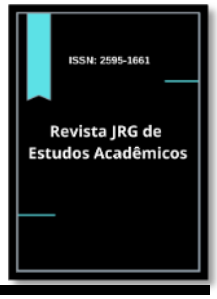
B1 ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em Portal de Periódicos CAPES

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:
https://revistajrg.com/index.php/jrg



Abordagem nas assimetrias cranianas posicionais em recém-nascidos hospitalizados: proposta de protocolo de identificação multiprofissional

Approach to positional cranial asymmetries in hospitalized newborns: proposal for a multidisciplinary identification protocol

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.2040
ARK: 57118/JRG.v8i18.2040

Recebido: 02/05/2025 | Aceito: 08/05/2025 | Publicado *on-line*: 09/05/2025

Jully Israely de Azevedo Rodolfo[1]
https://orcid.org/0000-0002-9515-9940
http://lattes.cnpq.br/6035823192285479
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, RN, Brasil
E-mail: jullyisraely.ft@gmail.com

Larissa Porfirio Carvalho[2]
https://orcid.org/0000-0003-3583-1747
http://lattes.cnpq.br/6585502407684008
Universidade de Fortaleza - UNIFOR, CE, Brasil
E-mail: larissaporfirio.to@gmail.com

Eliza Juliana da Costa Eulálio [3]
https://orcid.org/0000-0002-7821-0732
http://lattes.cnpq.br/6826498016230269
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, PB, Brasil
E-mail: elizafisioterapia@hotmail.com

Resumo

Introdução: As assimetrias cranianas posicionais são alterações no formato da cabeça, especialmente, comuns em recém-nascidos prematuros devido à maleabilidade óssea e ao menor controle cervical. Fatores como hospitalizações prolongadas, prematuridade, posicionamento intrauterino, via de parto, gestação múltipla, dentre outros, influenciam significativamente para o surgimento dessas deformidades, que impactam o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, compreender o impacto da internação hospitalar dos bebês constitui um começo para reflexões e possibilita o delineamento de ações, dentro da equipe multidisciplinar, voltadas para um cuidar que minimize cada vez mais os efeitos adversos do ambiente hospitalar. **Objetivo:** Elaborar um protocolo de identificação multiprofissional nas assimetrias cranianas posicionais em recém-nascidos hospitalizados. **Metodologia:** Este estudo utilizou uma revisão de literatura em bases de dados científicas, além de textos clássicos e materiais educativos sobre o tema. Foram incluídos artigos publicados

[1] Graduado(a) em Fisioterapia pela UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do norte; Especialista em saúde da criança pela Residência multiprofissional do Hospital universitário Lauro Wanderley – HULW/UFPB (2025).
[2] Graduado(a) em Terapia Ocupacional pela UNIFOR - Universidade de Fortaleza. Especialista em Urgência, Emergência e Atendimento hospitalar pela Faculdade Única de Ipatinga - FUNIP (2021). Terapeuta Ocupacional Neopediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW.
[3] Graduado(a) em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB; Mestre(a) em Engenharia de Produção pela Universidade Federal da Paraíba (2008); Doutor(a) em Engenharia de Processos pela Universidade Federal de Campina Grande (2014). Fisioterapeuta Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

entre 2014 e 2024, em português, inglês e espanhol, focados na avaliação de bebês com risco ou diagnóstico de assimetrias cranianas. Após a seleção e análise do material, foi elaborado um protocolo qualitativo de avaliação multiprofissional para identificação precoce e manejo dessas condições em neonatos hospitalizados. **Resultados:** O protocolo foi dividido em duas partes. (1) história clínica materna e do recém-nascido para um acompanhamento do histórico pré/pós e perinatal. (2) Escala de Argenta e Checklist de identificação visual. **Conclusão:** As assimetrias cranianas posicionais em recém-nascidos hospitalizados refletem o impacto de fatores externos no neurodesenvolvimento, especialmente em contextos de cuidados intensivos neonatais prolongados. A atuação do fisioterapeuta em colaboração com a equipe multiprofissional é essencial para a identificação precoce e manejo dessas deformidades. Este estudo propõe um protocolo acessível para a detecção dessas condições, promovendo intervenções precoces. Contudo, destaca-se a importância de pesquisas futuras para fortalecer as evidências científicas e validar práticas clínicas que garantam o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos e a melhoria da qualidade do cuidado assistencial hospitalar.

Palavras-chave: Assimetrias cranianas; Plagiocefalia posicional; Terapia intensiva; Intervenção precoce; Neurodesenvolvimento.

Abstract

Introduction: *Positional cranial asymmetries are alterations in head shape that are particularly common among premature newborns due to bone malleability and reduced cervical control. Factors such as prolonged hospitalization, prematurity, intrauterine positioning, mode of delivery, multiple pregnancies, among others, significantly contribute to the development of these deformities, which can impact child development. In this context, understanding the effects of hospitalization on newborns constitutes a starting point for reflection and enables the design of actions within the multidisciplinary team aimed at minimizing the adverse effects of the hospital environment.* ***Objective:*** *To develop a multidisciplinary identification protocol for positional cranial asymmetries in hospitalized newborns.****Methodology:*** *This study is based on a literature review of scientific databases, as well as classical texts and educational materials related to the topic. Articles published between 2014 and 2024 in Portuguese, English, and Spanish, focusing on the assessment of infants at risk for or diagnosed with cranial asymmetries, were included. Following selection and analysis of the material, a qualitative multidisciplinary assessment protocol was developed to facilitate early identification and management of these conditions in hospitalized neonates.****Results:*** *The protocol was divided into two sections: (1) Maternal and newborn clinical history to monitor pre-, peri-, and postnatal factors; and (2) Application of the Argenta Scale and a visual identification checklist.****Conclusion:*** *Positional cranial asymmetries in hospitalized newborns reflect the impact of external factors on neurodevelopment, particularly in the context of prolonged neonatal intensive care. The role of the physical therapist, in collaboration with the multidisciplinary team, is crucial for the early identification and management of these deformities. This study proposes an accessible protocol for detecting these conditions, promoting early intervention. However, it emphasizes the need for future research to strengthen scientific evidence and validate clinical practices that ensure healthy neonatal development and improve the quality of hospital care.*

Keywords: *Cranial asymmetries; Positional plagiocephaly; Intensive therapy; Early intervention; Neurodevelopment.*

1. Introdução

As assimetrias posicionais cranianas são alterações que afetam o formato da cabeça devido a pressões externas sobre o crânio, que podem ocorrer no útero ou durante os primeiros meses de vida (FIELD et al., 2006; GENZEL-BOROVICZÉNY et al., 2006). Os fatores de risco incluem prematuridade, longos períodos de internação, sexo masculino, necessidade de suporte ventilatório e assistência intensiva, torcicolo muscular congênito, gravidez múltipla, parto instrumental, entre outros. (CIGARROA et al., 2023) A prematuridade é particularmente identificada como um dos mais importantes fatores de risco devido à característica maleável dos ossos do crânio desse grupo de crianças, sendo mais suscetível à modelagem craniana, associada a uma massa cefálica proporcionalmente maior e menor controle do pescoço. Bem como a necessidade de assistência intensiva no início de sua vida. (GENZEL-BOROVICZÉNY et al., 2006)

A probabilidade de ocorrência de assimetrias posicionais do crânio seria maior quanto maior o grau de prematuridade. Além disso, a hospitalização prolongada tem sido associada à presença de deformidades posicionais cranianas na infância, definidas como uma permanência hospitalar que varia em ampla faixa de 3 a mais de 30 dias (GIACHETTA et al., 2010) . Longos períodos de hospitalização ao nascer, somado a condições clínicas graves, uso de dispositivos, suportes ventilatórios, dentre outros, têm sido fortemente associados ao desenvolvimento de assimetrias cranianas (MENDOZA T; ARIAS G; OSORIO R, 2014).

As deformidades posicionais podem apresentar várias formas, sendo elas a plagiocefalia, braquicefalia ou escafocefalia posicionais (CAMARGOS et al., 2019; GIACHETTA et al., 2010). A mais comumente observada é a plagiocefalia posicional. O termo Plagiocefalia é grego (plagios = obliqua, cefala = cabeça) e significa um formato obliquo da cabeça. Duas formas de plagiocefalia podem ser distinguidas: aquela devido à fusão prematura de suturas cranianas (plagiocefalia sinostótica) e aquela gerada por pressões externas que afetam a orientação de crescimento pré e pós-natal do crânio (plagiocefalia deformacional e/ou posicional. (INCHINGOLO et al., 2022)

O achado clínico associado mais comum em bebês com plagiocefalia posicional é o torcicolo. (CABRERA-MARTOS et al., 2015) O torcicolo postural ou adquirido ocorre no período pós-natal e é uma limitação na amplitude de movimento do pescoço que leva à típica rotação com inclinação da cabeça do torcicolo. Pode ser causada por desequilíbrio muscular que pode ser resultado de uma posição infantil mantida ao longo do tempo. (GIACHETTA et al., 2010)

O desenvolvimento de deformidade craniofacial associada a qualquer tipo de torcicolo é muito prevalente. Em uma grande série de casos de torcicolo, foi observada assimetria craniofacial em 90,1% dos pacientes. (CHENG et al., 2001) Quando o torcicolo ocorre em associação com a plagiocefalia, cada condição parece exacerbar a outra (CABRERA-MARTOS et al., 2015). A literatura relaciona a presença dessas assimetrias ao posicionamento em decúbito dorsal ou lateral, geralmente adotado nas unidades de cuidados intensivos neonatais que condiciona um apoio lateral da cabeça, com compressão dos ossos cranianos, moles e finos, culminando num achatamento occipital e preferência postural dos pequenos (GIACHETTA et al., 2010).

Nesse sentido, o fisioterapeuta deve compartilhar com a equipe multiprofissional a preocupação com as assimetrias cranianas posicionais entre RN's, sendo uma estratégia fundamental para que todos tenham esclarecimento sobre o problema e que sejam tomadas medidas precoces, capazes de impedir o agravamento do caso

e, se necessário, seja realizada a intervenção adequada e o mais rápido possível. (OLIVEIRA; MARTINS; JÚNIOR, 2024)

A internação do RN na Unidade de terapia intensiva (UTIN) pode trazer consequências duradouras e é papel da equipe de saúde delinear ações voltadas para um olhar preventivo que busque minimizar os efeitos adversos da assistência hospitalar, como por exemplo, prevenir problemas ou atrasos no desenvolvimento infantil. ((ELLWOOD; DRAPER-RODI; CARNES, 2020))

Neste contexto, torna-se crucial a integração da equipe multiprofissional que tem papel central na condução desse bebê e na implementação dos cuidados, a fim de que identifiquem fatores de risco e consequências negativas advindas da hospitalização., como é a plagiocefalia posicional.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo propor um protocolo de identificação das assimetrias cranianas posicionais em bebês hospitalizados para uso da equipe multiprofissional, como forma de atuar no eixo da prevenção de agravos ao bebê e a realização do manejo correto e o acesso a intervenção adequada e resolutiva.

2. Metodologia

O presente artigo resultou de uma revisão de literatura na qual foi realizada uma pesquisa bibliográfica, a partir dos periódicos inseridos nas bases de dados Medline (PubMed), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), SciELO, Cochrane Library, Google Scholar, LILACS, além de livros com textos clássicos e cartilhas produzidas sobre o tema. Utilizaram-se os seguintes descritores: “Assimetrias cranianas”, “Plagiocefalia posicional”, “intervenção precoce”, “prematuridade”, “torcicolo posicional”, “Recém-nascidos”, “tempo de internação”, “Terapia intensiva”, “Neurodesenvolvimento”, “avaliação”, “equipe multiprofissional”.

Os critérios de inclusão dos artigos consistiram em estudos que tratassem da avaliação clínica e do manejo hospitalar e ambulatorial de bebês com risco de assimetrias posicionais e/ou com quadro já diagnosticados. Cuja publicação, estivesse datada entre 2014 e 2024 na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Após levantamento bibliográfico, realizou-se um estudo exploratório do material de apoio encontrado e, em seguida, efetuou-se uma leitura seletiva.

A partir do material selecionado foi elaborada uma proposta de protocolo de identificação qualitativa para entendimento e manuseio multiprofissional, a fim de uma detecção precoce de possíveis assimetrias posicionais em bebês internados em ambiente hospitalar. Tornando um gerenciamento futuro mais rápido e eficaz desse quadro clínico.

3. Resultados

O protocolo de identificação foi dividido em duas partes. Inicialmente, a aplicação compreende uma coleta de dados de prontuário somada ao autorrelato de pais e/ou responsáveis sobre dados do histórico clínico pré/peri e pós-natal com variáveis maternas e do bebe. Afim de realizar levantamento dos principais fatores de risco possivelmente existentes. A segunda parte abrange escalas qualitativas com a somativa de observações clínicas do quadro evidenciado pelo material selecionado. (Material suplementar).

Escala de Argenta

A classificação descrita segue um sistema de cinco tipos (I a V), onde cada tipo representa um grau crescente de deformidade, tanto do crânio quanto da face. Essa

classificação é exclusivamente baseada na observação clínica, permitindo que a equipe multiprofissional possa mensurar o grau da deformidade em qualquer criança. Dessa forma, é possível documentar a evolução da condição, planejar intervenções terapêuticas e até encaminhamento desses bebês para a equipe de fisioterapia do setor para manejo desse quadro.

A análise da plagiocefalia posicional deve ser feita observando a cabeça do bebê em várias posições: **anterior**, **posterior, lateral** e **superior**. É fundamental observar a **assimetria do crânio** (como um lado achatado) e a **assimetria facial** (como o desalinhamento dos olhos, orelhas ou mandíbula). A escala de Argenta (ARGENTA, [s.d.]) proporciona uma maneira objetiva de quantificar a deformidade, independentemente da experiência do profissional, garantindo uma avaliação consistente e precisa. Seguindo as seguintes descrições:

- **No tipo I:** assimetria craniana é limitada à parte posterior do crânio, com variação no grau de achatamento, mas restrita a essa área. Não há assimetria das orelhas, a testa é reta e o rosto é simétrico. Não há protuberâncias temporais ou alongamento vertical do crânio. Em crianças mais velhas, a assimetria pode se estender ligeiramente para os lados devido ao desenvolvimento dos processos mastóideos. Este é o tipo mais leve de plagiocefalia posicional.
- **No tipo II:** há assimetria craniana posterior significativa, afetando o crânio central e a base do crânio, com deslocamento da orelha para a frente, para baixo ou em ambas as direções. A assimetria é mais visível de cima, mas não há deformidades na parte anterior do crânio ou assimetria facial. A testa permanece simétrica e não há deformidades descompressivas no crânio. Esse tipo reflete uma forma mais grave de plagiocefalia, envolvendo a parte posterior do crânio, base craniana e fossa temporal média.
- **No tipo III:** há assimetria craniana posterior, mau posicionamento da orelha ipsilateral e protrusão óssea frontal, resultando em uma forma de paralelogramo do crânio. A face permanece simétrica e não há deformidades descompressivas no crânio. A avaliação é melhor realizada observando a criança de cima.
- **No tipo IV:** há deformidade craniana posterior, mau posicionamento da orelha ipsilateral, assimetria frontal e facial ipsilateral. A assimetria facial é causada principalmente por excesso de tecido adiposo, podendo envolver a região do zigoma. A deformidade reflete a progressão da assimetria craniana, afetando também a face. Em casos mais graves, pode ocorrer alguma assimetria óssea, embora a maioria seja de tecido mole.
- **No tipo IV:** há deformidade craniana posterior, mau posicionamento das orelhas, assimetria frontal e facial. Esses casos mostram uma tentativa anatômica de descompressão do cérebro em crescimento, com protuberância temporal ou crescimento vertical anormal do crânio posterior devido à constrição craniana. Essa protuberância é mais visível em tomografia computadorizada, mas também pode ser observada clinicamente em diferentes posições.

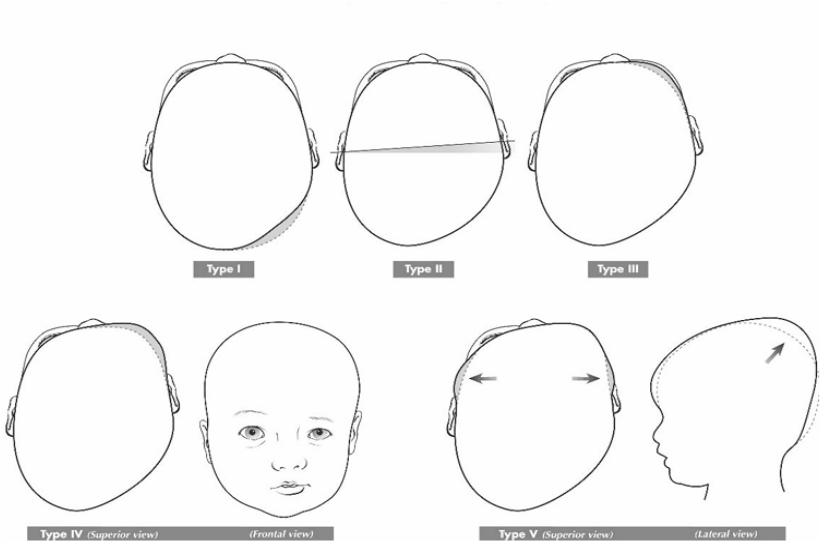


Figura 1: Revista De Cirurgia Craniofacial - Classificação Plagiocefalia Posicional

CheckList para identificação de Torcicolo Posicional

Utilizando o *Guideline From the American Physical Therapy Association Academy of Pediatric Physical Therapy* de 2024 (SARGENT et al., 2024) e demais literaturas pertinentes, para uma investigação do torcicolo postural. O profissional avaliará cabeça, tronco e extremidades, levando em consideração pontos importantes como: Inclinação cervical ou flexão lateral para um dos lados (orelha vai em direção ao ombro do lado afetado), e rotação para o lado oposto (queixo aponta para o outro lado da inclinação); Observar a movimentação ativa do bebê ou até mesmo a ausência dela, geradas por dificuldades biomecânicas advindas do torcicolo; Alterações da face e crânio - o desalinhamento das orelhas, linha dos olhos e boca; Observar a adoção de uma preferência posicional para um dos lado; Escápula e quadril - Assimetria dos ombros (compensação de ombro com elevação do lado afetado) e assimetria do quadril; Observar se existe uma distribuição de peso alterada e/ou desorganização da linha média - "sinal de vírgula" em posição supina e/ou sentada); Preferência por uma das mamas no momento da amamentação; Observar a preferência pela extensão de tronco, principalmente, em decúbitos laterais – Caracterizada pela ativação excessiva da meninge mais externa (Dura-máter), evidenciada no parto com tração exacerbada. Estando tensa dificulta que o bebê adote a posição fetal; Linhas avermelhadas em região de pescoço e axilas, geralmente para o lado da inclinação cervical indicativas de tensão musculares e observar presença de episódios de refluxo do bebê.

Figura 2: Avaliação qualitativa torcicolo posicional - *Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns*, 2008.(STELLWAGEN et al., 2008)

4. Discussão

O desenvolvimento dos cuidados intensivos nas últimas décadas propiciou a sobrevida de um grande número RNs. Porém, o impacto do ambiente hospitalar gera preocupação no desenvolvimento neuropsicomotor. A sobrevida dos RNs com idade gestacional (IG) e peso ao nascer cada vez menores acarreta maior tempo de internação na UTIN, uso de muitos dispositivos, de suporte ventilatório (SV), excesso de manipulação, repouso e posicionamentos inadequados, sons intensos, favorecendo o aparecimento de sequelas que poderão comprometer seu desenvolvimento (BEAL, 2005; GENZEL-BOROVICZÉNY et al., 2006).

Convém ressaltar que, principalmente nas primeiras semanas de vida, o RN permanece em diferentes decúbitos que favorecem a ação da gravidade sobre a musculatura. Este fator, associado à restrição de movimentos no leito, resulta em deformidades do sistema musculoesquelético. Essas deformidades estão correlacionadas com a hipotonia e o desenvolvimento insuficiente da musculatura esquelética. Isso, aliado à compressão articular prolongada e à restrição de movimentos, propicia a ocorrência de deformidades ósseas, encurtamentos musculares e redução da mobilidade articular. (MARTINIUK et al., 2017) Todos esses fatores associados geram um maior tempo de internação dos RNs, e essa permanência prolongada no leito pode gerar assimetrias posicionais cranianas. (SANTOS SAMPAIO et al., 2023)

O fisioterapeuta desempenha um papel fundamental na equipe multiprofissional no manejo desse quadro clínico. Estudos sugerem que a plagiocefalia está intimamente ligada a atrasos no desenvolvimento motor, refletindo-se em variações nos aspectos motores e modificações no tônus muscular. Além disso, as restrições de movimento no pescoço podem levar preferência em um dos lados o que pode gerar dificuldade de movimento no hemicorpo contra-lateral. (ELLWOOD; DRAPER-RODI; CARNES, 2020; SANTIAGO et al., 2023) Esses profissionais, estão na posição ideal para observar a simetria da cabeça sobre os ombros e rastrear limitações de movimento passivas e ativas, principalmente com a ajuda da equipe no ambiente hospitalar.

Durante o período de internação, muitos profissionais de saúde diferentes podem observar o bebê porque estão envolvidos no parto e/ ou cuidados pós-natais(SARGENT et al., 2024) O primeiro passo para o tratamento da assimetria posicional consiste em sua identificação. Uma equipe capacitada para o reconhecimento precoce já conseguirá adotar estratégias preventivas, como por exemplo, a preocupação da alternância de decúbitos e da posição da cabeça no leito dentro das possibilidades. E tomada decisões importantes, como acionar previamente uma abordagem fisioterapêutica após detecção de preferências posicionais nos pacientes. (CAMARGOS et al., 2019) Possibilitando uma intervenção mais rápida e adequada, a fim de minimizar o agravamento das assimetrias posicionais ou complicações significativas no neurodesenvolvimento de bebes hospitalizados.

A identificação precoce de assimetrias cranianas em bebês em cuidados hospitalares tem recebido crescente atenção na literatura científica, devido à sua relevância para o neurodesenvolvimento. A literatura aponta que essas condições, embora inicialmente consideradas apenas estéticas, podem estar associadas a déficits no desenvolvimento motor, cognitivo e socioemocional a longo prazo, reforçando a necessidade de detecção e intervenção prévias.(SCHEIBL; MITTERER, 2024)

Um grande exemplo da problemática da presença de assimetrias cranianas posicionais, como a plagiocefalia, e o torcicolo posicional além de comprometimento

do desenvolvimento infantil é a impactação negativa na amamentação e no desenvolvimento da sucção em recém-nascidos hospitalizados. Alterações na morfologia craniana e na mobilidade cervical podem limitar o alcance adequado do bebê ao peito materno, dificultando a pega correta e resultando em ingestão insuficiente de leite, o que pode comprometer o estado nutricional e a interação mãe-bebê (MILLER; CLARREN, 2000). Além disso, o torcicolo posicional restringe os movimentos da cabeça, tornando difícil para o lactente alternar lados durante a amamentação, o que pode agravar a assimetria craniana existente. (OLIVEIRA et al., 2023)

A implementação de protocolos padronizados e de fácil aplicabilidade em ambiente hospitalar pode potencializar os desfechos dos pacientes e melhorar a qualidade de assistência de toda equipe multiprofissional, bem como o proposto no presente artigo. Estudos recentes destacam que ferramentas simples e práticas, como escalas de avaliação visual e medições antropométricas, podem ser incorporadas à rotina clínica com mínima interrupção dos fluxos de trabalho hospitalares. Um exemplo disso é o uso da escala Argenta(ARGENTA, [s.d.]) para plagiocefalia posicional, que facilita a categorização da assimetria craniana e direciona a equipe multiprofissional para intervenções precoces(PEITSCH et al., 2002)

A adoção de tais protocolos não apenas aumenta a acurácia de acompanhamento e diagnóstico, mas também promove a interdisciplinaridade, com a integração de profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos pediatras, dentre outros. A literatura atual enfatiza a importância dessa abordagem integrada para o sucesso no manejo das assimetrias cranianas posicionais.(CAMARGOS et al., 2019) Um estudo evidenciou que treinamentos periódicos sobre o uso desses protocolos podem aumentar significativamente a sensibilidade da equipe para detectar alterações sutis, como posicionamento inadequado e restrições motoras, especialmente em populações vulneráveis, como prematuros e bebês com comprometimento neurológico (“Development of a checklist for neonatal perioperative care in cardiac surgery”, [s.d.]).

Além disso, a introdução de protocolos no ambiente hospitalar tem um impacto positivo na comunicação entre profissionais e famílias. A transparência e clareza nos critérios utilizados para avaliação geram maior confiança por parte dos cuidadores, o que, por sua vez, facilita a adesão às recomendações. Um estudo conduzido por Laughlin et al. (LAUGHLIN et al., 2011) mostrou que a utilização de fichas de acompanhamento visual compartilhadas com os pais aumentou em 30% o engajamento em programas de reabilitação pós-alta. E Segundo Fernandes et al., expôs que a aplicação de um protocolo interprofissional de acompanhamento em UTIN resultou em uma redução de 30% nos atrasos de desenvolvimento aos 12 meses de idade corrigida em bebês prematuros.(KILBRIDE et al., 2022)

Em suma, a identificação de assimetrias cranianas posicionais em bebês tem ganhado espaço nas literaturas com inúmeros instrumentos e diretrizes(ARGENTA, [s.d.]; CAMARGOS et al., 2019; KAPLAN; COULTER; SARGENT, 2018; SARGENT et al., 2024). Entretanto, o protocolo proposto em nosso estudo é específico para aplicabilidade pelas equipes multiprofissionais em ambiente hospitalar. O que pode vir a auxiliar na identificação precoce das deformidades posturais por parte dos diferentes núcleos assistenciais e um encaminhamento rápido e eficaz para os fisioterapeutas da equipe.

Estudos como este são o princípio para definição de protocolos que guiem os profissionais na área da pediatria e neonatologia, ampliando o entendimento sobre essa condição clínica, os melhores métodos para garantir o desenvolvimento

saudável desses bebês e fortalecer a prática interdisciplinar no cuidado assistencial em ambiente hospitalar.

4. Considerações Finais

As assimetrias cranianas posicionais em bebês hospitalizados refletem o grande impacto de fatores externos para o neurodesenvolvimento. As evoluções nos cuidados intensivos neonatais, embora sejam um marco significativo, estão associadas a desafios complexos na prática clínica como a incidência de deformidades posicionais cranianas em RNs que necessitam dessa assistência intensiva prolongada.

Neste contexto, a atuação do fisioterapeuta em conjunto com a equipe multiprofissional é essencial para a identificação precoce das deformidades posturais cranianas e manejo dessas alterações. E visando isso, este estudo contribui com um protocolo acessível e eficaz para todos os profissionais de saúde, para identificação dessas condições, a fim de sinalizar uma intervenção o mais rápido possível. No entanto, enfatiza a necessidade de pesquisas futuras para validar práticas clínicas baseadas em evidências para garantir o desenvolvimento saudável de recém-nascidos hospitalizados e o avanço na qualidade do cuidado neonatal.

Referências

ARGENTA, L. **Artigos Originais Classificação Clínica de Plagiocefalia posicional**.

BEAL, J. A. Evidence for Best Practices in the Neonatal Period. **MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 30, n. 6, p. 397–403, nov. 2005.

CABRERA-MARTOS, I. et al. Impact of torticollis associated with plagiocephaly on infants' motor development. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 26, n. 1, p. 151–156, 21 jan. 2015.

CAMARGOS, A. C. RESENDE. et al. **Fisioterapia em pediatria: da evidência à prática clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK – Editora Científica Ltda, 2019. v. 1

CHENG, J. C. Y. et al. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. **The Journal of bone and joint surgery. American volume**, v. 83, n. 5, 2001.

CIGARROA, I. et al. Positional cranial deformities in preterm infants and their association with health indicators Deformidades craneales posicionales en lactantes prematuros y asociación con indicadores de salud. **Andes pediatr**, v. 94, n. 3, p. 361–369, 2023.

Development of a checklist for neonatal perioperative care in cardiac surgery. [s.d.].

ELLWOOD, J.; DRAPER-RODI, J.; CARNES, D. The effectiveness and safety of conservative interventions for positional plagiocephaly and congenital muscular torticollis: a synthesis of systematic reviews and guidance. **Chiropractic & Manual Therapies**, v. 28, n. 1, p. 31, 11 dez. 2020.

FIELD, T. et al. Prenatal, perinatal and neonatal stimulation: A survey of neonatal nurseries. **Infant Behavior and Development**, v. 29, n. 1, p. 24–31, jan. 2006.

GENZEL-BOROVICZÉNY, O. et al. Mortality and major morbidity in premature infants less than 31 weeks gestational age in the decade after introduction of surfactant. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 85, n. 1, p. 68–73, 31 jan. 2006.

GIACHETTA, L. et al. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 1, p. 24–29, mar. 2010.

INCHINGOLO, A. D. et al. **A Systematic Review of Positional Plagiocephaly Prevention Methods for Patients in Development**. **Applied Sciences (Switzerland)**MDPI, , 1 nov. 2022.

KAPLAN, S. L.; COULTER, C.; SARGENT, B. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2018 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the APTA Academy of Pediatric Physical Therapy. **Pediatric Physical Therapy**, v. 30, n. 4, p. 240–290, out. 2018.

KILBRIDE, H. W. et al. Early Neurodevelopmental Follow-up in the NICHD Neonatal Research Network: Advancing Neonatal Care and Outcomes, Opportunities for the Future. **Seminars in perinatology**, v. 46, n. 7, p. 151642, 1 nov. 2022.

LAUGHLIN, J. et al. Prevention and Management of Positional Skull Deformities in Infants. **Pediatrics**, v. 128, n. 6, p. 1236–1241, 1 dez. 2011.

MARTINIUK, A. L. C. et al. Plagiocephaly and Developmental Delay: A Systematic Review. **Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP**, v. 38, n. 1, p. 67–78, 1 jan. 2017.

MENDOZA T, L. A.; ARIAS G, M.; OSORIO R, M. Á. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en neonatos. **Revista chilena de pediatría**, v. 85, n. 2, p. 164–173, abr. 2014.

MILLER, R. I.; CLARREN, S. K. Long-term developmental outcomes in patients with deformational plagiocephaly. **Pediatrics**, v. 105, n. 2, 2000.

OLIVEIRA, G. Y. O. DE et al. Morfologia craniana e influência na qualidade da amamentação e sucção de lactentes. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 14, p. e29121444499, 14 dez. 2023.

OLIVEIRA, L. DE; MARTINS, M. S.; JÚNIOR, V. B. M. A intervenção fisioterapêutica em lactentes com assimetria craniana. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos** , v. 7, n. 14, p. e14676–e14676, 2 jan. 2024.

PEITSCH, W. K. et al. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. **Pediatrics**, v. 110, n. 6, 2002.

SANTIAGO, G. S. et al. Positional Plagiocephaly and Craniosynostosis. **Pediatric annals**, v. 52, n. 1, p. e10–e17, 1 jan. 2023.

SANTOS SAMPAIO, S. S. et al. Effects of Prone Positioning on Head Control in Preterm Infants: Randomized and Controlled Clinical Trial Protocol. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, p. 2375, 29 jan. 2023.

SARGENT, B. et al. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2024 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Physical Therapy Association Academy of Pediatric Physical Therapy. **Pediatric Physical Therapy**, v. 36, n. 4, p. 370–421, out. 2024.

SCHEIBL, U.; MITTERER, J. A. Multidisciplinary approach to treatment of positional cranial asymmetry in infants. **Orthopadie**, v. 53, n. 9, p. 709–718, 1 set. 2024.

STELLWAGEN, L. et al. Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. **Archives of disease in childhood**, v. 93, n. 10, p. 827–831, out. 2008.