



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 11ª REGIÃO-CREFITO 11

CÂMARA TÉCNICA ASSISTENCIAL DO CREFITO 11
PARECER 001/2012

Data: 13/08/2012

Consulta oficial nº: 002/2012

Assunto:

- Eventual negativa de cobertura pelos planos de saúde;
- Fisioterapia motora para recém-nascidos prematuros extremos e instáveis ao manuseio em ambiente hospitalar;
- Fisioterapia respiratória e motora no período da madrugada para recém-nascidos e crianças em ventilação mecânica Invasiva e não Invasiva em ambiente hospitalar;

Consulente: Dr. Bruno Metre Fernandes (Presidente do CREFITO 11)

Parecerista: Dra. Sabrina Cavalcante Aragão da Silveira

Análise

1. A prematuridade aliada às mudanças nas condições ambientais podem ocasionar graves deficiências de desenvolvimento da criança e, paralela à maior taxa de sobrevivência, obtida com os avanços tecnológicos, surge o ônus das sequelas inerentes aos métodos utilizados na terapia intensiva e às próprias condições de um ser ainda não preparado para enfrentar a vida extra uterina.
2. Segundo Jo Fay e colaboradores, em 2001, muitos recém-nascidos prematuros apresentam riscos de possuir atrasos relativos ao desenvolvimento e estes atrasos estão relacionados com problemas posturais e de mecânica imprópria do corpo, ao invés de apenas comprometimento de origem neurológica.

SEDE:

Sede - SRTVS Quadra 701 – Ed Palácio do Rádio I – Bloco I – Sala 310 a 314 - CEP: 70340-000 Brasília – DF –
Telefax (61) 3225-3700



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO-CREFITO 11

3. A grande preocupação, não diz respeito tão somente à sobrevivência, mas principalmente à qualidade de vida, e, inclusive, nos reflexos futuros, pois, segundo pesquisadores como Segre (2002), a prematuridade representa grave problema de Saúde pública tanto pelas complicações precoces como pelas sequelas no desenvolvimento sensorio motor; gerando ônus à Saúde pública e às famílias envolvidas.
4. Conforme Costenaro (2001), faz-se necessário a intervenção de profissionais habilitados com conhecimento próprios e específicos, como fisiologia e anatomia, para manusear, posicionar e trabalhar com estes pacientes. Ora, não intervir quando necessário pode resultar em sequelas, pois todo organismo vivo tem como característica reagir a influências externas, afetando a fisiologia, daí a importância de sempre favorecer a postura normal, ou posturas que melhorem a condição clínica do paciente.
5. Destaca-se que entre as profissões da Saúde é a Fisioterapia que legalmente forma profissionais no Brasil, por meio de Universidades e Faculdades, de modo a desenvolver capacidades e habilidades para promover estímulos, orientações e intervenções em pacientes saudáveis ou portadores de patologias, inclusive por meio de posturas e exercícios.
6. O recém-nascido apresenta apenas atividades reflexas, que são mediadas por regiões mais primitivas do cérebro (mesencéfalo e medula). Fisiologicamente o reflexo se dá com a percepção de um estímulo através do neurônio sensorial, transmitido para o interneurônio de associação e posteriormente para o neurônio motor que estimulará a musculatura para efetuar o movimento. As atividades reflexas são a base para o início dos movimentos voluntários (SOPERJ, 1990).
7. Estudos de Lefèvre e Diamant, demonstraram que à medida que o bebê cresce, ocorre a maturação do SNC pelos processos de migração neuronal, arborização e mielinização, que podem ser percebidos por meio do aumento do perímetro cefálico e a mudança dos movimentos, que deixam de ser reflexos, dando lugar à movimentação voluntária.

SEDE:

Sede - SRTVS Quadra 701 – Ed Palácio do Rádio I – Bloco I – Sala 310 a 314 - CEP: 70340-000 Brasília – DF –
Telefax (61) 3225-3700



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO-CREFITO 11

8. O pediatra americano Harvey Karp afirma que até os 3 meses de idade, um bebê a termo apresenta um predomínio da atividade reflexa sobre a voluntária, Urzeda et al (2009) verificaram que crianças pré termo podem apresentar persistência de atividade postural reflexa além dos 4 meses de idade, contudo esta não influenciaria a aquisição de marcos motores quando são assistidas por um programa de intervenção precoce.
9. O prematuro apresenta desenvolvimento do substrato anatômico, neuroquímico e funcional que permitem a percepção de dor, e a resposta a essa percepção (Guinsburg, 2001), que seria atividade reflexa. Entretanto, o bebê prematuro apresenta a aquisição motora e sensitiva imatura caracterizada por uma hipotonia global, suas extremidades são posicionadas em padrões de extensão e abdução, o que contribui para a falta de flexão fisiológica. Os reflexos primitivos podem estar diminuídos e a movimentação espontânea é mínima conforme o grau de prematuridade.
10. O posicionamento funcional é a criação de limites e apoios para assegurar a contenção e oferecer a sensação de segurança, assim como os incentivos aos movimentos de flexão que são de extrema importância para esses lactentes, ou seja, deve-se equilibrar as necessidades de contenção com as de movimentação. Promover limites está associado com maior eficiência na auto regulação, no controle fisiológico e melhor desenvolvimento neuromuscular. A posição em flexão é considerada um importante elemento para a auto organização do bebê prematuro (Grenier et al, 2003).
11. Com técnicas de manuseio adequado é possível manter os padrões de postura e movimentos anormais sob controle e, ao mesmo tempo, proporcionar ao bebê a experiência de posturas e movimentos decorrentes, primeiramente dirigindo, acompanhando, depois controlando o quanto for necessário e, finalmente, retirando as mãos

SEDE:

Sede - SRTVS Quadra 701 – Ed Palácio do Rádio I – Bloco I – Sala 310 a 314 - CEP: 70340-000 Brasília – DF –
Telefax (61) 3225-3700



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 11ª REGIÃO-CREFITO 11

gradualmente até que a criança assuma completamente os movimentos. Em franca assistência e suporte, que tecnicamente orientado, promove especialização e orientação neurofuncional de modo a induzir padrões e estímulos essenciais para o desenvolvimento de reflexos, o que é fundamentado pelos conhecimentos da neurociência, já que toda célula nervosa tem a capacidade de reagir a estímulos.

12. A experiência clínica, consubstanciada pelos estudos já realizados, demonstram que a frequente repetição e integração destes movimentos, também no manejo diário do bebê, favorece a chance de sobrepor-se à anormalidade, desde que a lesão não seja severa demais.
13. É oportuno destacar que no século XXI, não cabe escusas para a falta de aplicação de ações e conhecimentos que possam minorar a dor humana e melhorar as chances de sobrevivência e de condutas adequadas que impactam o futuro dos seres humanos, especialmente em seus primeiros momentos de vida e de luta pela vida. Ademais, as notícias de limitação do tratamento fisioterápico em ambiente hospitalar, diante de solicitação, pelo médico assistente, de avaliação e tratamento fisioterapêutico, vai contra a legislação vigente.

Conclui-se:

- I. Com base na deontologia e na legislação pertinente entende-se que:
- II. É responsabilidade do fisioterapeuta proporcionar o tratamento fisioterápico respiratório e motor em todos os períodos do dia, de acordo com quadro clínico dos recém-nascidos e crianças.
- III. Destaca-se que, para recém-nascidos e crianças em Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiva, inclusive no período da madrugada, é essencial que estes pacientes também recebam o

SEDE:

Sede - SRTVS Quadra 701 – Ed Palácio do Rádio I – Bloco I – Sala 310 a 314 - CEP: 70340-000 Brasília – DF –
Telefax (61) 3225-3700



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 11ª REGIÃO-CREFITO 11

tratamento fisioterápico motor, com ênfase no posicionamento funcional.

- IV. Em relação aos recém-nascidos prematuros extremos, e totalmente instáveis ao manuseio, o profissional irá realizar condutas de acordo com sua avaliação, em face de sua responsabilidade enquanto profissional legalmente habilitado, intervindo minimamente no seu posicionamento funcional. Afinal esta intervenção tem o objetivo, no prematuro extremo, de estimular o crescimento e desenvolvimento psicomotor em semelhança ao que ele teria se estivesse na vida intra-uterina.

Sabrina Cavalcante Aragão da Silveira

Dra. Sabrina Cavalcante Aragão da Silveira

Membro Integrante da Câmara Técnica Assistencial
do CREFITO-11

**Bibliografia que consubstancia de forma positiva intervenções
fisioterapêuticas em recém nascidos de alto risco.**

1. BOBATH, B., Atividade Postural Reflexa Anormal Causada por Lesões Cerebrais, São Paulo, Manole, 1978.
2. COSTENARO, R.G.S. Ambiente terapêutico de cuidado ao RN internado em UTIN. Florianópolis: Centro Universitário Franciscano, 2001.
3. DIAMANTE, A.; CYPEL, S. Neurologia infantil. Lefèvre. Atheneu, 1996.
4. GRENIER, I. R.: Comparison of motor self-regulatory and stress behaviors of preterm infants across body positions. Am J Occup Ther. V. 57. 2003.

SEDE:

Sede - SRTVS Quadra 701 – Ed Palácio do Rádio I – Bloco I – Sala 310 a 314 - CEP: 70340-000 Brasília – DF –
Telefax (61) 3225-3700



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 11ª REGIÃO-CREFITO 11

5. GUINSBURG R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J. Pediatr. (Rio J.). 1999;75(3):149-60. GRENIER, I. R.: Comparison of motor self-regulatory and stress behaviors of preterm infants across body positions. Am J Occup Ther. V. 57. 2003.
6. KARP, H.; DELL B. The Happiest Baby on the Block. New York. 2002.
7. MENDES, S.M.V. : Atuação da Terapia Ocupacional na Avaliação do Desenvolvimento Sensorio Motor do Prematuro de Risco, 2010.
8. MEYERHOF, E: Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém nascido pretermo. USP - São Paulo, 1996.
9. MONTEROSSO, L, KRISTJANSON L, COLE, J, Neuromotor Development and the Physiologic Effects of Positioning in Very Low Weight Infants, Jognn, 31, p. 138-46, 2002.
10. PORTER, F.L. et al : Tratamento da dor em recém-nascido: estudo com a colaboração de médicos e enfermeiros. American Academy of Pediatrics, V 1, n 13, 1997.
11. RUGOLO, L. M.: Crescimento e Desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo, Rio de Janeiro, 2009.
12. SEGRE, C. et al. Recém-nascido. 4a. Ed. São Paulo: Sarvier, 2002.
13. SILVA, Q.F, O Benefício do Posicionamento dos RN'S de Alto Risco em seu Desenvolvimento Neuro-Motor, 2005.
14. SOPERJ. Manual de flow-up do recém nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Serviço de Informação Científica Nestlé, 1990.
15. SOUZA, A.M.C, FERRARETO, I, MACHADO, P.O, Paralisia

SEDE:

Sede - SRTVS Quadra 701 – Ed Palácio do Rádio I – Bloco I – Sala 310 a 314 - CEP: 70340-000 Brasília – DF –
Telefax (61) 3225-3700



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 11ª REGIÃO-CREFITO 11

Cerebral- Aspectos Clínicos e Ortopédicos, 2008.

- 16.URZÊDA, R. N.; OLIVEIRA, T. G.; CAMPOS, A. M. et al. Reflexos, reações e tônus muscular de bebês pré-termo em um programa de intervenção precoce. Rev. Neurociênc. v. 17, n. 4, p. 319 – 325, 2009.
- 17.VAIVRE-DOURET, L, ENNOURI, K, JRAD, I, et al, Effect of Positioning on the Incidence of Abnormalities of Muscle tone in Low-risk Preterm Infants, Eur J. Pediatric Neurol, 8: p.21-34, 2004.
- 18.VERÇOSA, A. Desenvolvimento Neural e Aprendizagem Motora do Recém nascido e sua Interferência na Evolução das atividades Reflexas. 2001.

SEDE:

Sede - SRTVS Quadra 701 – Ed Palácio do Rádio I – Bloco I – Sala 310 a 314 - CEP: 70340-000 Brasília – DF –
Telefax (61) 3225-3700