

Fundamentos e Práticas da Fisioterapia 8

Bárbara Martins Soares
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)



Bárbara Martins Soares
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)

Fundamentos e Práticas da Fisioterapia 8

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F981 Fundamentos e práticas da fisioterapia 8 [recurso eletrônico] /
Organizadoras Bárbara Martins Soares, Larissa Louise
Campanholi. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. –
(Fundamentos e Práticas da Fisioterapia; v. 8)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-155-8

DOI 10.22533/at.ed.558190703

1. Fisioterapia. I. Soares, Bárbara Martins. II. Campanholi,
Larissa Louise.

CDD 615.82

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A fisioterapia é uma ciência relativamente nova, pois foi reconhecida no Brasil como profissão no dia 13 de outubro de 1969. De lá para cá, muitos profissionais tem se destacado na publicação de estudos científicos, o que gera mais conhecimento para um tratamento eficaz. Atualmente a fisioterapia tem tido repercussões significativas, sendo citada frequentemente nas mídias, demonstrando sua importância e relevância. Há diversas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO): Fisioterapia em Acupuntura, Aquática, Cardiovascular, Dermatofuncional, Esportiva, em Gerontologia, do Trabalho, Neurofuncional, em Oncologia, Respiratória, Traumatológico-Ortopédica, em Osteopatia, em Quiropraxia, em Saúde da Mulher, em Terapia Intensiva. O fisioterapeuta trabalha tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças e lesões, empregando diversas técnicas como por exemplo, a cinesioterapia e a terapia manual, que tem como objetivo manter, restaurar ou desenvolver a capacidade física e funcional do paciente. O bom profissional deve realizar conduta fisioterapêutica baseada em evidências científicas, ou seja, analisar o resultado dos estudos e aplicar em sua prática clínica. Neste volume 8, apresentamos a você artigos científicos relacionados à educação em fisioterapia dermatofuncional, do trabalho, respiratória, em terapia intensiva e em saúde pública.

Boa leitura.

Larissa Louise Campanholi e Bárbara Martins Soares Cruz.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“BLITZ DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE LABORAL”: RELATO DA IMPLANTAÇÃO DE UMA AÇÃO EDUCATIVA	
Maria Amélia Bagatini Larissa Oliveira Spidro Carolina Pacheco de Freitas Thomazi Éder Kröeff Cardoso Luís Henrique Telles da Rosa Nandara Fagundes Rodrigues	
DOI 10.22533/at.ed.5581907031	
CAPÍTULO 2	7
A FALTA DE INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA CAUSADA PELA DEFICIÊNCIA NA INTERAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA UBS EM BELÉM / PA	
Luciana Morais Ribeiro Bianca Teixeira de Sousa Sandrys Karoline Martins Garcia Luana Valéria dos Santos Blois	
DOI 10.22533/at.ed.5581907032	
CAPÍTULO 3	13
A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA NO PERÍODO DE 2007 A 2017	
Elias Elijeydson de Menezes Ana Karoline da Silva Barroso Ana Stefany Dias Rocha Suelen Cynthia Alves Vasconcelos Thalia de Sousa Carneiro Izabel Janaina Barbosa da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.5581907033	
CAPÍTULO 4	24
AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA NA PREVENÇÃO DA PARALISIA CEREBRAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Gabriela Ferreira Oliveira de Souza Thauany Borissi Bueno dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.5581907034	
CAPÍTULO 5	41
ACESSIBILIDADE EM CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA, HOSPITAIS E UNIDADES DE SAÚDE	
Luciana Morais Ribeiro Bianca Teixeira de Sousa Sandrys Karoline Martins Garcia Tereza Cristina dos Reis Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.5581907035	

CAPÍTULO 6 46

ANÁLISE DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA EM TABAGISTAS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

Letícia Câmara de Moura
Felipe Azevedo de Andrade
Luanna Kaddyja Medeiros Azevedo
Maria de Fátima Leão dos Santos
Catharinne Angélica Carvalho de Farias
Robson Alves da Silva

DOI 10.22533/at.ed.5581907036

CAPÍTULO 7 54

ANÁLISE DO ESTRESSE OCUPACIONAL AUTO RELATADO E SINTOMAS OSTEOMUSCULARES EM EMPRESA DE DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARES E EQUIPAMENTOS NO SEGMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS

Daniela Vieira Pinto
Ingrid de Souza Costa
Giovanna Barros Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.5581907037

CAPÍTULO 8 60

ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA DE PARKINSON POR MEIO DO QUESTIONÁRIO PDQ-39: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Thayane Kelly dos Santos Cândido
Marvin Paulo Lins

DOI 10.22533/at.ed.5581907038

CAPÍTULO 9 66

AUTOMEDICAÇÃO NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO: VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS

Maria Amélia Bagatini
Victoria Maria Ritter de Souza
Carolina Pacheco de Freitas Thomazi
Ibsen Diarlei da Silva

DOI 10.22533/at.ed.5581907039

CAPÍTULO 10 78

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO SONO, ESTRESSE E ANSIEDADE EM ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA

Natália Lima Magalhães
Kaliny Caetano Silva
Francelly Carvalho dos Santos
Giliena Barros Alves
Loyhara Ingrid Melo
Renato Mendes dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.55819070310

CAPÍTULO 11 90

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MÚSICOS DA ORQUESTRA SINFÔNICA DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Claudia Adriana Bruscatto
Maiara Menin
Vanessa Camila Plautz
Brenda Gelati Guarese
Natália Casagrande
Andressa Zeni
Jéssica Gabriele Vegher

DOI 10.22533/at.ed.55819070311

CAPÍTULO 12 100

AVALIAÇÃO ERGONÔMICA DO TRABALHO EM DOCENTES DO CURSO DE ANÁLISE DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS

Ananda Scalcon
Bárbara Maica
Jeniffer Sauthier Alves
Marjorie da Silva Rafael
Kemily Oliveira
Tatiana Cecagno Galvan
Carolina Pacheco de Freitas Thomazi

DOI 10.22533/at.ed.55819070312

CAPÍTULO 13 108

ESTUDO ECOLÓGICO DA PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO RIO GRANDE DO NORTE

Isabela Cristina Felismino da Silva
Ricardo Rodrigues da Silva
Adriene Cataline Rodrigues Fernandes
Amanda Raíssa Neves de Amorim
Julyane Caroline Moreira
Cíntia Maria Saraiva Araújo

DOI 10.22533/at.ed.55819070313

CAPÍTULO 14 111

FISIOTERAPIA ATRÁS DAS GRADES: OS DESAFIOS DA PROMOÇÃO EM SAÚDE NO CÁRCERE

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz
Thelma Yara Falca dos Reis
Tatiane Bahia do Vale Silva

DOI 10.22533/at.ed.55819070314

CAPÍTULO 15 122

FORÇA MUSCULAR GLOBAL É FATOR PREDITOR DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM DIALÍTICOS

Viviane Lovatto
Fabiana Santos Franco
Joana Darc Borges de Sousa Filha
Mariel Dias Rodrigues
Patrícia Leão da Silva Agostinho

DOI 10.22533/at.ed.55819070315

CAPÍTULO 16	131
INFLUÊNCIA DA FUNÇÃO PULMONAR SOBRE A DISTÂNCIA PERCORRIDA NO SHUTTLE WALKING TEST EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	
Ana Carolina Zanchet Cavalli Emmanuel Alvarenga Panizzi Fabiola Hermes Chesani Mariana dos Passos Moreira	
DOI 10.22533/at.ed.55819070316	
CAPÍTULO 17	142
LEISHMANIOSE VISCERAL EM FORTALEZA-CE – CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DE 2007 A 2017	
Rodrigo Pereira do Nascimento Izabel Janaína Barbosa da Silva Rebeka Silvino Araújo Ana Beatriz Quinto Mendes Frota Juliana Paula Rebouças Menezes	
DOI 10.22533/at.ed.55819070317	
CAPÍTULO 18	153
LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROCESSO DE INCLUSÃO ESCOLAR	
Jacyara de Oliveira Vanini Fabiola Hermes Chesani	
DOI 10.22533/at.ed.55819070318	
CAPÍTULO 19	162
MENSURAÇÃO DA PRESSÃO DO CUFF NA PREVENÇÃO DA PAV	
Stefhania Araújo da Silva Mikaely Soares da Silva Viviane Maria Bastos Carneiro Firmeza Alessandra Maia Furtado de Figueiredo Dandara Beatriz Costa Gomes Cristiane Maria Pinto Diniz Tannara Patrícia Costa Silva Nayara Caroline Ribeiro de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.55819070319	
CAPÍTULO 20	171
O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL COMO ALIADO NA ESTRATÉGIA DE INTERAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Soraya Sayuri Braga Nohara Aline dos Santos Falconi Sandra Regina Bonifácio Marcelo Geovane Persequino	
DOI 10.22533/at.ed.55819070320	
CAPÍTULO 21	178
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE FUNCIONÁRIOS DE SERVIÇOS GERAIS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	
Thalita da Silva Fonseca Nayana Pinheiro Machado de Freitas Coelho	
DOI 10.22533/at.ed.55819070321	

CAPÍTULO 22	184
PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÕES OSTEOMIOARTICULARES EM PROFESSORES DE UMA ESCOLA DE IDIOMAS DA CIDADE DE MANAUS-AM	
Fernando Hugo Jesus da Fonseca Elisangela Costa Viana Geise Karoline Sales da Cunha Giselle Cristina Sampaio Faria Marleide Muca de Souza Maryellen Iannuzzi Lopes Galuch	
DOI 10.22533/at.ed.55819070322	
CAPÍTULO 23	199
PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E FAMILIARES ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ - RN: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Mateus Dantas de Azevêdo Lima Hélen Rainara Araújo Cruz Vanessa Patrícia Soares de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.55819070323	
CAPÍTULO 24	207
QUALIDADE DE VIDA DE CORTADORES DE CANA-DE-AÇÚCAR NO PERÍODO DA ENTRESSAFRA	
Suelen Marçal Nogueira Menandes Alves de Sousa Neto Doraci Maria dos Santos Trindade Monalisa Salgado Bittar	
DOI 10.22533/at.ed.55819070324	
CAPÍTULO 25	217
TECNOLOGIA ASSISTIVA: PERFIL DE USUÁRIOS DE CADEIRAS DE RODAS	
Fabiola Hermes Chesani Carla Santos Grosskopf Pyetra Prestes Negretti	
DOI 10.22533/at.ed.55819070325	
CAPÍTULO 26	225
VISITA DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA	
Cássia Cristina Braghini Josiane Schadeck de Almeida Altemar	
DOI 10.22533/at.ed.55819070326	
SOBRE AS ORGANIZADORAS	229

AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA NA PREVENÇÃO DA PARALISIA CEREBRAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabriela Ferreira Oliveira de Souza

Fisioterapeuta e Docente no Claretiano - Centro
Universitário de Batatais, SP.

Mestre em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto-USP.

Thauany Borissi Bueno dos Santos

Graduanda do curso de Fisioterapia, Claretiano -
Centro Universitário de Batatais, SP.

RESUMO: Introdução: A Paralisia Cerebral (PC) afeta 2 a cada mil nascidos vivos e pode acontecer nos três momentos da vida da criança, relacionando-se diretamente às suas causas: pré, peri ou pós-natais, sendo que a natureza das lesões cerebrais difere entre os pacientes em localização e extensão e em muitos casos as causas específicas não são identificadas. **Objetivo:** Verificar como configura a assistência prestada à saúde materno-infantil nos sistemas de Saúde Pública no Brasil que possa prevenir a paralisia cerebral. **Método:** Por meio de revisão sistemática com busca nas bases de dados Bibliotecas: Scielo e Lilacs, publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2000 a 2018. Levantou-se 92 artigos científicos e 20 Cadernos de Atenção à Saúde e somente 52 materiais corresponderam aos critérios de inclusão estabelecidos. **Resultados:** Foi possível analisar que a PC apresenta uma incidência considerada alta e está fortemente

associada a questões de Saúde Pública como à falta de acesso e qualidade aos serviços básicos de saúde. Se houvesse prevenção, 40% dos casos poderiam ser evitados, decorrentes de falta e baixa qualidade no pré-natal, traumas no parto, falta de atendimento adequado no pós-parto, doenças infecto contagiosas, principalmente nos pequenos municípios. **Conclusão:** Foi possível obter dados que possibilitem um atendimento individualizado, humanizado desde o pré-natal com qualidade e maior atenção no sentido de prevenir agravos de saúde no binômio mãe-bebê.

PALAVRAS-CHAVES: Gravidez. Fatores de risco. Parto. Recém-Nascido. Paralisia Cerebral.

ABSTRACT: Introduction: Cerebral Palsy affects 2 in 1,000 live births and can happen in the three moments of the child's life, relating directly to their causes: pre, peri or pos-natal, being that the nature of the brain lesions differs between the patients in localization and extension and in many cases the specific causes are not identified. **Objective:** Verify how it configures the assistance provided to maternal-child health in public health systems in Brazil that can prevent cerebral palsy. **Method:** By means of systematic review with search in the databases libraries: Cochrane, Scielo, Lilacs e Pubmed, published in Portuguese, English and Spanish,

from 2000 to 2018. There were 92 scientific articles and 20 Health Care and only 52 materials correspond to the inclusion criteria established. **Results:** It was possible to analyze that the PC has an incidence considered high and is strongly associated with issues of Public Health and lack of access and quality to basic health services. If there was prevention, 40% of the cases could be prevented if there was, due to lack and low quality in pre-natal, traumas in childbirth, lack of adequate care in postpartum, contagious infectious diseases, especially in small municipalities. **Conclusion:** It was possible to obtain data that allow an individualized service, humanized from the pre-natal with quality and greater attention to prevent health problems in the mother-baby binomial.

KEYWORDS: Pregnancy. Risk factors. Childbirth. Newborn. Cerebral Palsy.

1 | INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) ou Encefalopatia Crônica não Progressiva Infantil (ECNPI) é a deficiência física grave mais comum na primeira infância, caracterizando-se como PC as lesões antes dos dois anos de idade e Lesões Encefálicas Infantis Adquiridas (LEIAS) após os dois anos.

Define-se a PC como consequência de uma lesão não progressiva que afeta o cérebro fetal ou infantil durante sua fase de maturação e estruturação, ou seja, quando este ainda está em seu período de desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Além dos déficits motores e problemas musculoesqueléticos secundários pode vir frequentemente acompanhada por distúrbios visuais, auditivos, sensoriais, cognitivos, comportamentais, além de linguagem e comunicação e epilepsia (ROSENBAUM et al. 2007 apud BRASIL, 2013).

Por não ser encontrada nenhuma causa específica para a PC, Navais e Araújo (2008) afirmam que estas lesões apresentam etiologia multifatorial ocorrida nas fases pré-concepcionais, pré-natais, intraparto ou pós-natais, sendo que a natureza das lesões cerebrais difere entre os pacientes em localização e extensão e em muitos casos as causas específicas não são identificadas.

A prevalência geral da patologia varia de 1,5 a 5,9 para cada 1.000 nascidos vivos nos países desenvolvidos, e nos países em desenvolvimento seja de 7 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2013; MCLNTYRE et al, 2011; NOVAK, 2014).

Dado o interesse em encontrar um fator etiológico determinante para a PC, existe a necessidade premente em se analisar as formas de prevenção da PC no âmbito das políticas públicas de saúde e setores de saúde, tanto pela intervenção precoce dos fatores de risco, como pelo incentivo aos possíveis fatores protetores para esta lesão.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar como se configura a assistência prestada à saúde materno-infantil nos sistemas de Saúde Pública no Brasil para a prevenção da Paralisia Cerebral

2 | MÉTODO

Para o desenvolvimento do presente estudo de revisão sistemática, utilizaram-se as bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), publicados em português, inglês e espanhol, no período temporal de 2000 a 2018. Levantou-se 92 artigos científicos e 20 Cadernos de Atenção a Saúde, sendo excluídos 60 artigos, finalizando com 52 materiais que corresponderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

A partir dos descritores utilizados foram encontrados 52 materiais científicos, distribuídos de acordo com a tabela 1.

32	Artigos científicos
20	Cadernos de Atenção à Saúde

Tabela 1. Materiais elencados para a pesquisa

Para a elaboração do estudo, verificou-se artigos com informações relacionadas às possíveis causas pré-natais, perinatais e pós-natais para o desenvolvimento de paralisia cerebral, mas sobretudo que abordassem a questão norteadora da pesquisa: como são as práticas de atenção à saúde materno-infantil disponíveis na literatura científica desenvolvidas nos sistemas de saúde pública no Brasil para a prevenção de lesões neurológicas como a Paralisia Cerebral?

Foram utilizados os seguintes descritores controlados: Fatores de Risco, Paralisia Cerebral, Pré-Natal, Humanização e Serviços de Saúde, seguido da leitura e análise do material, o que permitiu a identificação do que seria utilizado, e posteriormente a montagem do estudo em questão, de acordo com todas as reflexões realizadas.

3 | RESULTADOS

Os estudos apontam que investimentos em prevenção e promoção à saúde devem contemplar políticas públicas por meio de programas de ampla abrangência, como já preconizado pelo Ministério da Saúde.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde (MS) e formulado pela Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) preconiza ações educativas à gestante no para vivenciar com segurança tal período (NAVAIS e ARAÚJO, 2008; BRASIL, 2004).

Frente a diversos desafios como a qualidade dos cuidados pré-natais, o Ministério da Saúde, buscando organizar e qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir as taxas elevadas de morbimortalidade materno-infantil. Instituiu-se a Rede Cegonha em 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à

gravidez, parto e ao puerpério, e o direito à criança o ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável de zero aos vinte e quatro meses (BRASIL, 2016).

Organizando assim a Rede de Atenção Materna Infantil, qualificando o atendimento no período gravídico-puerperal, mantendo conduta linear nos diferentes pontos de atenção, desde o atendimento, a estratificação de risco, referência, fluxo de atendimento e competências das equipes e profissionais de saúde. A partir da avaliação da necessidade de cada usuária, e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes de atenção como a Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, certificando esta garantia a todas as gestantes, conforme a organização loco regional da linha de cuidado materno-infantil (BRASIL, 2012; NETO, 2015).

A Promoção de Saúde Materno-Infantil é incentivada primeiramente pela oferta e incentivo à avaliação pré-concepcional com consultas ao casal antes da gravidez, na identificação de fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal da futura gestação, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Neste período também se indica a administração preventiva de ácido fólico a 5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (BRASIL, 2012).

Visto que o período gestacional é um fenômeno fisiológico e o acompanhamento e acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre gestacional tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2016).

De acordo com Brasil (2012) alguns fatores de risco do pré-natal de risco podem ser acompanhados na atenção básica, e outros indicam encaminhamento ou encaminhamento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde, a citar os fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica, fatores de risco que indicam encaminhamento da gestante ao pré-natal de alto risco, fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica e fatores de risco ao nascer.

Outra ferramenta dos cuidados pré-natais para acompanhamento e predição de riscos é a ultrassonografia que permite a avaliação da saúde fetal por meio de parâmetros biométricos e avaliação do líquido amniótico, determinando a idade gestacional, auxiliando na detecção precoce de gestações múltiplas, o tipo de placentação nestes casos, malformações fetais clinicamente não suspeitas e restrição de crescimento fetal. Estas condições colocam o feto em maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e complicações neonatais, paralisia cerebral e doenças crônicas na vida adulta (SILVEIRA et al, 2016; BRASIL, 2012).

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou o manual “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher”, recomendando a utilização do Mapa de Registro Diário, instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal e a Ficha Perinatal

que contém os principais dados do acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido (RN) e do puerpério.

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 no âmbito do SUS, é um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento. Fomenta a articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, a qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, na melhoria da ambiência dos serviços de saúde nas UBS e maternidades, na ampliação de serviços e profissionais, a prática do parto fisiológico e humanizado como as casas de parto normal, enfermeira obstétrica, parteiras e casa da mãe e do bebê (BRASIL, 2012).

Esse enfoque proposto vem da perspectiva do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria/GM nº 569 de 1 de junho de 2000, objetivando a atenção integral à saúde da gestante, do acolhimento imediato e garantia de atendimento em todos os níveis de atenção à saúde na primeira semana após o parto e na consulta puerperal, até o 42º dia após o parto, a todos os RN e gestantes e puérperas (BRASIL, 2012).

Desde a atenção básica à vinculação à central de regulação obstétrica e neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do RN nos casos de demanda excedente começando pela transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado pelo SAMU mediante vaga assegurada em outra unidade, do atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas e outras.

Do registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SisPréNatal, inclusive com preenchimento da Ficha Perinatal, abordando a história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar, o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, de possível anomalia ou malformação congênita (BRASIL, 2012).

Dando continuidade, inicia-se no Brasil em 2000 o Método Canguru, com publicação do MS da Norma de Atenção Integral e Humanizada ao RN Grave ou Potencialmente Grave, pelas Portarias n. 1.683, de 12 de julho de 2007 e Portaria MS/GM n. 930, de 10/05/2012 criando o conceito de unidade neonatal.

Orienta o atendimento humanizado nas unidades neonatais do Brasil, promovendo intervenções ambientais e a preocupação para com o profissional-cuidador, aproximando as pessoas que frequentam o espaço da UTI neonatal e as diversas instituições responsáveis pelo cuidado do RN pré-termo (RNPT) e amparo a sua família (BRASIL, 2015).

Define-se a posição canguru em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares, realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

As estratégias usadas no método são o contato pele a pele e a posição canguru, o cuidado individualizado ao RNPT, a participação da família nos cuidados ao bebê, o incentivo e o apoio a amamentação, intervenções nos cuidados e manuseio voltados para o desenvolvimento neuropsicomotor do RNPT e a aplicação do protocolo de dor.

Quanto aos locais de parto, não se encontram diferenças estatísticas no risco de encefalopatia neonatal em estudos entre partos domiciliares aos em maternidades, bem como o maior risco nos partos vaginal instrumental e parto vaginal espontâneo em relação à cesariana. Também um maior risco de resultados neonatais adversos como encefalopatias entre as nulíparas com parto domiciliar do que em ambiente hospitalar em relação às múltiparas.

Para tanto, as diretrizes governamentais recomendam que as nulíparas sejam orientadas a ter o seu parto em unidades de parto, manejado por enfermeiras obstétricas ou obstetrias é tão seguro para a criança quanto o nascimento em uma maternidade baseada em hospital (BRASIL, 2016).

Segundo Cabreira (2015) em se tratando dos tipos de parto, a cesariana, quando realizada, desnecessariamente, é uma intervenção e também uma forma de má prática obstétrica, aumentando a taxa de mortalidades materna devido às complicações e riscos para a saúde dos conceptos, devido à retirada prematura e ao excesso de procedimentos cirúrgicos

Sobre os desfechos neonatais, estudos que compararam mulheres com parto vaginal instrumental, cesariana imediata e tentativa de parto vaginal e depois cesariana, verificaram que houve mais admissões em unidade neonatal no grupo de cesariana comparado com o grupo de parto vaginal instrumental.

Evidências de alta qualidade apontam que o parto vaginal assistido por ventosa, ou vácuo-extrator, quando comparado com o fórceps está mais associado com falha do uso, menos trauma perineal/genital e menos dor perineal a curto e longo prazo, porém com maior incidência de cefalohematoma e hemorragia retiniana do RN. Quando há falha com o uso de um primeiro instrumento, há um aumento na incidência de trauma nos RN com o uso de instrumentos sequenciais (BRASIL, 2016).

Em relação ao início da assistência ao trabalho de parto e internação, orienta-se que retardar a admissão das mulheres para a fase ativa do trabalho de parto reduz intervenções, com possível redução de morbidade materna e neonatal. O tempo de deslocamento de casa para a maternidade deve ser levado em consideração quando se aconselhar uma mulher a voltar para casa na fase de latência do trabalho de parto.

É recomendação segundo Silveira et al. (2008) admitir para assistência hospitalar a gestante que estiver em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical).

A administração rotineira de ocitocina após analgesia regional não é recomendada, agregando potenciais efeitos adversos sem benefício, como o aumento do número de bebês com baixo escore de Apgar e necessitaram de um nível maior de ressuscitação do que aqueles do regime tradicional (mantidas com bolos de 0,25% de bupivacaína) (BRASIL, 2016).

Outros cuidados mencionam o acompanhamento da movimentação e a frequência cardíaca fetal, observações e acompanhamento no progresso de trabalho de parto e realizar o partograma, análise de sinais de risco maternos e fetais, monitoramento e assistência da parturiente e RN imediatamente após o parto. O número de exames vaginais na ausência de contrações e o exame especular sem o diagnóstico de ruptura das membranas está associada à sepse neonatal (BRASIL, 2016).

No segundo período do parto, o período expulsivo, é indicado a realização de puxos espontâneos em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos e caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, devendo oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como mudança de posição, esvaziamento da bexiga, suporte e encorajamento.

Quanto à duração do segundo período do trabalho de parto e os desfechos maternos e perinatais, algumas evidências mostram que o segundo período prolongado, mais de 120 minutos, está associado a várias intervenções médicas, baixo índice de Apgar no 1º. e 5º. minutos, convulsões neonatais ou internação em UTIs neonatais (BRASIL, 2016).

São considerados condições de violência obstétrica por Barros, Castro e Rodrigues (2018) se não bem indicadas, a episiotomia e a manobra de Kristeller, e descritos como danosos à saúde da mulher e fator de risco de morbidade materna e fetal, escrita na RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.

Na assistência neonatal imediata em casos de alto risco, preconiza-se as práticas de reanimação neonatal, dado um em cada 10 RN necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar ou manter movimentos respiratórios efetivos, um em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca e um em cada 1.000 RN necessita de intubação traqueal, massagem e medicações.

Nos primeiros minutos deve-se realizar o índice de Apgar, avaliando a condição do RN a fim de determinar a necessária de reanimação de acordo com as orientações nacionais em reanimação neonatal, e um preditor de nível moderado para morte neonatal e baixo nível de evidência de desenvolvimento de PC no exame ao quinto minuto (BRASIL, 2016).

A medida do pH de sangue do cordão umbilical que tem sido avaliado como um preditor de resultados ruins neonatais, e dessa forma, indicar encefalopatia hipóxico isquêmica moderada e grave, de mortalidade neonatal, convulsão e necessidade de internação em UTI neonatal. Quanto ao clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, é que o suprimento com oxigênio ao RN pela transfusão de sangue da placenta ocorre enquanto o cordão umbilical ainda está pulsando. Supõe-se que a passagem de sangue no primeiro minuto pode contribuir para um melhor êxito das manobras de reanimação no neonato.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto ressalta que estejam disponíveis em todos os ambientes de nascimento, equipamentos e medicações para a reanimação e para a transferência do RN para outro local, com a presença de pelo menos um médico

habilitado em reanimação, durante as 24 horas do dia, nos estabelecimentos de saúde que realizam partos e ainda desenvolver fluxogramas de referência de emergência (BRASIL, 2016).

Importante ressaltar a vigilância cuidadosa da vitalidade fetal no período anteparto e intraparto, considerado mais lesivo ao feto, correspondente às três horas do trabalho de parto, depreciando-se as intercorrências de todo o período gestacional prévio. Existem métodos de monitorização do estresse hipoxêmico fetal, mas questiona-se qual o início do evento asfíxico, suas causas e o momento em que houve a injúria cerebral.

Entre os métodos assistenciais utilizados tem-se a cardiotocografia que é a medida do pH sanguíneo da artéria umbilical imediatamente após o nascimento, a contagem das hemácias nucleadas, a contagem das plaquetas, o estudo da disfunção de órgãos no período neonatal no SNC, fígado, rins, porém não sendo de absoluta segurança para garantir evolução neurológica favorável ou, de forma inversa, prognosticar o comprometimento neurológico neonatal.

Sendo observado por Myadahura, Francisco e Zugaib (2006) a identificação do início da lesão neurológica, a Childbirth Injury Prevention Foundation indica a monitoração da frequência cardíaca fetal e dos movimentos fetais no período antenatal e no período pós-natal, a contagem das hemácias nucleadas e o seu clearance, contagem de plaquetas, início das convulsões, disfunções orgânicas e a localização da lesão cerebral.

Associando a isto, a Internacional Consensus Criteria (ICC) definiu critérios essenciais que são $p < 7$ e déficit de bases > 12 mM/L, início precoce da encefalopatia em RN > 34 semanas, paralisia cerebral e critérios não essenciais pelos eventos hipoxêmicos sentinelas imediatamente antes do parto ou intraparto, alterações na cardiotocografia, Apgar de 0 a 6 por mais de 5 minutos, evidência de envolvimento multissistêmico precoce e imagem precoce de edema cerebral.

O Neonatal Encephalopathy Committee Opinion em 2003, acrescenta aos critérios mencionados um quinto critério, que é a exclusão de outros fatores identificáveis como o trauma, coagulopatias, infecções e doenças genéticas.

Para Myadahura, Francisco e Zugaib (2006) tais procedimentos são fundamentais para a orientação dos profissionais envolvidos quanto ao exato momento e à gravidade dos insultos asfíxico, essenciais para o diagnóstico de outras causas importantes de injúrias neurológicas graves do RN.

E a necessidade de suporte ventilatório invasivo à prematuros em UTI neonatal, cuidados profiláticos à instalação da sepse, relacionada à leucomalácia periventricular (LPV), uma das causas de PC.

São indicados segundo Silveira et al. (2008) corticoterapia antenatal para redução da hemorragia cerebral grave, pois acelera a maturação da região da matriz germinativa, aumenta a pressão arterial sistêmica com melhor perfusão cerebral e sua função anti-inflamatória, parecendo associar-se com casos menos graves de PC.

Alguns RN trazem algumas características associadas a um maior risco de morbimortalidade e os profissionais de saúde devem identificar possíveis alterações ainda na maternidade e recomendar a priorização do seu acompanhamento na atenção básica, inclusive com busca ativa (BRASIL, 2012).

Na assistência pós-natal, o planejamento das ações da equipe de Atenção Básica, deve-se estimular, desde o pré-natal, o retorno precoce da mulher e do RN ao serviço de saúde após o parto, devendo estar atenta e preparada para apoio materno-infantil, reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, ou da possibilidade de ocorrência de problemas surgidos no pós parto como a detecção de lesões neurológicas neonatais, utilizando dos recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com qualquer situação citada (BRASIL, 2016).

No que se refere à paralisia cerebral e as causas pós-natais, Cans et al. (2004) as consideram evitáveis, norteadas para medidas de saúde pública na promoção de saúde, imunização, reduzir traumatismos acidentais e não acidentais e favorecer programas educacionais sobre a gravidade de infecções em crianças novas.

Segundo Maia, Pessoa e Soares (2014) a Estratégia de Saúde da Família deve assumir o papel de responsabilidade social na atenção à Saúde da Criança no pós-parto, com calendário mínimo de consultas de Puericultura até o 2º ano.

A Vigilância do Desenvolvimento e a abordagem ao bebê com suspeita de PC visa identificar quando o desenvolvimento não está ocorrendo dentro do que seria esperado e encaminhá-lo para os especialistas como o neuropediatra e para a equipe de reabilitação (BRASIL, 2015).

4 | DISCUSSÃO

Apesar da multifatorialidade etiológica da PC, os estudos ressaltam a melhora na qualidade e na assistência ao parto, com investimentos para a melhoria na saúde materna, o acesso ao adequado pré-natal, na prevenção de intercorrências e acidentes durante a gravidez e a importância do cuidado peri e pós natal (NELSON e BLAIR, 2015).

Fatores pré-natais conhecidos podem aumentar diretamente o risco de paralisia cerebral ou interagir com outras exposições ou eventos intraparto que aumentam os riscos. A avaliação do tempo de início dos distúrbios cerebrais subjacentes à paralisia cerebral não é direta, porque as anormalidades que ocorrem no início da gravidez influenciam a probabilidade de complicações posteriores.

Toledo et al. (2015) discutem a importância da vigilância epidemiológica ativa da PC, referida e recomendada enquanto indicador dos cuidados de saúde e como uma das ações de primeiro plano para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, intervenção e acompanhamento, como os dados epidemiológicos auxiliam o desenvolvimento de campanhas de prevenção em Saúde Pública.

São essenciais o conhecimento e a análise, entre outros, do perfil dos

nascimentos, das intercorrências e mortes, assim como de indicadores assistenciais como as frequências de cesarianas, prematuridade, baixo peso ao nascer, a asfixia ao nascer e mães adolescentes e com baixa escolaridade e os índices de mortalidade. A avaliação da assistência utilizando a informação é importante para as mudanças na situação de saúde e doença da população e para a redução das disparidades sociais (BRASIL, 2012).

Para tanto, discute-se a fragilidade na rede quanto aos processos de acompanhamento da mulher no pré-natal, parto e pós-parto, nas ações do planejamento reprodutivo e saúde sexual, bem como no acompanhamento do RN de risco e ações do crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2014).

Só foi possível identificar mudanças concretas nos índices de morbimortalidade infantil e firmar compromissos internos e externos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao RN quando a sociedade tomou consciência da situação da criança e os serviços públicos se responsabilizaram pelas mesmas (BRASIL, 2014).

Sendo o período neonatal, o momento de grande vulnerabilidade na vida e responsável pela maioria dos casos de PC, concentrando-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de maiores cuidados, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

As desigualdades persistentes entre regiões e classes sociais, acarretam taxas maiores de doenças entre os pobres. Para promoção de equidade, portanto, é preciso maior empenho dirigido à população com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, menor escolaridade, maior vulnerabilidade e maior necessidade de atenção integral qualificada, resolutiva e continuada de saúde (BRASIL, 2012).

Batista et al. (2015) mencionam que as doenças gestacionais causadoras da PC são evitáveis, culminadas pelo baixo acesso aos exames complementares e ao pré-natal pouco sensível, ou muitas vezes ao acometimento da gestante por essas doenças no início da gestação, fazendo com que o tratamento seja ineficiente, não podendo evitar mais as sequelas. Como prevenir qualquer restrição ao desenvolvimento intrauterino a exemplo da nutrição materna que está relacionada ao baixo peso ao nascer e à prematuridade.

Lembrando que a manutenção da homeostase durante todo o desenvolvimento embrionário é crucial ao desenvolvimento do cérebro e estabilidade autonômica, a maturidade motora, organização do estado e a atenção-interação e autorregulação.

Segundo a Associação Brasileira de Paralisia Cerebral, não existe um exame único para o diagnóstico da PC, sendo, portanto, fundamental o acompanhamento médico em todo o ciclo vital, visando o diagnóstico e tratamento precoces para um menor número de complicações, pois, se ainda não se pode erradicar a causa desta enfermidade, precisa-se minimizar-lhes os efeitos (BRASIL, 2012).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de

atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde, ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da atenção básica com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil.

Com a melhoria nas técnicas de cuidados em geral, o resultado do prognóstico de sobrevivência e qualidade de vida de bebês prematuros tem melhorado nos últimos anos, com taxa de sobrevivência significativa, porém, com maiores riscos de desenvolverem afecções neurológicas, o que pode explicar porque a incidência de disfunções mais severas como na paralisia cerebral permanece inalterada nos últimos 20 anos.

Na assistência profissional ao parto a vigilância é importante para se determinar o momento de danos e quando a mulher deve ser transferida para níveis mais complexos de assistência (BRASIL, 2016).

O parto normal, tornado cada dia mais medicalizado e centralizado em processos patológicos que por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro lado permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e RNs a altas taxas de intervenções (BRASIL, 2016).

Em busca da oferta de adequados e humanizados serviços de saúde, prima-se também pelo sistema ágil de referência hospitalar, o sistema de regulação dos leitos obstétricos e plano de vinculação da gestante à maternidade, além da qualificação da assistência ao parto, humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco. Bem como os recursos ao parto, a insuficiente quantidade de obstetras, enfermeiras obstétricas e obstetrizes em atividade no país, profissionais chave na assistência ao parto.

Ainda não possuímos em todo o território nacional, a assistência obstétrica ideal, embora o Ministério da Saúde pela Secretaria de Atenção à Saúde, pela portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, tenha instituída diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS, muitos hospitais públicos brasileiros, em especial os mais pobres, essa portaria não é cumprida (BRASIL, 2012).

No Brasil, a asfixia e hipóxia representam as principais causas de PC e mortalidade neonatal com indicação de monitoração do bem-estar fetal intraparto pela adequação da oxigenação fetal durante o trabalho de parto e conseqüentemente preveniu os danos resultantes da interrupção da transferência de oxigênio do ambiente para o feto (BRASIL, 2016).

Para os eventos pós-natais evidenciam o atendimento médico e hospitalar muitas vezes inadequado, ou alguma intercorrência no ciclo gravídico puerperal ou no RN, dada a demanda das condições clínicas apresentadas principalmente por crianças nascidas antes da correta maturação neurológica.

Um estudo de Wu et al. apontou o papel dominante da infecção como um fator etiológico na paralisia cerebral pós-natal, pois 26% das crianças desenvolveram PC

através de anomalias como restrição ao aumento intrauterino com peso ao nascimento < 5% para a idade gestacional (14%), má-formação cerebral (10%), outras anomalias congênitas (4%) e infecção congênita por citomegalovírus (1,6%) (ZANINI, GEMIN e PERALLES, 2009).

Outras intervenções protetoras observadas por O'shea (2008) na redução da prevalência de PC incluem intervenções para diminuir o risco de parto prematuro, esteróides pré-natais administrados a mães prematuras, tratamento de mães com menos de 30 semanas de gestação com sulfato de magnésio (MgSO₄) com eficácia na neuroproteção e com menos de 36 semanas de gestação com glicocorticóides (por exemplo, β-methasona) e cafeína para recém-nascidos de extremo baixo peso

O Colégio Americano de obstetras e ginecologistas concluem que o uso de MgSO₄ no pré-natal oferece uma oportunidade para melhorar o desenvolvimento neurológico e prognóstico de fetos destinados a parto nas primeiras idades gestacionais (QUEENAN, SPONG e LOCKWOOD, 2015).

O folato peri-concepcional tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural e deve ser usado rotineiramente pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses da gestação (BRASIL, 2012).

Os estudos de Pato et al. (2002) e Miranda e Miranda (2016) sugerem também o uso de hipotermia por neonatos diagnosticados com encefalopatia hipóxico-isquêmica e a monitorização fetal eletrônica utilizada para a detecção precoce de hipóxia, isquemia ou outras condições de sofrimento fetal.

Outros fatores protetores mencionados são a manutenção da boa saúde, com a regularidade da alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular, aliadas ao controle do peso, na redução do risco de doenças, evitar hábitos prejudiciais à sua saúde e ao crescimento e desenvolvimento fetal e na melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Investigações clínicas na pesquisa em genética e genômica, teratologia, e neurociência do desenvolvimento estão caminhando para levar a uma maior compreensão do cérebro na paralisia cerebral e outras perturbações do neurodesenvolvimento (NELSON e BLAIR, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Paralisia Cerebral representa um problema atual, fortemente associada a questões de Saúde Pública e com incidência alta apesar dos avanços da medicina.

O estudo permitiu uma análise e reflexão acerca do pré-natal e seguimento no Brasil, onde as principais causas da paralisia cerebral foram relacionadas à falta de acesso e qualidade e ao seguimento a serviços de saúde materno-infantis, principalmente nos pequenos municípios.

Foi possível observar que a atenção primária é o espaço de atenção mais

apropriado para a implementação dos cuidados materno-infantis, buscando uma assistência pré-natal adequada, contínua e regular, com aconselhamentos maternos adequados e capazes de diagnosticar fatores de risco e fazer a intervenção necessária quando for o caso.

O cuidado familiar pode estar sendo negligenciado por todos os níveis de atenção em saúde, pois desde serviços básicos à tecnologias e processos novos infelizmente ainda não chegam para todos.

A ausência de uma rede de atenção à saúde organizada e estruturada para esse público específico em todo o território nacional, em muitos locais ainda está em processo de implantação e em outros está em vias de projetos.

Além disto, constatou-se que o início da prevenção da PC pode ser antes do início da gravidez, pelo planejamento familiar, a educação sexual e orientações, almejando a prevenção desta e de outros agravos aos jovens e futuras mães, inclusive ser iniciado com o início da vida sexual dos adolescentes.

Próximo as gestante, parturiente e puérperas, a forma como o profissional da saúde, incluindo o fisioterapeuta, se disponibiliza para a família promove conhecimentos, auto cuidado e a mesma a expressar suas necessidades e e com isto receber intervenções profissionais específicas propiciando o empoderamento das mesmas. Pois promover saúde é um cuidado protetivo.

É preciso um investimento laborioso na prevenção e que atitudes sejam estimuladas para conter o crescimento da paralisia cerebral, inclusive agilizar o diagnóstico e tratamento, o que evitaria sequelas maiores.

Diante disto, é possível um atendimento individualizado, humanizado em todos os níveis de atenção com qualidade no sentido de prevenir agravos de saúde no binômio mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

ASSIS-MADEIRA, E. A.; CARVALHO, S. G. de. *Paralisia cerebral e fatores de risco ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica*. São Paulo: Cadernos de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento, v. 9, n. 1, p. 142-163, 2009.

ASSIS-MADEIRA, E. A.; CARVALHO, S. G.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. *Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de níveis socioeconômicos alto e baixo*. São Paulo: Revista Paulista Pediatra, v. 31, n. 1, jan./mar., 2013.

BARROS, T. C. X. de; CASTRO, T. M. de; RODRIGUES, D. P. et al. *Assistência à Mulher para a Humanização do Parto e Nascimento*. Recife: Rev. Enferm. UFPE - on line, v. 12, n. 2, p. 554-558, fev., 2018.

BATISTA, R. I.; LUCAS, V. I. S.; SILVA, J. B.; MESQUITA, V. J. P.; DIAS, H. F.; BUENO, H.; FARIA, T. A. *Perfil epidemiológico de patologias em pacientes atendidos na APAE de Paracatu-MG, com diagnóstico de má-formação congênita associadas à fatores de risco materno*. Paracatu: **Revista de Medicina da Faculdade Atenas; v. 9, n. 2, 2015.**

BETTIOL, H. S.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. da. *Epidemiologia do nascimento pré-termo:*

tendências atuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010.

BORBA, G. G.; NEVES, E. T.; ARRUE, A. M.; SILVEIRA, A. da.; ZAMBERLAN, K. C. *Fatores associados à morbimortalidade neonatal: um estudo de revisão*. Santa Maria: Saúde Santa Maria, v. 40, n. 1, p. 09-14, jan./jul., 2014.

BRASIL. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, n. 33 (Cadernos de Atenção Básica), p. 272, 2012.

BRASIL. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2012.

BRASIL. *Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. *Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia*. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. *Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. 5. ed. Brasília: Ministério Da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, jan., 2016.

BRASIL. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, S. de J. *Perfil epidemiológico das mães dos prematuros atendidos na UTI neonatal*. 37 ed. *Revista Bionorte*, v. 5, n. 2, jul., 2016.

CABREIRA, G. G. *Boas práticas no trabalho de parto e parto*. Porto Alegre: Trabalho de Conclusão apresentado à disciplina de TCC II do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

CANS, C.; McMANUS, V.; CROWLEY, M.; GUILLEM, P.; PLATT, M. J.; JOHNSON, A.; ARNAUD, C. *Cerebral palsy of post-neonatal origin: characteristics and risk factors*. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 18, p. 214-220, 2004.

COSTA, S. M.; COSTA, G. M.; RAMOS, J. G. L. *Parto, encefalopatia neonatal e paralisia cerebral*. *Revista Femina*, v. 37, n. 4, abr., 2009.

DIAS, B. R.; PIOVESANA, A. M. S. G.; MONTENEGRO, M. A.; GUERREIRO, M. M. *Desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes filhos de mães que apresentaram hipertensão arterial na gestação*. São

Paulo: Arq. Neuro-Psiquiatria, v. 63, n. 3a, set., 2005.

FERREIRA, M. T. S. *Incidência de crianças com Paralisias Cerebrais atendidas a Clínica Escola de Fisioterapia da Unicatólica*. Expressão Católica Saúde, v. 1, n. 1, jul./dez., 2016.

FREITAS, P. M. de.; ROCHA, C. M.; HAASE, V. G. *Análise dos preditores do estado psicológico das mães de crianças com estudo de pesquisa psicológica*. Rio de Janeiro: Estudo de Pesquisa, v. 14, n. 2, 2014.

GUIMARÃES, C. I.; PIZZOLATTO, T. C. de O.; COELHO, A. C. S.; FREITAS, S. T. de. *Aspectos clínicos epidemiológicos de crianças com paralisia cerebral assistidas pela clínica escola de Fisioterapia UNIP-São José dos Campos*. São José dos Campos: J. Health Sci. Inst., v. 32, n. 3, p. 281-285, 2014.

GRAÇÃO, D. C.; SANTOS, M. G. M. *A percepção materna sobre a paralisia cerebral no cenário da orientação familiar*. Fisioter. Mov., v. 21, n. 2, p. 107-113, abr./jun., 2008.

MAIA, E. C.; PESSOA, F. S.; SOARES, W. L. (Org.). *Saúde da criança e a Saúde da Família: atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida*. São Luís: MA., Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA, 2014.

MANHÃES, J. S. F.; PEREIRA, N. F.; FERNANDES, S. C.; ALVES, A. de S.; SOUSA, L. L. C. de.; SHIMODA, E. *Fisioterapia e educação em saúde: relação entre gravidez precoce e o bebê de risco*. Rio de Janeiro: Adolescência & Saúde, v. 8, n. 3, p. 27-34, jul./set., 2011.

MCLNTYRE, S.; MORGAN, C.; WALKER, K. & NOVAK, I. *Cerebral palsy-don't delay*. Developmental Disabilities Research Reviews, v. 17, Issue 2, p. 114–129, 2011.

MIRANDA, M. P. P. M.; MIRANDA, V. D. Z. *Sulfato de Magnésio para Neuroproteção Fetal*. Comitê de Neonatologia e Reanimação Neonatal da SMP, Boletim Científico Online, v. 12, ano 2, n. 11, dez., 2016.

MIYADAHIRA, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. *Exames relacionados à Asfixia no parto e a paralisia cerebral*. Revista Assoc. Med. Brás., v. 52, n. 3, p. 125-137, 2006.

MORILLA, C. M.; CALDAS, C. A. C. T.; SCARPELLINI, A. C. A. V.; SANTOS, P. L. dos. *Recursos familiares e promoção do desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral*. J. Hum. Growth. Dev., v. 27, n. 2, p. 166-174, 2017.

NAVAIS, M. C.; ARAÚJO, A. *Conhecimento sobre paralisia cerebral em crianças por parte das mães atendidas em uma unidade básica de saúde*. Revista Min. Enferm. v. 12, n. 1, p. 99-103, jan./mar., 2008.

NELSON, K. B.; BLAIR, E. *Uncertain Value of Electronic Fetal Monitoring in Predicting Cerebral Palsy Prenatal Factors in Singletons with Cerebral Palsy Born at or near Term*. New English Journal Medicine, v. 373, n. 10, sept., 2015.

NETO, M. C. *Atenção ao Pré Natal Risco Habitual*. Caderno de Atenção ao Pré-Natal Risco. Departamento de Atenção Primária à Saúde, 2015.

NORONHA, L. de.; MEDEIROS, F.; MARTINS, V. D. M.; NONES, R. B.; SEPULCRI, R. P.; PREVEDELLO, L. M. S.; SAMPAIO, G. A.; SERAPIÃO, M. J.; TORRES, L. F. B. *A neuropatologia no período neonatal: análise de 1616 casos de necropsia*. Arq Neuropsiquiatria, v. 59, n. 2B, p. 411-416, 2001.

NOVAK, I. *Evidence-based diagnosis, health care, and rehabilitation for children with cerebral palsy*. Journal of Child Neurology, v. 22, jun., 2014.

- O'SHEA, T. M. *Diagnosis, Treatment, and Prevention of Cerebral Palsy in Near-Term/Term Infants*. Clin. Obstet. Gynecol., v. 51, n. 4, p. 816–828, dec., 2008.
- PATO¹, T. R.; PATO², T. R.; SOUZA, D. R. de; LEITE, H. P. *Epidemiologia da paralisia cerebral*. Acta Fisiátrica, v. 9, n. 2, p. 71-76, 2002.
- PEDROSO, C. N. L. da S.; FÉLIX, M. A. *Percepção dos pais diante do diagnóstico e da abordagem fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral*. Porto Alegre: Revista Ciência & Saúde, v. 7, n. 2, p. 61-70, mai./ago., 2014.
- PIOVESANA, A. M. S. G.; MOURA-RIBEIRO, M. V. L. de.; ZANARDI, V. de A.; GONÇALVES, V. M. G. *Hemiparetic Cerebral Palsy: Etiological risk factors and neuroimaging* São Paulo: Arq. Neuro-Psiquiatria, v. 59, n. 1, mar., 2001.
- QUEENAN, J. T.; SPONG, C. Y.; LOCKWOOD, C. J. *Protocols for high-risk pregnancies: an evidence-based approach*. Sixth edition, WQ 240, 2015.
- SANTOS, A. F. dos. *Paralisia Cerebral: uma revisão da literatura*. Montes Claros: Rev. Unimontes Cient., v. 16, n. 2, jul./dez., 2014.
- SANTOS, R. M.; MASSI, G.; WILLIG, M. H.; CARNEVALE, L. B.; BERBERIAN, A. P.; FREIRE, M. H. S.; TONOCCHI, R.; CARVALHO, T. P. *Crianças e adolescentes com paralisia cerebral na perspectiva de cuidadores familiares*. Rev. CEFAC, v. 19, n. 6, p. 821-830, nov./dez., 2017.
- SARAIVA, J. P.; VOGT, S. E.; ROCHA, J. S.; DUARTE, E. D.; SIMÃO, D. A. S. *Associação entre fatores maternos e neonatais e o Apgar em recém-nascidos de risco habitual*. Rev. Rene., 19:e3179, 2018.
- SCHULER-FACCINI, L.; RIBEIRO, E. M.; FEITOSA, I. M. L.; HOROVITZ, D. D. G.; CAVALCANTE, D. P.; PESSOA, A.; DORIQUEI, M. J. R.; NERI, J. I.; NETO, J. M. de P.; WANDERLEY, H. Y. C.; CERNACH, M.; EL-HUSNY, A. S.; PONE, M. V. S.; SERÃO, C. L. C.; SANSEVERINO, M. T. V. *Possível associação entre a infecção pelo vírus zika e a microcefalia*. Brasil, MMWR, v. 65, n. 29, jan., 2016.
- SILVA, T. C.; BISOGNIN, P.; PRATES, L. A. et al. *Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa Labor And Birth Care*. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, e1294, 2017.
- SILVA, R.; CAON, G.; RIBEIRO, J.; VARGAS, C. R. *Função motora grossa e fatores etiológicos associados à paralisia cerebral*. Fitness Performance Journal, v. 8, n. 5, p. 372-377, set./out., 2009.
- SILVEIRA, C. F.; AMARAL, W. N. do.; MAROT, R. P.; FALONE, V. E.; SALVIANO, L. M. O.; TEIXEIRA, C. C. *Doppler Obstétrico na vigilância do bem estar fetal*. Goiânia: Revista Brasileira de Ultrassonografia. RBUS. Sociedade Brasileira de Ultrassonografia, p. 56, mar., 2016.
- SILVEIRA, R. C.; PROCIANOY, R. S.; DILL, J. C.; COSTA, C. S. da. *Sepse neonatal como fator de risco para leucomalácia periventricular em pré-termos de muito baixo*. Jornal de Pediatria, v. 84, n. 3, mai./jun., p. 211-216, 2008.
- TOLEDO, C. A. W. de.; PEREIRA, C. H. C. N.; VINHAES, M. M.; LOPES, M. I. R.; NOGUEIRA, M. A. R. J. *Perfil epidemiológico de crianças diagnosticadas com paralisias cerebrais atendidas no Centro de Reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos*. São José dos Campos: Acta Fisiatr., v. 22, n. 3, p. 118-122, 2015.
- VIRELLA, D.; FOLHA, T.; ANDRADA, M. G.; CADETE, A.; GOUVEIA, R.; ALVARELHÃO, J.; CALADO, E. *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de Idade - Crianças Nascidas entre 2001 e*

2007. Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, 2016.

ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. *Paralisia cerebral: causas e prevalências*. Curitiba: Fisioterapia Mov., v. 22, n. 3, p. 375-381, jul./set., 2009.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

BÁRBARA MARTINS SOARES CRUZ Fisioterapeuta. Mestre e doutora em Oncologia (A. C. Camargo Cancer Center). Pós-graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva (Inspirar). Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória (Inspirar). Linfoterapeuta® (Clínica Angela Marx) Docente na Faculdade Pitágoras Fortaleza (unidade Centro). Docente na Faculdade Inspirar (unidades Fortaleza, Sobral e Teresina). Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia Intensiva (FATECI).

LARISSA LOUISE CAMPANHOLI Mestre e doutora em Oncologia (A. C. Camargo Cancer Center). Especialista em Fisioterapia em Oncologia (ABFO). Pós-graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória (CBES). Aperfeiçoamento em Fisioterapia Pediátrica (Hospital Pequeno Príncipe). Fisioterapeuta no Complexo Instituto Sul Paranaense de Oncologia (ISPON). Docente no Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE). Coordenadora do curso de pós-graduação em Oncologia pelo Instituto Brasileiro de Terapias e Ensino (IBRATE). Diretora Científica da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia (ABFO).

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-155-8

