

POP

HUAB-UFRN/EBSERH

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE FISIOTERAPIA NA LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL NA FASE AGUDA

Versão: 03 | 2025

1. OBJETIVO(S)

- Identificar recém-nascidos com suspeita de lesão de plexo braquial;
- Avaliar e realizar o diagnóstico cinético-funcional (monoparesia de membro superior);
- Promover conforto e proteger o membro acometido evitando o agravamento do quadro;
- Orientar pais e cuidadores quanto aos cuidados gerais em relação ao manuseio, posicionamentos adequados (cartilha educativa) e aos exercícios domiciliares;
- Encaminhar para o Neurologista Pediátrico e para Ambulatório de Reabilitação para acompanhamento.

2. SIGLAS E CONCEITOS

- RN – Recém-nascido.
- LPB – Lesão de plexo braquial.
- EPI – Equipamento de proteção individual.
- RTCA – Reflexo tônico cervical assimétrico.

3. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

- Equipe de Enfermagem;
- Fisioterapeutas;
- Médicos.

4. RESPONSABILIDADES

a) Enfermeiros

- Identificar na avaliação do RN os sinais sugestivos da lesão do plexo braquial.
- Sinalizar para equipe médica e de fisioterapia a necessidade de avaliação do RN.

b) Médicos

- Identificar na avaliação do RN os sinais sugestivos da lesão do plexo braquial e realizar o diagnóstico médico.

- Solicitar avaliação fisioterapêutica e ortopédica, quando necessário.

c) Fisioterapeutas

- Realizar a avaliação cinética-funcional do RN.
- Prescrever e executar o tratamento adequado a condição de saúde do RN.
- Realizar mobilizações e alongamentos que favoreçam o retorno funcional do membro afetado.
- Fazer estimulações sensório-motoras para corrigir alterações;
- Manter e/ou melhorar a amplitude de movimento;
- Estimular a sensibilidade;
- Prevenir contraturas e deformidades;
- Posicionar adequadamente o RN;
- Orientar os familiares sobre os cuidados com o RN, principalmente quanto ao posicionamento e os exercícios a serem realizados em domicílio;
- Após a primeira avaliação, o encaminhamento para a terapia deve ocorrer até o final do primeiro mês de vida;
- Encaminhar, se necessário, o RN para acompanhamento ambulatorial fisioterapêutico e médico, ao dos 2 anos de vida, pois este é um período crítico no desenvolvimento global delas.

5. MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual;
- Fralda de tecido;
- Algodão;
- Gazes;
- Escovinha de cabelo infantil;
- Rolinhos e colxins para posicionamento;
- Cartilhas educativas.

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

6.1. Avaliação

- Lavar as mãos e colocar os EPIs;
- Identificar-se a genitora ou cuidador (a) do RN e explicar o motivo da avaliação;
- O ideal é que a avaliação do RN seja realizada nas primeiras 48 horas de vida, para

identificação do grau de perda da funcional e diagnóstico clínico precoce.

- Observar todos os movimentos espontâneos em decúbito dorsal, ventral e lateral.
- O RN passa longas horas dormindo e sua mobilidade é pouco funcional, é importante saber identificar os movimentos que devem ser realizados contra a gravidade e se atentar para as atividades de ombro, cotovelo, punho e dedos.
- Para avaliar a movimentação espontânea, iniciar a avaliação com recém-nascido, calmo, ativo, com o mínimo de roupa e em temperatura agradável.
- Para avaliar a sensibilidade o melhor momento é após a criança ser alimentada, quase sonolenta, pois a reação ao teste desencadeia uma modificação do estado comportamental do bebê, que abre os olhos ou move o braço. Podemos utilizar gazes, algodão e escovinha de cabelo.
- **Sinais sugestivos de Lesão do Plexo Braquial (LPB):**

A avaliação clínica deve considerar a presença de sinais que indiquem comprometimento neurológico e musculoesquelético:

- **Comportamentais e posturais:** choro excessivo, posicionamento cervical em rotação contralateral, assimetria dos movimentos dos membros superiores (em quantidade e qualidade), braço em postura “largada” e alterações do tônus muscular.
- **Força e movimentos:** fraqueza muscular (monoparesia) e redução dos movimentos ativos do membro afetado.
- **Reflexos:**
- **Moro:** assimétrico, com abdução insuficiente; observa-se extensão de cotovelo e dedos em lesões do plexo superior, enquanto nas lesões totais o membro permanece inerte junto ao corpo.
- **Palmar:** resposta preservada em lesões superiores, mas ausente em lesões inferiores ou completas.
- **RTCA:** na rotação lateral da cabeça, a resposta extensora/flexora esperada não ocorre no lado lesado.
- **Exame físico:** a mobilização passiva das articulações deve ser realizada com cautela. A presença de crepitação, reação dolorosa ao movimento ou incongruência à palpação da clavícula pode sugerir fratura ou deslocamento, sendo necessário exame de imagem para confirmação.

- **Sinais respiratórios:** expansibilidade torácica assimétrica e hipóxia podem indicar paralisia diafragmática secundária à lesão do nervo frênico.
- **Síndrome de Horner:** Caracterizada por ptose palpebral, miose, enoftalmia e anidrose facial ipsilateral, sugere lesão completa do plexo com prognóstico desfavorável. Nesses casos, a ausência de recuperação da flexão de cotovelo até os 3 meses é forte indicativo para intervenção cirúrgica.
- **Considerações sobre origem:** a restrição precoce da amplitude de movimento passiva sugere lesão intrauterina ou outra condição musculoesquelética associada, já que contraturas e subluxações tendem a surgir meses após a lesão nervosa. Apenas cerca de 5% dos casos têm origem congênita.
- Classificação das Lesões do Plexo Braquial em Neonatos, é dividida na literatura em:
 - Grupo I** – Lesões nas raízes C5 e C6, com paresia/paralisia do deltoide e bíceps. A função dos músculos extensores do membro superior é preservada.

Grupo II – Envolve C5, C6 e C7, com paresia/paralisia do deltoide, bíceps, extensores do tríceps e do punho. Os flexores longos e músculos intrínsecos da mão permanecem preservados. Com o tempo, essa classificação foi refinada, especialmente quanto ao valor prognóstico da recuperação precoce da extensão ativa do punho (antes dos dois meses de idade), o que levou à subdivisão do grupo II em:

Grupo IIA – Erb estendido com recuperação precoce da extensão do punho;

Grupo IIB – Erb estendido sem recuperação precoce da extensão do punho.

Grupo III – Lesão completa das raízes C5, C6, C7, C8 e T1, com paresia/paralisia de todos os músculos do membro superior.

Grupo IV – Lesão total semelhante ao grupo III, associada à síndrome de Horner (ptose, miose e anidrose ipsilateral), indicando comprometimento simpático com lesão proximal às raízes nervosas inferiores.

Epidemiologicamente, as lesões mais comuns envolvem o plexo braquial superior (C5–C7), conhecidas como lesões do grupo II de Erb, representando cerca de 73% dos casos.

- **Instrumentos para Avaliação de Crianças com Lesão de Plexo Braquial**

Em crianças menores de 3 anos, dois instrumentos se destacam pela facilidade de aplicação: o sistema de graduação muscular desenvolvido por Gilbert e o sistema de avaliação de sensibilidade proposto por Narakas, baseados na classificação do Medical Research Council (MRC). Gilbert simplificou a análise da função muscular para quatro níveis, considerando as dificuldades inerentes ao exame de bebês. Já Narakas estruturou a avaliação da sensibilidade em quatro categorias progressivas, variando desde ausência de resposta até sensibilidade normal (Quadro 1).

Quadro 1 - Instrumentos Para Avaliação De Crianças Com Lesão De Plexo Braquial		
Sistema de avaliação	Observação	Gradação
Muscular (Gilbert)	Ausência de contração	M0
	Contração sem movimento	M1
	Movimento completo sem resistência	M2
	Movimento completo contra resistência	M3
Sensibilidade (Narakas)	Nenhuma reação à dor ou a outros estímulos	S0
	Reação ao estímulo doloroso, mas não ao toque.	S1
	Reação ao toque, mas não ao toque leve.	S2
	Sensibilidade normal	S3

Fonte: Bijos e Guedes (2011)

6.2. Tratamento

- O tratamento da lesão de plexo braquial deve ser iniciado precocemente e mantido conforme a evolução clínica. A intervenção fisioterapêutica inicial tem como objetivo preservar a amplitude de movimento, sobretudo por meio de mobilização passiva. Em casos de fraturas de clavícula e/ou úmero no período neonatal, recomenda-se aguardar a consolidação óssea, que geralmente ocorre em cerca de três semanas.

6.2.1 Estimulação sensório-motora:

- A estimulação deve iniciar logo após o nascimento, incluindo estímulos táteis (toque, diferentes texturas e temperaturas), cinestésicos e proprioceptivos (contenção e contração), visando promover movimentos ativos do membro afetado.
- O membro comprometido deve ser estimulado a tocar a boca, o corpo, a outra mão e os membros inferiores, sempre em associação ao lado contralateral.
- A família deve ser orientada a realizar estímulos táteis frequentes utilizando materiais variados, como escovas de cerdas macias, esponjas e tecidos com diferentes texturas, favorecendo a integração sensorial do membro afetado.

6.2.2 Mobilizações e alongamentos:

- Garantir a amplitude articular completa do ombro é essencial para prevenir contraturas em músculos como subescapular, redondo maior e grande dorsal, evitando deformidades da cabeça umeral.
- Alongamentos devem contemplar rotação externa, abdução e elevação do ombro, além dos movimentos escapuloumerais e escapulares.
- A mobilização passiva deve ser cuidadosa, respeitando os limites articulares normais, a fim de evitar luxações ou alterações anatômicas.
- Orientar os pais a realizar regularmente mobilizações passivas nas articulações do membro afetado, sem ultrapassar 90º de flexão e abdução da cintura escapular nas quatro primeiras semanas, para prevenir tração excessiva sobre o plexo.
- Recomenda-se execução suave, com no máximo 10 repetições.
- A mobilização do punho, cotovelo e mão pode iniciar logo após o nascimento; a do ombro, preferencialmente, a partir do quinto dia de vida.

6.2.3 Cuidados com o manuseio e o posicionamento do RN:

- Evitar levantar ou segurar o recém-nascido pelo membro afetado.
- Ao vestir, iniciar pelo braço comprometido; ao despir, iniciar pelo não afetado.

- No banho, apoiar ombro e escápula do lado lesado com uma mão, higienizando e secando o bebê com a outra, sempre mantendo a axila limpa e seca.
- Durante a amamentação, manter o braço afetado fletido sobre o tórax, podendo usar almofada em “C” para maior conforto e alinhamento.
- O decúbito dorsal é a posição mais segura, devendo-se usar rolos de posicionamento para apoiar o braço próximo ao tronco, principalmente nos primeiros 10 dias.
- Evitar o decúbito lateral sobre o ombro comprometido nas três primeiras semanas. Após o primeiro mês, o lactente pode ser colocado sobre o lado afetado em atividades lúdicas, favorecendo estímulo proprioceptivo.
- O uso de mantas, rolos de tecido/espuma sob as axilas, posição de cadeira, boia circular ou bebê-conforto auxilia no alinhamento, favorece a flexão fisiológica e promove maior simetria postural.

6.2.4 Encaminhamentos

- O recém-nascido deve ser encaminhado para atendimento em ambulatório de Fisioterapia em Saúde da Criança ou serviço de referência no município de origem, com orientação à família sobre os fluxos de regulação pela Secretaria Municipal de Saúde.

6.2.5 Registros

- O atendimento deve ser finalizado com a evolução no prontuário eletrônico via aplicativo de gestão para hospitais universitários (AGHU) e as informações atualizadas na planilha de indicadores.

7. REFERÊNCIAS

- AL-QATTAN, M. M. et al. Narakas classification of obstetric brachial plexus palsy revisited. **Journal of Hand Surgery (European Volume)**, v. 34, n. 6, p. 788-791, 2009.
- Barry Russman. **Neonatal brachial plexus palsy**. Up to date. Acesso em: 15 de dezembro de 2018.
- Bijos P, Guedes F. Plexo braquial. Rio de Janeiro: Di livros; 2011.
- BOETTO, Valentina et al. Conservative Treatment of Neonatal Brachial Plexus Palsy: A Narrative Review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 24, p. 7826, 2024.
- Borges, A. V. **Tratamentos não Cirúrgicos nas Lesões Obstétricas do Plexo Braquial**, 2016.
- Coelho, B. R., Fabbris, A. G., Pereira, A. P. C., da Silva Peixoto, R., & Ribeiro, C. D. **Lesões do plexo braquial: a utilização da fisioterapia no tratamento**. Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, 16(6), 2015.
- Coroneos CJ, Voineskos SH, Christakis MK, Thoma A, Bain JR, Brouwers MC. Obstetrical brachial plexus injury (OBPI): Canada's National clinical practice guideline. *BMJ Open*. 2017;7(1):e014141.
- Santos LSB, Lesão de plexo braquial. In Cavalcanti A; Galvão CR. **Terapia Ocupacional – Fundamentação e Prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Santos RS, Pereira JA. Lesão do plexo braquial de origem obstétrica: desenvolvimento sensório-motor, avaliação e tratamento fisioterapêutico. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional: Faria CDCM, Leite HR, organizadores. PROFIO Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana;2019. P. 107-75. Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1).
- Shiratori, C. A., Preti, R. C., Schellini, S. A., Ferraz, P., & Lima, M. **Síndrome de Horner na infância: relato de caso**. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, 329-331, 2004.
- Sousa, T. **Perspectivas de Atuação do Terapeuta Ocupacional na Linha de Cuidado Atenção à Saúde do Recém-Nascido**. João Pessoa: [s.n.], 2015.

8 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
01	04/04/2019	Primeira Versão publicada. Elaboração de procedimento Operacional padrão. Retirada das Condutas Fisioterapêutica da Fase Tardia.
02	11/12/2021	1º revisão: Atualização da avaliação e do tratamento do recém-nascido de lesão de plexo na fase aguda pela equipe da Fisioterapia.
03	16/09/2025	2º revisão: Atualização relacionada a formatação e conteúdo de acordo com as normas vigentes.

9 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Adelyanna Ramalho Palitot Ribeiro - UMULTI/DMED/GAS Dalma Roberta de Araújo Dantas - UMULTI/DMED/GAS Naiara Priscila Sampaio Souza de Araújo - UMULTI/DMED/GAS Magdalena Muryelle Silva Brilhante - UMULTI/DMED/GAS Romário Nóbrega Santos Fonseca - UMULTI/DMED/GAS	Data: 16/09/2025
Análise José Ferreira de Lima – UMULTI/GAS	Data: 16/09/2025
Validação Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP	Data: 02/10/2025
Aprovação José Ferreira de Lima – UMULTI/GAS	Data: 06/10/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ©2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.007157/2025-99

Interessado: Unidade Multiprofissional

Certidão de requerimento de assinaturas referentes à elaboração, análise, validação e aprovação do documento institucional: **Procedimento Operacional Padrão do Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre a Atuação da Equipe de Fisioterapia na Lesão do Plexo Braquial na Fase Aguda via processo SEI (23527.007157/2025-99).**

<p>Elaboração</p> <p>Adelyanna Ramalho Palitot Ribeiro - UMULTI/DMED/GAS Dalma Roberta de Araújo Dantas - UMULTI/DMED/GAS Naiara Priscila Sampaio Souza de Araújo - UMULTI/DMED/GAS Magdalena Muryelle Silva Brilhante - UMULTI/DMED/GAS Romário Nóbrega Santos Fonseca - UMULTI/DMED/GAS</p>	<p>Data: 16/09/2025</p>
<p>Análise</p> <p>José Ferreira de Lima – UMULTI/GAS</p>	<p>Data: 16/09/2025</p>
<p>Validação</p> <p>Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP</p>	<p>Data: 02/10/2025</p>
<p>Aprovação</p> <p>José Ferreira de Lima – UMULTI/GAS</p>	<p>Data: 06/10/2025</p>



Documento assinado eletronicamente por **Magdalena Muryelle Silva Brilhante, Fisioterapeuta**, em 09/10/2025, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adelyanna Ramalho Palitot Ribeiro, Fisioterapeuta**, em 09/10/2025, às 12:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Romário Nóbrega Santos Fonseca, Fisioterapeuta**, em 09/10/2025, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Ferreira Lima, Chefe de Unidade**, em 09/10/2025, às 17:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Naiara Priscila Sampaio Souza de Araujo, Fisioterapeuta**, em 10/10/2025, às 23:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alianny Raphaely Rodrigues Pereira, Fisioterapeuta**, em 05/11/2025, às 09:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dalma Roberta de Araújo Dantas, Fisioterapeuta**, em 05/11/2025, às 13:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 12/11/2025, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **54130835** e o código CRC **D13C576F**.
