagnóstico de hipertensão exige confirmação em medidas repetidas; a MAPA ajuda a afastar hipertensão do avental branco e a detectar hipertensão mascarada.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: coarctação da aorta (PA maior nos braços, femorais fracos), miocardite (dor ou dispneia após virose, taquicardia desproporcional), pericardite (dor que melhora ao inclinar para frente, atrito), cardiomiopatia hipertrófica (sopro que aumenta em pé, síncope ao esforço), pneumotórax (dor súbita e dispneia no adolescente longilíneo), glomerulonefrite (edema, hematúria e hipertensão).

4. Tratamento em casa

- **Sopro inocente:** explicar à família que é um som de fluxo normal, sem doença, sem restrição de atividades e sem necessidade de profilaxia; registrar no prontuário as características para não gerar novos encaminhamentos.
- **Dor torácica musculoesquelética (costocondrite):** tranquilizar, repouso relativo de esforços que provoquem a dor e anti-inflamatório por poucos dias se necessário; costuma resolver em semanas (AEPap).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	3–5 dias, se necessário	A partir de 6 meses; evitar na desidratação, na varicela e na suspeita de dengue; dose máxima diária conforme bula
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Idem	Máx. 75 mg/kg/dia , nunca > 4 g/dia; não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação (risco cumulativo de hepatotoxicidade)

- **Dor com componente emocional:** abordar ansiedade, estresse escolar e sono; considerar apoio psicológico.
- **PA elevada e hipertensão estágio 1:** redução de sal e ultraprocessados, atividade física diária, controle do peso, sono adequado, sem tabaco e sem cigarro eletrônico; revisar medicamentos e suplementos. Seguimento da SBP: PA elevada — nova medida em 6 meses; estágio 1 — repetir em 1–2 semanas e depois em 3 meses, com MAPA e investigação se confirmado; estágio 2 — encaminhar ao especialista em até 1 semana (AAP: repetir ou encaminhar em 1 semana, medir PA de membros inferiores e iniciar exames).
- **Não fazer:** ecocardiograma "de rotina" para sopro claramente inocente; restringir esporte sem motivo; iniciar anti-hipertensivo com base em medida única ou com manguito inadequado.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Emergência ou urgência hipertensiva:** PA $\geq$ p95 + 30 mmHg (ou > 180/120 no adolescente), ou PA elevada com cefaleia intensa, vômitos, alteração visual, alteração de consciência, convulsão, déficit neurológico, dor torácica ou dispneia (AAP 2017; SBP 2019).
- Dor torácica **ao esforço**, com **síncope**, palpitações sustentadas, dispneia, cianose, sudorese e palidez, febre com atrito pericárdico ou abafamento de bulhas, taquicardia desproporcional, instabilidade hemodinâmica.
- Suspeita de pneumotórax, embolia pulmonar, dissecação aórtica ou ingestão de cocaína.
- Lactente com sopro e sinais de insuficiência cardíaca, cianose, SpO2 baixa ou femorais ausentes.
- ECG com alteração sugestiva de arritmia, isquemia, pré-excitação ou QT longo.

Como encaminhar

1. Monitorar sinais vitais e SpO2; oxigênio se SpO2 < 92% ou desconforto respiratório.
2. Posição de conforto (semissentado na dispneia; decúbito com pernas elevadas se hipotensão ou pré-síncope).
3. **Emergência hipertensiva:** não tentar "baixar a pressão" no consultório; a redução deve ser controlada em ambiente hospitalar — no máximo 25% nas primeiras 8 horas (SBP 2019).
4. ECG de 12 derivações se disponível, sem atrasar o transporte.
5. Acionar o SAMU (192) se houver instabilidade, síncope ao esforço ou dor com sinais de gravidade; contatar o serviço de destino.
6. Relatório com medidas de PA (técnica, manguito, membros), achados de ausculta, SpO2 e medicamentos em uso.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O sopro que ouvimos é inocente: é o barulho do sangue passando por um coração normal. Seu filho pode fazer todas as atividades."
- "A dor no peito da criança quase nunca vem do coração; esta dor vem da parede do tórax e melhora em dias a semanas."
- "A pressão da criança deve ser medida pelo menos uma vez por ano a partir dos 3 anos, sempre com manguito do tamanho certo."
- Procurar o pronto-socorro se houver: **dor no peito durante esforço físico, desmaio (sobretudo no exercício), falta de ar, lábios roxos, coração muito acelerado ou irregular, dor forte de cabeça com vômitos ou alteração da visão**; no bebê, cansaço e suor nas mamadas, respiração rápida e pouco ganho de peso.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Sopro inocente × patológico	Seis tipos de sopro inocente; patológico se holossistólico, diastólico, ≥ 3/6, B2 anormal (SBP 2018)	Sem diretriz própria localizada	Sem diretriz pediátrica específica localizada	Oxford Handbook como referência	Diastólico sempre patológico; ECG e radiografia não mudam o diagnóstico (AEPap 2025)
Dor torácica	Causa cardíaca rara; excesso de exames e encaminhamentos (SBP 2017)	Plano padronizado do Boston Children's (SCAMP) reduziu exames desnecessários	Sem diretriz pediátrica (CG95 é de adultos)	Oxford Handbook como referência	Cardíaca < 5%; ECG por indicação; encaminhar se esforço, alteração cardíaca ou história familiar (AEPap)
Início da medida de PA	Anual a partir de 3 anos (SBP 2019)	Anual a partir de 3 anos (2017)	Sem diretriz pediátrica (NG136 é de adultos)	Segue o NICE	Protocolo de crise hipertensiva (SEUP)
Classificação	Percentis até 13 anos; 120/80, 130/80, 140/90 a partir de 13 anos	Idêntica (2017)	—	—	—
Pronto-socorro	Emergência hipertensiva; redução máx. 25% em 8 h	≥ p95 + 30 mmHg, > 180/120 ou sintomas	—	—	Crise hipertensiva em urgência

Leitura: SBP 2019 e AAP 2017 são praticamente idênticas na técnica, na classificação e no seguimento da pressão arterial; a diferença é que a SBP não traz o limiar numérico de encaminhamento ao pronto-socorro (p95 + 30 mmHg), que a AAP explicita. O NICE não tem diretrizes pediátricas para sopro, dor torácica ou hipertensão, e as do Reino Unido seguem avaliação clínica e o Oxford Handbook. Há consenso de que a maioria dos sopros e das dores torácicas é benigna e de que o ecocardiograma deve ser guiado por sinais clínicos, não pedido por rotina.

PONTOS PRÁTICOS

1. Sopro sistólico, suave, que muda com a posição, em criança assintomática com pulsos e SpO2 normais é inocente — não peça ecocardiograma por rotina.
2. Diastólico, $\geq 3/6$, frêmito, clique, B2 anormal ou sopro que aumenta em pé: ecocardiograma e cardiologia.
3. Palpe os pulsos femorais no primeiro ano e meça a PA de membros superiores e inferiores se estiverem fracos.
4. Dor torácica ao esforço ou com síncope é cardíaca até prova em contrário: ECG e cardiologia com urgência.
5. PA só vale com manguito adequado ($\approx 40\%$ da circunferência do braço), criança em repouso e confirmação por ausculta.
6. PA $\geq p95 + 30$ mmHg ou com sintomas: pronto-socorro, sem tentar baixar a pressão no consultório.

Veja também, nesta Biblioteca: **Síncope na Criança e no Adolescente** (Urgências e Emergências), **Cardiopatias Acianóticas** e **Cardiopatias Cianóticas** (Neonatologia), **Triagem de cardiopatia congênita crítica por oximetria de pulso**, **Hipertensão Arterial** neonatal (Neonatologia), **Obesidade e risco cardiometabólico** e as **Consultas de puericultura** de 3 a 13 anos (medida de PA).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nefrologia. Hipertensão arterial na infância e adolescência (Manual de Orientação), 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Cardiologia. Avaliação da criança com sopro cardíaco, 2018. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Cardiologia. Dor torácica na criança, 2017. sbp.com.br
- American Academy of Pediatrics. Flynn JT et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics, 2017 — resumo para atenção primária. [PDF](#)
- AEPap. Escribano Gómez L et al. Soplo cardíaco (actualización), 2025. [PDF](#)
- AEPap. Guixeres Esteve T et al. Dolor torácico, 2015. [PDF](#)
- Friedman KG et al. Resource utilization reduction for evaluation of chest pain in pediatrics using a SCAMP (Boston Children's Hospital). J Am Heart Assoc, 2012.

- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.