



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

PAULA DE FÁTIMA ALMEIDA VIDAL DOS SANTOS

LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL OBSTÉTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RECIFE

2024

PAULA DE FÁTIMA ALMEIDA VIDAL DOS SANTOS

LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL OBSTÉTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
Fisioterapeuta no Curso de Fisioterapia
da Universidade Federal de
Pernambuco, UFPE.**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cinthia
Rodrigues de Vasconcelos**

RECIFE

2024

LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL OBSTÉTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

OBSTETRIC BRACHIAL PLEXUS INJURY: EXPERIENCE REPORT

Autoras: Paula de Fátima Almeida Vidal dos Santos¹

E-mail: paula.almeidavidal@ufpe.br | almeida.paula@outlook.com

Prof.^a Dr.^a Cinthia Rodrigues de Vasconcelos² | E-mail: cinthia.vasconcelos@ufpe.br

Resumo: A paralisia braquial obstétrica (PBO) ocorre no parto, está relacionada com diabetes gestacional, bebês gigantes, parto instrumental, distócia de ombros, estatura baixa materna entre outros fatores. Possui incidência de 1 a 3 para cada mil nascidos vivos. Objetivo: elencar quais são as lacunas existentes na assistência do recém-nascido (RN), antes da alta hospitalar, que pudessem impossibilitar o diagnóstico precoce da PBO. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, no qual se apresenta às situações vivenciadas por uma acadêmica do curso de fisioterapia de uma universidade pública do nordeste brasileiro, no período de setembro de 2021 ao início do ano de 2024, autora deste artigo, juntamente com uma docente de seu curso, na condição de apoiadora e facilitadora desse processo de narrativa autobiográfica, baseada na reflexão crítica das experiências vivenciadas pela estudante. O relato de experiência em si, inicia-se com as memórias, percepções e inquietações da acadêmica quando deu a luz ao seu segundo filho, em 2021, e que foi percebido a paralisia do plexo braquial pela acadêmica aos 9 dias de vida da criança. Foram realizadas análises dos contextos vivenciados, políticas públicas e evidências científicas. Conclusão: os processos de trabalho que envolvem uma assistência em saúde de qualidade, capaz de diagnosticar precocemente a PBO ainda no âmbito hospitalar, acontecem na lógica de um ecossistema de saúde (com todos os cidadãos interligados, independente dos papéis que estejam), exigindo esforços concomitantes de profissionais e gestores para viabilizarem uma prática proativa e comprometida com o indivíduo e com os princípios preconizados pelo SUS, buscando otimizar a rotina diária de enfermarias e salas de parto para que crianças não recebam alta hospitalar sem diagnóstico, seja qual for a lesão ou alteração fisiológica.

Palavras-chave: Modalidades de fisioterapia, paralisia do plexo braquial neonatal, diagnóstico, sistema único de saúde, parto normal.

¹ Graduanda do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Prof.^a Dr.^a do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

OBSTETRIC BRACHIAL PLEXUS INJURY: EXPERIENCE REPORT

Authors: Paula de Fátima Almeida Vidal dos Santos¹

E-mail: paula.almeidavidal@ufpe.br | almeida.paula@outlook.com

Prof. Dr. Cinthia Rodrigues de Vasconcelos² | Email: cinthia.vasconcelos@ufpe.br

Abstract: Obstetric brachial palsy (PBO) occurs during childbirth and is related to gestational diabetes, giant babies, instrumental birth, shoulder dystocia, maternal short stature, among other factors. It has an incidence of 1 to 3 for every thousand live births. **Objective:** to list the gaps that exist in the care of newborns (NBs), before hospital discharge, that could make early diagnosis of PBO impossible. **Methodology:** this is a descriptive study, of the experience report type, which presents the situations experienced by an academic on the physiotherapy course at a public university in northeastern Brazil, from September 2021 to the beginning of 2024, author of this article, together with a teacher from her course, as a supporter and facilitator of this process of autobiographical narrative, based on critical reflection on the experiences lived by the student. The experience report itself begins with the memories, perceptions and concerns of the academic when she gave birth to her second child, in 2021, and that brachial plexus paralysis was noticed by the academic on the 9th day of the child's life. Analyzes of experienced contexts, public policies and scientific evidence were carried out. **Conclusion:** the work processes that involve quality health care, capable of early diagnosis of PBO even in the hospital environment, take place within the logic of a health ecosystem (with all citizens interconnected, regardless of their roles), requiring efforts concomitant efforts of professionals and managers to enable a proactive and committed practice with the individual and with the principles recommended by the SUS, seeking to optimize the daily routine of wards and delivery rooms so that children are not discharged from hospital without a diagnosis, whatever the injury or physiological change.

Keywords: Physiotherapy modalities, neonatal brachial plexus palsy, diagnosis, single health system, normal birth.

¹ Undergraduate student of the physiotherapy course at the Federal University of Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil.

² Professor of the physiotherapy course at the Federal University of Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brazil.

LESIÓN OBSTÉTRICA DEL PLEXO BRAQUIAL: INFORME DE EXPERIENCIA

Autores: Paula de Fátima Almeida Vidal dos Santos¹

Correo electrónico: paula.almeidavidal@ufpe.br | almeida.paula@outlook.com

Prof. Dra. Cinthia Rodrigues de Vasconcelos² |

Correo electrónico: cinthia.vasconcelos@ufpe.br

Resumen: La parálisis braquial obstétrica (OBP) ocurre durante el parto y se relaciona con diabetes gestacional, bebés gigantes, parto instrumental, distocia de hombros, baja estatura materna, entre otros factores. Tiene una incidencia de 1 a 3 por cada mil nacidos vivos. Objetivo: enumerar las brechas que existen en la atención al recién nacido (RN), antes del alta hospitalaria, que podrían imposibilitar el diagnóstico precoz de la OBP. Metodología: se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, que presenta las situaciones vividas por un académico de la carrera de fisioterapia de una universidad pública del nordeste de Brasil, de septiembre de 2021 a inicios de 2024, autor de este artículo, junto con docente de su carrera, como sustentadora y facilitadora de este proceso de narrativa autobiográfica, a partir de la reflexión crítica sobre las experiencias vividas por el estudiante. El relato de la experiencia propiamente dicha comienza con los recuerdos, percepciones e inquietudes de la académica cuando dio a luz a su segundo hijo, en 2021, y esa parálisis del plexo braquial fue notada por la académica al noveno día de vida del niño. Se realizaron análisis de contextos vividos, políticas públicas y evidencia científica. Conclusión: los procesos de trabajo que involucran una atención de calidad en salud, capaz de diagnosticar precozmente la OBP incluso en el ambiente hospitalario, se desarrollan dentro de la lógica de un ecosistema de salud (con todos los ciudadanos interconectados, independientemente de sus roles), exigiendo esfuerzos concomitantes de los profesionales y gestores para posibilitar una práctica proactiva y comprometida con la persona y con los principios recomendados por el SUS, buscando optimizar el día a día de las salas y salas de parto para que los niños no sean dados de alta del hospital sin un diagnóstico, cualquiera que sea la lesión o el cambio fisiológico.

Palabras clave: Modalidades de fisioterapia, parálisis del plexo braquial neonatal, diagnóstico, sistema único de salud, parto normal.

¹ Estudiante de pregrado del curso de fisioterapia de la Universidad Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Profesor del curso de fisioterapia de la Universidad Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

INTRODUÇÃO

A paralisia braquial obstétrica (PBO) é definida como uma paralisia flácida parcial ou total que acomete o membro superior do recém-nascido (RN) devido à lesão/estiramento das fibras nervosas do plexo braquial que ocorre no momento do parto normal e, mais raramente, na cesariana (GALBIATTI, 2020).

Também definida como paralisia por lesão sofrida ao nascer, a PBO tem uma prevalência de 1 a 3 para cada 1.000 nascidos vivos, podendo estar associada à distócia do ombro (DS), que é a falha na liberação do ombro fetal após 60 segundos do desprendimento do pólo cefálico, ou ainda à diabetes gestacional ou ao grande peso do bebê ao nascer (>4kg) (RIBEIRO, 2014).

Segundo a Classificação de Narakas, a PBO pode ser categorizada em quatro grupos, a fim de facilitar o diagnóstico de acordo com a apresentação clínica e prognóstico: Grupo 1, denominada de Erb superior; Grupo 2, denominada de Erb estendido; Grupo 3, denominada de Paralisia total sem Síndrome de Horner; e Grupo 4, denominada de Paralisia total com Síndrome de Horner. Em cada um dos grupos, o comprometimento das raízes nervosas varia, impactando na área afetada e no prognóstico esperado (BASIT, 2023).

Entretanto, Al-Qattan (2009), em seu estudo, sugere ajustes na Classificação de Narakas, que é direcionada à questão isolada da lesão nervosa. Para esse autor, o comprometimento ou não da articulação do punho tem uma grande importância para a funcionalidade do membro superior, por isso a PBO poderia ser subdividida em 5 grupos: (1) Erb; (2) Erb com movimentos de punho que vencem a gravidade; (3) Erb em que os movimentos do punho não vencem a gravidade; (4) Paralisia Total de membro superior (MS) sem a síndrome de Horner; e a (5) Paralisia Total de MS com a síndrome de Horner (AL-QATTAN, 2009).

Os melhores prognósticos são observados nos casos do tipo Erb superior. As chances de recuperação funcional aumentam para qualquer tipo e nível de lesão quando há diagnóstico precoce e quando há intervenção até a quarta semana de vida da criança, sendo estes os preditores de prognóstico. Percebe-se um maior agravamento clínico, quando existe o comprometimento do plexo braquial e do nervo periférico de T1, comprometendo também a função dos músculos da pálpebra e os

dilatadores da íris (composta pela tríade: anidrose, miose e ptose parcial) (BASIT, 2023; AL-QATTAN, 2009).

A família da criança com PBO deve ser orientada assim que a identificação da lesão aconteça, mesmo que haja a possibilidade de acontecer uma recuperação espontânea, medidas de proteção precisam ser adotadas para ofertar ao bebê as condições ideais, de posicionamento e estimulação sensório-motora. (AL-QATTAN, 2009).

Em situações de não diagnóstico ou casos negligenciados, o déficit pode ser permanente e acometer cerca de 30% da função normal do nervo, podendo ocasionar redução da força e atrofia muscular, prejuízo ao crescimento ósseo, alteração do equilíbrio e da coordenação, além das repercussões negativas na ótica social e na saúde mental da criança e de suas famílias (BASIT, 2023).

A avaliação bem realizada da criança, por profissional capacitado, é a chave para a identificação precoce e diagnóstico diferencial da PBO ou outras disfunções clínicas, como fratura de clavícula, osteomielite do úmero ou da clavícula, artrite séptica do ombro e lesão de Klumpke (afeta nervos periféricos de C7, C8 e T1 e altera o funcionamento dos músculos pronadores do antebraço, flexores do punho e outros músculos dos dedos, fazendo com que o RN apresente a mão em garra) (BASIT, 2023).

Segundo o Guia para os profissionais de saúde voltado à atenção à saúde do recém-nascido, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil, deve ser feito um exame físico sumário do RN ainda na sala de parto que dependendo das condições da mãe e do bebê, pode ser feito até com o bebê sobre o corpo da mãe. Esse exame é necessário a fim de determinar as condições respiratórias, cardiocirculatórias e malformações grosseiras (BRASIL, 2014).

Já na enfermaria, encontra-se informações importantes pela observação do RN, sem tocá-lo, como a presença de malformações e faces típicas de algumas síndromes, assim como a postura do RN, que normalmente é simétrica e fletida, semelhante a fetal, pode estar assimétrica se houver alterações como fratura de clavícula ou membros, paralisia braquial ou comprometimento neurológico. A movimentação ativa do RN é propícia para avaliar a ativação muscular (BRASIL, 2014; BASIT, 2023).

O exame físico geral do RN, deve envolver ainda aspectos relacionados à pele, tecido subcutâneo, mucosas, musculatura, esqueleto e articulações (neste último tópico pode-se investigar a PBO). Está previsto de forma clara no Guia para os profissionais de saúde voltado à atenção à saúde do recém-nascido (BRASIL, 2014, p. 65), às seguintes recomendações:

“[...] A simetria e a adequação da movimentação dos membros devem ser bem avaliadas. Atenção especial deve ser dada a movimentação dos membros superiores, que pode estar comprometida por lesões traumáticas do parto.

As paralisias decorrentes do estiramento exagerado do plexo braquial durante o parto podem apresentar-se de formas diversas, a depender do grau e topografia da lesão. O RN fica com o membro superior paralisado, em rotação interna, devendo ser descartadas fraturas de clavícula ou da região proximal do úmero, que podem coexistir com a lesão neurológica ou simulá-la.

As lesões neurológicas podem ser leves (neuropraxia) quando o distúrbio motor é devido ao edema da raiz nervosa, e desaparece entre uma e duas semanas, com recuperação completa da função. Felizmente essa é a forma mais comum. Entretanto, quando há ruptura das fibras nervosas (axonotmese), a recuperação é mais lenta e incompleta. Nos casos mais graves, há ruptura completa da raiz (neurotmese) e a recuperação espontânea nunca ocorre.

A manifestação clínica da paralisia vai depender da topografia da lesão. Quando ocorre nas raízes C5-C6 (paralisia de Erb-Duchenne) afeta preferencialmente os músculos do ombro e do cotovelo, preservando a mão. Quando a mão é afetada e a musculatura do ombro é preservada, a lesão encontra-se nas raízes C7-C8-T1 (paralisia de Klumpke). Na lesão total, todas as raízes são lesadas e o membro superior é balouçante, podendo inclusive haver paralisia diafragmática.

A fratura de clavícula, intercorrência ainda mais frequente que as paralisias, pode causar restrições de movimentação do membro correspondente devido a intensa dor, podendo mimetizar uma paralisia obstétrica. O diagnóstico é feito pela palpação da clavícula; se houver fratura, pode-se sentir crepitação local e observar manifestação de dor no RN. A evolução clínica da fratura de clavícula costuma ser benigna e a simples utilização de tóia e a manipulação cuidadosa do membro envolvido já é suficiente para o seu tratamento. Não é necessária realização de exame radiológico, já que o achado não muda a conduta clínica.”

A incidência da lesão do PBO tem diminuído no decorrer dos anos (1 a 3 para cada mil nascidos vivos), devido a evolução da ciência, otimização de exames, humanização do parto e pré-natal qualificado, entretanto ainda acontecem e são

importante objeto de estudo no mundo científico, de forma a achar caminhos que reduzam ainda mais a quantidade de crianças que sofrem traumas e aplicar condutas para o melhor diagnóstico e avaliações diferenciais (OSÓRIO, 2023).

Mediante esse contexto, o presente artigo relata a experiência de uma mãe e acadêmica, que em seu segundo puerpério viveu a experiência da percepção da existência de PBO em seu filho no 9º dia de vida da criança, mesmo tendo sido assistida em um serviço de saúde referência na cidade em que residia.

O objetivo deste relato é registrar a experiência vivida no período neonatal, analisar as oportunidades perdidas que poderia realizar o diagnóstico da PBO desde a sala de parto até a puericultura no terceiro dia de vida da criança e a falta de anamnese detalhada em recém-nascidos. A competência para diagnosticar não é exclusiva de uma categoria profissional, é uma competência multidisciplinar. Entendendo isso, podemos afirmar que além dos profissionais médicos, outros também podem atuar na enfermagem para buscar disfunções físicas nos recém-nascidos e otimizar a dinâmica da enfermagem (PEREIRA, 2007).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, no qual se apresenta às situações vivenciadas por uma acadêmica do curso de fisioterapia de uma universidade pública do nordeste brasileiro, no período de setembro de 2021 ao início do ano de 2024, autora deste artigo, juntamente com uma das professoras do quadro docente de seu curso, na condição de apoiadora e facilitadora desse processo de narrativa autobiográfica, baseada na reflexão crítica das experiências vivenciadas pela estudante.

O relato de experiência em si, inicia-se com as memórias e percepções da acadêmica quando pariu seu segundo filho, em 2021. Suas inquietações sobre a temática surgiram quando ela mesma identificou características atípicas no desenvolvimento da criança, no 9º dia de vida. Características essas que resultaram no diagnóstico da PBO.

Na condição de estudante do curso de graduação em fisioterapia, que abrange muito mais questões do que as relacionadas apenas a conhecimentos teóricos e práticos, a acadêmica participou ativamente do processo de recuperação funcional do seu filho, entretanto esse envolvimento desencadeou a necessidade na

mesma de entender quais foram as lacunas existentes na assistência da criança, no período neonatal, que pudessem ter dificultado o diagnóstico precoce da PBO, ainda no âmbito hospitalar.

Assim, em uso de estratégias metodológicas, a docente utilizou em seus diálogos com a discente, ao longo desses anos de convivência, ferramentas e instrumentos de favorecimento do autoconhecimento, fazendo-a, inclusive, ao longo deste período, aprimorar a sua motivação inicial para a escrita, transformando esse relato de experiência numa iniciativa de ressignificação sobre a qualidade dos processos de trabalho que acontecem rotineiramente nos serviços de saúde que prestam assistência ao RN, especialmente em relação à dificuldade para o diagnóstico precoce da PBO.

Evidências científicas foram utilizados para subsidiar as discussões sobre diversos assuntos que permeiam a temática deste relato, não só no âmbito da

condição de saúde específica da PBO (diagnóstico e assistência), mas também em relação às políticas públicas existentes e que garantem aos cidadãos o acesso à saúde, conforme previsto na Constituição Federal do Brasil, publicada desde 1988.

RESULTADOS - Relato da Experiência

O parto:

Meu filho nasceu dia 13 de setembro de 2021 às 00:06h de parto vaginal no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) referência estadual em partos de alto risco e integrante da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), pesando 3.660g, sem intercorrências, sem episiotomia e sem uso de medicações para indução do parto.

O acesso ao hospital aconteceu a partir da minha inclusão, como voluntária, no grupo controle de uma pesquisa científica de um profissional médico integrante do quadro de funcionários, sobre partos de alto risco de mães com diabetes gestacional.

O parto foi tranquilo, o período da fase ativa durou cerca de 4 horas (19:30 às 23:30), o período de transição durou cerca de 30 minutos (23:30 às 23:57), o período expulsivo durou 8 minutos, do momento em que o médico realizou o rompimento da bolsa amniótica (23:58) até o nascimento (00:06), no momento da passagem da criança houve a necessidade de desprendimento dos ombros da criança, onde uma estudante de medicina tentou realizar, sem êxito, havendo a necessidade de outro médico mais experiente calçar as luvas e realizar o desprendimento da criança.

Tivemos a oportunidade de aleitamento materno ainda na sala de parto de forma a estreitar nossa conexão. A criança nasceu bem e nada me foi repassado em relação a qualquer intercorrência que tenha acontecido no procedimento ou que pudesse estar sendo apresentado pelo meu filho.

Família:

Nessa época da gravidez, eu estava com 21 anos, sem qualquer comorbidade física e/ou mental. Adotei várias estratégias para manter minha gravidez a mais ativa possível, dentro das minhas possibilidades. Como gestei durante a graduação, necessitei conciliar as mudanças corporais com as atividades acadêmicas, tais como disciplinas, prazos e trabalhos acadêmicos. Eu já era mãe de um garoto com 7 anos de idade, inteligente e bem ativo.

Alojamento conjunto na Enfermaria, uma oportunidade:

Ficamos em alojamento conjunto na enfermaria do hospital, com mais algumas mães e suas crianças. Conseguimos conversar e interagir bem, experienciamos momentos de descontração, sorrisos e compartilhamento de nossas experiências da gravidez, do parto e das nossas vidas sociais, conversamos sobre família e rede de apoio, amamentação, puerpério e planejamento familiar.

Nos nossos momentos de convivência, pelo fato de algumas mães não residirem na região metropolitana do estado de Pernambuco, percebi a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e aos especializados na área da pediatria e da reabilitação.

Antes de receber alta meu filho realizou o teste do pezinho, orelhinha, olhinho e a avaliação do coração, tomou vacinas e realizou o corte do frênulo lingual visto que estava atrapalhando a amamentação, desprendendo muito esforço da criança para conseguir realizar os movimentos corretos com a língua e mamar com facilidade.

Apesar de várias consultas e exames da rotina hospitalar terem sido realizados, a PBO não foi vista. Eu e meu filho recebemos alta hospitalar, no prazo previsto (48 horas após o nascimento) e nenhum tipo de intercorrência foi relatada ou sinal clínico devidamente observado, que pudesse ter sido falada ou registrada documentalmente.

Os resultados dos testes de olhinho e orelhinha foram ditos após o próprio exame, não evidenciando nenhuma alteração e o resultado do teste do pezinho foi entregue algumas semanas após a realização, no setor de puericultura do próprio hospital, também sem alterações.

O diagnóstico:

No 9º dia de vida do meu filho, por volta das 9h da manhã, ao iniciar os cuidados após ter dado banho de rotina nele (com uso de banheira e água pré-aquecida), ao colocá-lo em decúbito dorsal na cama para vestir a fralda descartável nele, notei que o braço direito dele tinha uma movimentação diferente da do braço esquerdo, não conseguindo realizar a flexão anterior na articulação do ombro.

Ele estava alegre por ter tomado o banho e por eu estar conversando e brincando com ele, mas apenas seu braço esquerdo mexia em direção ao meu rosto. Percebi que o membro superior direito (MSD) tentava se mexer, mas não tinha êxito no movimento. Imediatamente associei essa alteração do movimento a uma possível PBO.

Chamo atenção nesse momento que meu filho, no intervalo da alta hospital à este 9º dia de vida, realizou uma consulta de rotina pré-agendada, com a puericultura do próprio hospital, onde passou novamente por uma avaliação, mas nada foi observado, nem diagnosticado.

Com essa situação observada, realizei métodos e técnicas aprendidas na faculdade que pudessem fornecer mais sinais de uma lesão ou alteração funcional. Meu bebê possuía movimentos no ombro direito muito discretos, compatíveis com teste de força muscular grau 2 (ele não vencia a gravidade, nem de forma voluntária, nem quando estimulado a realizar uma resposta reflexa). Os movimentos comprometidos eram os de abdução e flexão do ombro direito.

O reflexo de Moro dele era assimétrico, com redução da amplitude de movimento do MSD, mas ele possuía reflexo de preensão palmar e movimentos de punho e dedos.

Pelos conhecimentos teóricos que já possuía, juntamente com as evidências científicas já estudadas, suspeitei de uma PBO do tipo Erb superior e como o bebê apresentava preensão palmar, imaginei que o prognóstico seria bom. Imediatamente, por contato telefônico, busquei ajuda de minhas professoras do curso de Fisioterapia e, prontamente fui ajudada e orientada sobre como agir.

No dia seguinte, levei meu filho na universidade para realizar a avaliação fisioterapêutica. No 10º dia de vida, meu filho foi avaliado por duas professoras (ambas com *expertise* na área da fisioterapia pediátrica) e, por conta do olhar experiente de uma delas, foi identificado também um calo ósseo no terço médio proximal da clavícula direita da criança, caracterizando uma fratura em processo de calcificação, ocorrida juntamente com a lesão do PBO no momento do parto.

Durante a avaliação, a qual acompanhei em sua totalidade, recebi orientações das professoras, que me estimularam a realizar condutas necessárias à recuperação funcional do meu filho, como o fornecimento de estímulos sensório-motores adequados à criança e específicos para a sua idade cronológica. Aprendi a importância dessa estimulação precoce, a fim de aproveitar a janela de oportunidade gerada pela plasticidade neural.

O tratamento fisioterapêutico:

No planejamento terapêutico, foram previstos os atendimentos no departamento de fisioterapia da UFPE e nas aulas práticas da disciplina de fisioterapia aplicada à pediatria, somados com a estimulação domiciliar, que foi realizada por mim, seguindo as orientações da professora.

O melhor posicionamento para amamentação, que é o membro acometido na postura flexora, deveria ficar perto do pescoço do bebê ou perto da minha barriga (adução de ombro + flexão de cotovelo). O intuito dessa posição era que o MSD não ficasse em pêndulo, conseguindo evitar o tracionamento da região da coluna cervical e cintura escapular.

Essa informação foi muito importante para mim, pois uma das coisas que eu mais almejei nessa gestação foi a amamentação exclusiva por 6 meses e a amamentação até os dois anos de vida da criança. Amamentar sabendo que meu filho estava numa posição protetora e confortável para ele e para mim foi libertador.

Realizei estímulos sensório-motores e visuais com os Cartões Montessori (cartões de alto contraste), colocando meu filho para brincar em decúbito ventral, favorecendo a extensão cervical ativa para ativar as áreas motoras saudáveis e estimular a regeneração de áreas lesionadas.

No momento do sono, nas primeiras semanas, posicionei ele em decúbito dorsal e lateral esquerdo, buscando otimizar a fase de regeneração neural. A forma mais indicada para vestir e despir o bebê era primeiro a retirada do membro não acometido e, só depois, o acometido, de forma a proteger a área lesionada e limitar os movimentos indesejados, como a hiperextensão e rotação exageradas de cervical; abdução excessiva, hiperextensão e tracionamento de ombro. Deveria ser

evitado o estiramento do plexo braquial e dos ossos da cintura escapular, já que estavam em processo de neuroregeneração e recuperação.

Com o novo horizonte disponível após a intervenção fisioterapêutica das minhas professoras, pude enxergar como estudante de fisioterapia e como mãe de criança que sofreu lesão nervosa e fratura no momento do parto, o quão é necessária e relevante a fisioterapia neste e em todos os outros casos de disfunções físicas.

Crescimento e desenvolvimento do meu filho:

Até os 3 meses de vida, nós já percebemos que ele tinha conseguido recuperar os movimentos de ombro e que ele estava apresentando um desenvolvimento sensório-motor próximo ao que era esperado para a sua idade.

Hoje, aos dois anos e meio de vida, após todos os estímulos fornecidos diretamente pela professora fisioterapeuta Carine Wiesiolek ou por mim, em nosso ambiente domiciliar ou de lazer (seguindo sempre as orientações recebidas), nota-se uma total recuperação estrutural e funcional, conseguimos intervir a tempo, identificar, tratar e proporcionar o ambiente necessário para regeneração do plexo braquial. Também houve a calcificação no osso clavicular, sem maiores necessidades de intervenções.

A minha criança teve a bondade de Deus e a contribuição da ciência ao seu favor. Seu padrão motor é normal, recuperou todos os movimentos do complexo escapular em todas as direções, tem força muscular recuperada e potencializada, com grau de força 5, tem uma vida ativa, usa com destreza os dois MMSS e já iniciou a dicção de palavras com duas sílabas. Ele é exemplo de que o diagnóstico precoce somado a intervenções fisioterapêuticas é imprescindível.

Entendo que a partir da avaliação fisioterapêutica que eu realizei (por ser acadêmica do curso de fisioterapia), pelo contato com fisioterapeutas especializadas e pelo atendimento humanizado que realizaram com a minha criança, conseguimos tratá-lo. Foi de fundamental importância as professoras/fisioterapeutas que se dispuseram a cuidar do meu filho. Agradeço-as.

DISCUSSÃO

Na busca do entendimento das motivações que dificultam o diagnóstico precoce da PBO, o presente relato trouxe à tona uma problemática que angustia e gera insegurança na maioria dos cidadãos em relação ao cuidado à saúde, que é a fragilidade na garantia de uma assistência em rede, em que cada episódio vivido durante o cuidado possa gerar um efeito em cascata, efetivo o suficiente para proporcionar uma assistência integral às pessoas.

O SUS ainda é muito fragmentado, exigindo que o usuário, mesmo sem habilidades suficientes para tal, precise superar praticamente sozinho cada etapa do cuidado, atrasando e até não obtendo eventuais tratamentos que se fazem necessários para cada realidade individual. Na busca da amenização de problemas que se repetem há anos, estratégias sempre são pensadas e repensadas, como é o caso das tentativas de reduzir a precarização de hospitais públicos, que ofertam serviços essenciais à população.

Neste relato, verificou-se que a acadêmica conseguiu que seu parto fosse realizado num hospital de referência que confiasse, o hospital escola da IES que estudava e que frequentava em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão. O HC em questão, era um dos 40 hospitais universitários vinculados à EBSEH, no ano de 2021.

A EBSEH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pelo Governo Federal com autorização do Poder Legislativo com recursos 100% públicos, dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, sendo regida por Estatuto Social e Regimento Interno próprios. Essa empresa administra hospitais universitários federais, apoiando e impulsionando suas atividades, tendo como características específicas o atendimento a pacientes do SUS (com a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade), ao mesmo tempo que apoiam a formação de profissionais de saúde, apoiando o ensino, a pesquisa e a extensão, o ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública (BRASIL, 2014).

O Hospital Escola escolhido para o nascimento do bebê, fundado em 1979, destaca-se nacionalmente pelo compromisso com as certificações de qualidade e pela aplicabilidade de programas relacionados ao fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, mas mesmo assim, pontos de fragilidade e de melhoria podem

ser identificados, como o episódio aqui relatado, em que um diagnóstico da PBO, considerado simples e de baixa complexidade, não conseguiu ser realizado antes da alta hospitalar. Daí a importância de estratégias contínuas e dinâmicas da gestão do serviço para que realize o monitoramento contínuo das atividades realizadas pelo mesmo.

Com o objetivo de demonstrar o comprometimento desse hospital escola em questão com o binômio mãe-bebê, ressalta-se dois grandes projetos aos quais está vinculado há vários anos, como o Programa de Atenção à Gestante Adolescente (PROGESTA) e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). No PROGESTA o foco principal é a orientação de jovens mães para entenderem melhor sobre a gestação, parto e pós parto. É um programa de apoio multidisciplinar (profissionais e estudantes) de fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

Mulheres em situação semelhante à acadêmica desse relato, que já tinha experiência prévia de parto, também são bem vindas ao PROGESTA. O programa aborda as mudanças no corpo da gestante, sinais de parto, alongamentos e preparação para o parto, visita à sala de pós parto para entenderem melhor como pode cursar o seu momento de parto e se sentirem seguras, preparadas e serem protagonistas desse momento mágico na vida das futuras mães. Aborda também a violência obstétrica que pode vir a acontecer, deixando a mulher ciente sobre como identificar os sinais dessa violência. O programa é embasado nas melhores evidências científicas disponíveis e leva em pauta o planejamento familiar para que essa família saiba como evitar uma gestação indesejada futuramente.

Quanto a ser um Hospital Amigo da Criança, fortalece-se o compromisso do serviço em incentivar o aleitamento materno, como também condutas que sejam respeitadas, humanizadas e validem o momento da mulher e da criança. Cercados de investimentos e tecnologias, os hospitais com IHAC mostram através dos dados que bebês que nascem em hospitais com o selo conseguem ter amamentação exclusiva por 60,2 dias diminuindo morbimortalidade infantil, quando comparados a bebês nascidos em hospitais que não possuem o selo IHAC, onde os dias de amamentação exclusiva caem para 12,1 dias a menos.

A maioria dos Hospitais Amigo da Criança, possuem estrutura

organizacional para gerenciar o alojamento conjunto de mulheres e seus bebês, sendo benéfico nessa nova fase da vida. Esses hospitais possuem funcionários que priorizam e promovem o aleitamento materno na primeira hora de vida, se possível ainda na sala de parto e que entendem o benefício do contato pele a pele da mãe com o bebê no momento imediato após o nascimento, contribuindo para saúde da mãe e da criança. O Ministério da Saúde afirma que entre 1990 e 2016 a mortalidade infantil mundial reduziu em 52,3% e no Brasil reduziu em 73,6%. Em 1990 foi iniciada a implementação das IHAC em hospitais brasileiros, hoje em 2024 completa-se 33 anos.

Ainda na análise das possíveis lacunas para o diagnóstico precoce da PBO, no âmbito da cultura organizacional do serviço em que o parto foi realizado, mais um aspecto relevante precisa ser discutido. Por ser um hospital integrante da maior rede de hospitais públicos do Brasil, necessita atuar de acordo com os princípios do SUS, onde a implementação de Linhas de Cuidado é valorizada.

Para implementação da Linha de Cuidado de uma área específica, faz-se necessário o conhecimento dos pontos críticos. A abordagem do sistema tem como objetivo a responsabilidade compartilhada que atenda todos os requisitos mínimos dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A organização da RAS é um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica do sistema de saúde, sendo mais eficaz tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Na temática da PBO, a RAS envolvida é a Rede Cegonha, criada em 2011 pelo Ministério da Saúde. Seu objetivo é enriquecer e complementar o SUS como modelo de humanização para a mulher parturiente e sua criança. A Rede Cegonha chega para somar esforços no campo da saúde voltado à família, ao planejamento familiar, dá suporte às mulheres e homens desde a juventude, com intuito de melhorar a qualidade do atendimento na rede pública de saúde brasileira e conta com recursos financeiros consideráveis, para que desde o planejamento, durante a gestação e até os 2 anos da criança, a família possa contar com atendimento qualificado, com profissionais treinados e embasados cientificamente.

Os diversos pontos de atenção da RAS (Atenção Primária à Saúde,

Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar) devem se comunicar através de instrumentos pactuados (fichas de compartilhamento do cuidado). Reforça-se que a atenção primária à saúde (APS) tem papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

Diante desse cenário, percebe-se que a análise sobre os serviços prestados em saúde, inclusive no âmbito do SUS, deve ser feita dentro da visão do chamado “ecossistema de saúde”, baseando-se na necessidade do paciente. A ideia é conduzi-lo por toda a jornada do cuidado, da prevenção ao tratamento. O modelo é altamente promissor, mas possui seus dilemas por conta da alta complexidade. Em resumo, ecossistemas são soluções integradas para contemplar as diversas demandas de saúde e bem-estar ao longo da vida de um indivíduo.

Nessa perspectiva, para analisar as barreiras ambientais relacionadas ao diagnóstico precoce da PBO, faz-se necessário o conhecimento dos pontos críticos seja na própria condição clínica de saúde (paralisia obstétrica), nas deficiências relacionadas às funções e estruturas do corpo (sistemas nervoso e musculoesquelético), nas limitações de atividades, nas restrições das participações sociais. Como barreiras ambientais, segundo o conceito biopsicossocial, podem estar relacionados à serviços, sistemas e políticas; atitudes; apoios e relacionamentos; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem; e até produtos e tecnologia (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE, 2019).

A PBO é uma das lesões neurológicas mais comuns que acometem as crianças no momento do parto. A otimização das avaliações ao recém-nascido e a emissão de diagnósticos precoces devem acontecer de forma a evitar piores desfechos funcionais, já que a criança poderá receber os melhores tratamentos disponíveis (BASIT, 2023). A PBO pode gerar incapacidades físicas e a fisioterapia possui embasamento científico para prevenir e tratar disfunções musculoesqueléticas (DE MATOS, 2020).

A Revisão sistemática sobre as intervenções fisioterapêuticas em crianças com PBO concluiu que tanto intervenções fisioterapêuticas quanto às intervenções somadas com outras modalidades de tratamento, como hidroterapia, foram

benéficas (DE MATOS, 2020). Para Basit (2023), é na avaliação que o profissional pode observar potenciais terapêuticos. A fisioterapia nas primeiras 8 semanas de vida, fisioterapia aquática e abordagem cirúrgica podem ser os diferenciais para um bom prognóstico (BASIT, 2023).

O ideal é que a criança seja diagnosticada ainda dentro do hospital e que a avaliação na sala de parto seja o mais completa possível para que ocorra a identificação de potenciais problemas, entretanto a criança tem outras chances de ser vista nas avaliações que ocorrem ainda dentro do hospital após as primeiras horas de vida, pelo profissional pediatra, equipe de enfermagem, equipe assistencial de saúde como fonoaudiólogos, fisioterapeutas e estudantes de graduação que possuem visita à enfermaria para realização de disciplinas práticas.

A permanência hospitalar após o parto, é importante para verificar intercorrências, como a identificação da PBO, assim como estimular a amamentação na forma correta. É preciso ajudar a mãe e a criança de forma geral e analisar as primeiras horas de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A criança que não receber cuidados e proteção, no contexto da presença de uma lesão nervosa e/ou uma fratura, pode ser prejudicada tanto na chance de realizar a reabilitação como na funcionalidade do membro, prejudicando também sua formação profissional e existem chances de acometer também sua saúde mental. A criança diagnosticada e tratada tem mais chances de ser um adulto produtivo e experienciar menos dificuldades na vida.

Cerca de 20% a 30% das crianças que passaram pelo trauma da lesão do plexo braquial obstétrica, terá algum grau de repercussão funcional permanente/déficits residuais. A vida dessa criança inclui também o que acontecerá futuramente do ponto de vista vocacional e empregatício, sendo um dos pontos de terapia, a capacitação e estimulação a descobrir sua vocação quando estiver na idade e se preparar para o mercado de trabalho. A função do membro, assim como, a função da criança (futuro adulto) na sociedade também são pontos a serem levados em consideração desde o parto à juventude. A possibilidade de crianças que sofreram

esse trauma apresentarem atraso na linguagem é maior do que crianças que não

nasceram neste contexto de lesão (OSÓRIO, 2023).

Protocolos clínicos devem ser aplicados nas rotinas dos serviços, desde o parto até a finalização da permanência (momento da alta), para que desfechos atribuídos à intercorrências durante os procedimentos possam ser identificados precocemente. No caso relatado neste trabalho, por exemplo, mesmo com a criança não tendo um histórico de critérios de risco para a lesão do plexo braquial (criança a termo e com peso ao nascer de 3.360g, parto normal sem fórceps e sem medicamentos para indução do parto, mãe sem história de diabetes gestacional e nem alterações sistêmicas), a criança teve uma fratura de clavícula e lesão do plexo braquial obstétrica.

Exatamente o que ocorreu com a criança deste relato de experiência também foi observado numa pesquisa em prontuário de crianças acompanhadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP publicada na Revista de Fisioterapia da USP. Na pesquisa foi publicado que a maioria dos casos de PBO eram em meninos nascidos de parto vaginal, lesão do tipo alta e no membro superior direito (MSD), e 11% tinham sofrido fratura de clavícula (FERNANDES, 2002).

Mesmo reconhecendo as limitações existentes no SUS, como na relação de profissionais disponíveis e usuários a serem atendidos, não é permitido esquecer a responsabilidade profissional com sua práxis profissional. No relato aqui trazido, a genitora, com seu conhecimento intelectual por estar numa formação para tornar-se fisioterapeuta, afirmou ter acompanhado as várias avaliações que foram realizadas em seu filho no curto espaço de tempo que permaneceram hospitalizadas (0 a 3 dias), desde a sala de parto até no alojamento conjunto, sem poder esquecer que houve também uma consulta de puericultura. Em nenhum desses momentos, infelizmente, houve qualquer insinuação desse provável diagnóstico da PBO.

A que se atribui essa realidade? Inexistência de protocolos a serem seguidos (clínicos e operacionais)? Instrumentos avaliativos com baixa eficácia? Profissionais com déficit no processo de educação permanente? Essa discussão necessita acontecer, entretanto, todos os atores envolvidos, conscientes de suas

responsabilidades e atribuições, devem pôr em prática seu perfil crítico reflexivo que desenvolveu em suas formações, inclusive para a própria prática profissional que executa em seu dia a dia.

As educações continuada e permanente capacitam o profissional no campo teórico e prático para desempenhar papéis importantes com mais segurança e embasamento científico, sendo mais uma forma de aprimorar-se e especializar-se para desempenhar com excelência sua capacidade em casos gerais e também em casos incomuns, casos especiais e tomadas de decisões clínicas relevantes.

A educação continuada, nada mais é que o processo pelo qual há uma busca do profissional por seu auto aprimoramento, enquanto que a educação permanente é a interação multiprofissional entre vários profissionais para desenvolver mais conhecimentos acerca de assuntos relacionados, é a expansão da aprendizagem, após a graduação em sua área de atuação.

O comprometimento profissional deve ser retroalimentado todas as vezes que lembrarem que crianças não diagnosticadas precocemente, têm pior prognóstico, já que o período ideal para o início do tratamento é antes de 8ª semana de vida, realidade essa da criança aqui relatada, que, por desenvoltura da mãe, suspeitou da existência da PBO no 9º dia de vida de seu bebê. Remetendo ao contexto de teste hematológicos realizados tão eficazmente nos RN, buscando identificar precocemente doenças diversas e viabilizando seus tratamentos, deve-se aumentar esforços para que a avaliação física e até mesmo comportamental da criança também seja realizada de forma mais criteriosa pelos profissionais, lembrando que essas avaliações exigem, na maioria das vezes, da capacidade de observação e manuseio desses técnicos.

No caso da importância da precocidade no diagnóstico da PBO, deve-se inclusive, não apenas às questões relacionadas à neuroplasticidade dos sistemas nervoso e musculoesquelético. Cada posicionamento e manuseio do bebê pode agravar o estiramento/avulsão/neuromese do nervo e prejudicar também a remodelação óssea, seja no processo de amamentação, de higienização, de cuidados pessoais e até de interações.

Nesse relato foi enfatizado que o momento em que a criança teve seu

processo diagnóstico iniciado, estava prestes a colocar a roupa. Com o diagnóstico definido, uma das condutas terapêuticas adotadas foi a readaptação da mãe e de outros cuidadores para um novo olhar de como a criança deveria ser conduzida em sua rotina (postura e movimentos). Nesses primeiros 9 dias, as trocas de roupas, os banhos, o posicionamento para amamentação e para dormir foram os mais diversos e não se sabe a dimensão do perigo de agravamento da lesão que tenha acontecido a cada movimento realizado no bebê. Quantas novas alterações poderiam ter sido instaladas e quais seriam os impactos funcionais desencadeados para a criança e sua família?

Felizmente, a criança que teve seu relato aqui apresentado, segundo sua mãe, apresentou uma rápida evolução funcional, equiparando-se às crianças com crescimento e desenvolvimento típicos. Atualmente, aos dois anos e meio de idade, encontra-se sem prejuízos funcionais, limitações de atividades ou mesmo restrições de participação social. Fernandes (2002) já apresentou em seu estudo, uma evolução clínica semelhante, com recuperação total em até 6 meses de vida, tendo como fatores ambientais facilitadores o tratamento antes de 8 semanas e orientação fisioterapêutica (FERNANDES, 2002).

E como não refletir sobre os casos não diagnosticados e em que as famílias não têm consciência da alteração de movimentos dos bebês? Sem falar da questão do difícil acesso aos serviços de saúde, ou melhor, à profissionais com *expertise* como foi a situação aqui relatada, onde docentes fisioterapeutas assumiram o planejamento da conduta terapêutica para a recuperação da funcionalidade dessa criança por conta da lesão nervosa?

Alguns dos princípios assistenciais da linha de cuidado perinatal que o Guia da Atenção à Saúde do Recém-Nascido publicou foi sobre a vigilância à saúde, que discorre sobre a busca ativa através dos serviços responsáveis, como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que podem ser protagonistas e realizar a busca ativa na comunidade que seus distritos abrangem.

O objetivo é identificar famílias em vulnerabilidade e alcançar famílias que não consigam, por qualquer motivo, acompanhar a dinâmica das unidades de saúde da família (USF), identificando necessidades especiais, sendo mais uma

oportunidade de avaliação detalhada na busca por intercorrências, eventuais disfunções e prevenção de agravos.

A Política Nacional de Atenção Básica (2012) afirma ter como princípios e diretrizes gerais a seguinte afirmação:

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.”

A Atenção Básica e as Unidades de Saúde da Família (USF) são portas abertas para todos os cidadãos, onde é possível procurar ajuda, orientação e assistência. É para lá que crianças acometidas por lesão de plexo braquial obstétrica podem ser levadas e passarem por uma investigação e encaminhamento para reabilitação, caso se faça necessário após alta hospitalar.

Em qualquer momento que ocorra a percepção de alteração do estado normal da criança, os cuidadores devem dirigir-se a um pronto atendimento, seja da atenção básica ou hospital de alta complexidade, pois o SUS tem o dever de garantir o acesso à saúde.

O primeiro volume do Guia para os Profissionais de Saúde produzido e divulgado pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde que aborda a Atenção à Saúde do Recém-Nascido (em 2014) traz em seu conteúdo que em qualquer local da rede de saúde pública a mãe e a criança podem ser acolhidos, não precisa necessariamente ser no hospital onde a criança nasceu.

Famílias que moram nos interiores dos estados, como as das crianças que estiveram em alojamento conjunto conforme relatado nesse relato de experiência, por exemplo, podem necessitar desse apoio e suporte do SUS, entretanto os encaminhamentos podem ser diferentes. Frequentemente (e infelizmente), o acesso à saúde das pessoas residentes longe das cidades capitais é ainda mais

difícil. Os investimentos financeiros na saúde não são equivalentes aos realizados nas capitais dos Estados.

Então, por fim e não menos importante, no processo de relato dessa experiência, foi uma das maiores inquietações da mãe, agora na condição de uma futura profissional de fisioterapia: como as crianças não diagnosticadas e residentes distantes da região metropolitana da capital, têm um acesso garantido aos tratamentos necessários? Quais serão os impactos funcionais futuros a essas crianças?

Para um bom desfecho da lesão do PBO aqui relatado, foi crucial a mãe da criança ter o olhar de uma futura fisioterapeuta, colocando em prática as competências adquiridas em sua graduação: resgatou conhecimentos, aplicou as habilidades adquiridas em técnicas e manuseios, além de ter sido proativa e segura pela busca do diagnóstico de seu filho, perante as deficiências funcionais que já observava, com a redução da mobilidade ativa e reflexa. Com esses conhecimentos, a mãe pôde contactar suas professoras, que lhes deram apoio profissional e emocional, permitindo que a criança tivesse a possibilidade de recuperação.

CONCLUSÃO

A lesão do plexo braquial obstétrica, apesar dos avanços e aumento dos esforços para melhores condições de parto e preparação materna, ainda acontece por causas conhecidas e causas desconhecidas. A análise da condição clínica da criança, ainda dentro do ambiente hospitalar, é a oportunidade para o reconhecimento de alterações físicas e disfunções na biomecânica da criança ao realizar movimentos.

São necessários os esforços da equipe de assistência e gestão de serviços para pôr em prática os direitos da criança, da mãe, da família, garantidos pelo SUS, em seus desenhos e organizações estruturais como os Mapas de Saúde, Redes de Atenção à Saúde e Unidades de Saúde da Família, que são extensões do campo hospitalar.

Esse relato não foi construído com nenhuma indignação e nem conflitos de interesses, apenas está sendo deixado como registro à necessidade de uma prática clínica proativa e comprometida com a saúde de recém nascidos, independente da gravidade das situações clínicas apresentadas no período de internação hospitalar, que esteja atenta a situações sutis que possam estar sendo apresentadas e que também impactarão no ecossistema de saúde a que todos os cidadãos estão inseridos e interligados.

Em suma, a partir desse relato, busca-se evidenciar pontos de melhoria existentes nos serviços de saúde, com o intuito de melhorar a dinâmica da educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, especialmente os que atuam no momento do parto e no período neonatal. Bem como, traz à academia a importância do desenvolvimento de competências comportamentais nos futuros profissionais que serão os recursos humanos que trabalharão junto ao SUS, na área da pediatria, tornando-os mais comprometidos e proativos com suas formações e atualizações nos diversos serviços existentes no campo de trabalho, ofertando melhores condições de vida para os que vêm ao mundo.

REFERÊNCIAS

1. AL-QATTAN MM, EL-SAYED AAF, AL-ZAHRANI AY, et al. **Classificação de Naraka de paralisia obstétrica do plexo braquial revisitada**. Journal of Hand Surgery (volume europeu). 2009;34(6):788-791. doi: 10.1177/1753193409348185
2. BASIT H, Ali CDM, Madhani NB. **Paralisia de Erb**. [Atualizado em 8 de abril de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2024 janeiro-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513260/>
3. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção básica**. 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF**. Edusp, 2008.
6. COLLI, Benedicto Oscar. **Aspectos gerais das lesões traumáticas agudas nos nervos periféricos**. Arq. bras. neurocir, p. 171-200, 1993.
7. de Matos MA, Souto DO, Soares BA, de Oliveira VC, Leite HR, Camargos ACR. **Effectiveness of Physical Therapy Interventions in Children with Brachial Plexus Birth Injury: A Systematic Review**. Dev Neurorehabil. 2023 Jan;26(1):52-62. doi: 10.1080/17518423.2022.2099995. Epub 2022 Jul 17. PMID: 35848401.
8. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Gestantes atendidas nos hospitais da Rede Ebserh/MEC participam de projetos voltados para o binômio mãe-bebê**. Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/gestantes-atendidas-nos-hospitais-da-rede-ebserh-mec-participam-de-projetos-voltados-para-o-binomio-mae-bebe>>. Acesso em: 06/02/2024.
9. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Programa de Atenção à Gestante está com inscrições abertas até 4 de maio**. Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/comunicacao/noticias/programa-de-atencao-a-gestante-esta-com-inscricoes-abertas-ate-4-de-maio>>. Acesso em: 03/02/2024.
10. FEDERAL, Senado. **Constituição**. Brasília (DF), 1988.

11. FERNANDES, L. F. R. M.; DOMINGOS, C. S. P.; MAZZER, N.; BARBIERI, C. H.; AFONSO, A. A.; ALBANEZ, F. X.; PUGLIESI, H. B. **Análise dos casos de paralisia braquial obstétrica nos prontuários do Hospital das Clínicas das Faculdades de Medicina de Ribeirão Preto - USP.** *Fisioterapia e Pesquisa, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 49-56, 2002.* DOI: 10.1590/fpusp.v9i2.79652.
12. GALBIATTI, José Antonio; CARDOSO, Fabrício Luz; GALBIATTI, Marília Gabriela Palacio. **Paralisia obstétrica: De quem é a culpa? Uma revisão sistemática de literatura.** *Revista Brasileira de Ortopedia, v. 55, p. 139-146, 2020*
13. GHIZONI, Marcos Flávio et al. **Paralisia obstétrica de plexo braquial: revisão da literatura.** *Obstetrics brachial plexus palsy: literature review. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 39, n. 4, 2010.*
14. MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. **Anais... 2º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem (2º SITE)**, p. 1-4, 2008.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aleitamento-materno/ihac>>. Acesso em: 05/02/2024.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNAISC.** Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc>>. Acesso em: 02/02/2024.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional da Triagem Neonatal.** Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue/pntn>>. Acesso em: 02/02/2024.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é Atenção Primária?** Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>>. Acesso em: 02/02/2024.
19. OSÓRIO, Marisa; LEWIS, Sarah; RAYMOND, W. Tse. Promoting Recovery Following Birth Brachial Plexus Palsy. **Pediatric Clinics**, v. 70, n. 3, p. 517-529, 2023.
20. PALOMBO, Claudia Nery Teixeira et al. **Capacitação em aconselhamento nutricional: avaliação de conhecimento e aplicabilidade na atenção à saúde da criança.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, p. 67-74, 2018.*
21. PEREIRA, J. A. et al. O diagnóstico da paralisia braquial obstétrica: importância das orientações iniciais. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 8, n. 1, 2007.
22. RIBEIRO, Paulo Ronaldo Jube; DE CASTRO SPARAPANI, Fabio Veiga. **Paralisia obstétrica do plexo braquial.** *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, v. 18, n. 2, 2014.*

23. SERVIÇOS E INFORMAÇÕES DO BRASIL. **As Redes de Atenção à Saúde** Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1#:~:text=S%C3%A3o%20Redes%20Tem%C3%A1ticas%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%3A&text=A%20Rede%20est%C3%A1%20organizada%20em,%2FMS%20no%201.600%2F2011>>. Acesso em: 02/02/2024.
24. SERVIÇOS E INFORMAÇÕES DO BRASIL. **Rede Cegonha: Ministério da Saúde investe no atendimento humanizado de gestantes em todo o país.** Gov.br. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/ministerio-da-saude-investe-no-atendimento-humanizado-de-gestantes-em-todo-o-pais#:~:text=A%20Rede%20Cegonha%20prop%C3%B5e%20a,at%C3%A9%202%20anos%20de%20idade>>. Acesso em: 03/02/2024.
25. SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira et al. **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, p. 481-489, 2018.