



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

Allana Rocha Fernandes Costa

**CRANIOSSINOSTOSES E O CUIDADO À CRIANÇA NA REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

CUITÉ-PB  
2023

Allana Rocha Fernandes Costa

**CRANIOSSINOSTOSES E O CUIDADO À CRIANÇA NA REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, como requisito para obtenção da aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos

CUITÉ-PB

2023

C837c Costa, Allana Rocha Fernandes.

Craniossinostoses e o cuidado à criança na rede de atenção à saúde: uma revisão integrativa da literatura. / Allana Rocha Fernandes Costa. - Cuité, 2023.  
43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2023.

"Orientação: Profa. Dra. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos".

Referências.

1. Saúde pública. 2. Cuidado à criança. 3. Craniossinostoses. 4. Atenção à saúde - criança. 5. Rede de atenção à saúde - crianças. I. Santos, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito. II. Título

CDU 614(043)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**Allana Rocha Fernandes Costa**

**CRANIOSSINOSTOSES E O CUIDADO À CRIANÇA NA REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

O presente trabalho, apresentado como requisito para obtenção da aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, da Universidade Federal de Campina Grande -UFCG, foi apresentado à banca examinadora e aprovado no dia: 26 de Outubro de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos**  
Orientadora  
UFCG

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo**  
Membro da Banca Examinadora  
UFCG

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anajás da Silva Cardoso Cantalice**  
Membro da Banca Examinadora  
UFCG

**CUITÉ-PB**

2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho em especial a minha sobrinha, Maria Alice, que me inspirou na construção deste processo, mesmo sendo através de um problema que nos causou medo, principalmente por ser tão pequena, mas que me serviu de inspiração para valorizar mais ainda a importância do olhar amplo de cuidado. E ainda, aos meus pais, meu amor, minha orientadora, meus professores e membros da banca, que cooperaram de maneira inestimável para conclusão deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar forças, saúde e dedicação para concluir mais um ciclo da minha vida acadêmica.

Aos meus queridos e amados pais, Lúcia e Valter, que foram sempre fonte de apoio, incentivo e perseverança, que estiverem comigo todo tempo independentemente de qualquer coisa, sempre estavam lá, com palavras e atitudes que me fazem alcançar tudo que almejo. Sem vocês eu não conseguiria, meu sentimento é de eterna gratidão pelo exemplo de amor que vocês são, por contribuírem tanto na minha vida profissional quanto no meu crescimento pessoal, que me fazem ser quem sou hoje. O amor e bondade de ambos ultrapassam barreiras para me fazer bem.

Ao meu amor, Letícia Berto, por encher os meus dias de aconchego, amor, afeto e cuidados. Por acreditar em mim e depositar sempre confiança e credibilidade em tudo que faço. Obrigada por ser lar, por estar sempre ao meu lado, segurando forte a minha mão em todos os momentos, e por me deixar leve apenas se fazendo presente. A vida é boa, mas é bem melhor com você.

A Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Cuité, por ter me acolhido tão bem, por ter sido minha segunda casa e pelas grandes oportunidades ofertadas nessa trajetória.

A minha orientadora, por ter acreditado em mim e apoiado minhas ideias desde o início, por toda paciência, dedicação e conhecimentos compartilhados. Obrigada por ter sido um ser tão amável nessa fase tão importante.

Aos meus ilustres professores, exemplos de profissionais e seres humanos iluminados, vocês são essenciais, especiais e me inspiram muito. Sou privilegiada em ter usufruído de uma formação ministrada por todos. Minha eterna gratidão e admiração.

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

## RESUMO

**Objetivos:** Sumarizar o que a literatura indica sobre a craniossinostose e o cuidado à criança na rede de atenção à saúde para um diagnóstico precoce por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e o seguimento nos serviços de referência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, coletados no período de Julho à Setembro de 2023. Os descritores utilizados foram (Craniosynostoses) AND (Primary Health Care) AND (Diagnosis), os mesmo utilizados no *The Medical Subject Headings* (MeSH). Os estudos foram selecionados por meio de busca eletrônica através do acesso das bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) com acesso via BVS, Base Internacional de Guias Grade (BIGG), *National Library of Medicine* (PubMed), Base de dados Biomédicos da Elsevier (EMBASE) e Scopus via CAPES. **Resultados:** Foram revisados 9 artigos que apresentam o conceito de craniossinostose, tipos e classificações. Mencionam a importância de obter o diagnóstico precoce, com a identificação da(s) sutura(s) acometidas e da sua forma de apresentação. Esta condição pode ser congênita ou adquirida, nesse caso, com sua causa mais frequente relacionada a hábitos posicionais do bebê. Nas consultas, é essencial que haja uma anamnese, exame físico e dados antropométricos minuciosos para avaliar e reconhecer assimetrias cranianas. Os estudos relatam o essencial encaminhamento para os serviços especializados para dar seguimento ao tratamento. Além disso, as pesquisas relacionam o impacto do diagnóstico nas famílias e de como os profissionais podem atuar em conjunto para oferecer orientações e apoio emocional no processo. **Conclusão:** Desse modo, o estudo indica que existem espaços que ainda precisam ser preenchidos por falta de conhecimento para ter um diagnóstico oportuno, e assim, tornar o cuidado na atenção à saúde mais eficaz e hábil para direcionar os familiares as terapias necessárias nos serviços de referência. É imprescindível que os profissionais tenham ações de cuidados integrais, com um acompanhamento técnico-científico individual, efetivo e não mecanizado.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde, Assimetria craniofacial, Diagnóstico.



## **ABSTRACT**

**Objectives:** To summarize what the literature indicates about craniosynostosis and child care in the health care network for early diagnosis by Primary Health Care (PHC) professionals and follow-up in reference services. **Methodology:** This is a descriptive study, of the integrative literature review type, collected from July to September 2023. The descriptors used were (Craniosynostoses) AND (Primary Health Care) AND (Diagnosis), the same ones used in The Medical Subject Headings (MeSH). The studies were selected through an electronic search through access to the following databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) with access via VHL, Base Internacional de Guias Grade (BIGG), National Library of Medicine (PubMed), Base Biomedical data from Elsevier (EMBASE) and Scopus via CAPES. **Results:** 9 articles were reviewed that present the concept of craniosynostosis, types and classifications. They mention the importance of obtaining an early diagnosis, identifying the affected suture(s) and their form of presentation. This condition can be congenital or acquired, in this case, its most frequent cause is related to the baby's positional habits. During consultations, it is essential that there is anamnesis, physical examination and detailed anthropometric data to evaluate and recognize cranial asymmetries. Studies report that referral to specialized services is essential to continue treatment. Furthermore, research relates the impact of the diagnosis on families and how professionals can work together to offer guidance and emotional support in the process. **Conclusion:** Thus, the study indicates that there are spaces that still need to be filled due to lack of knowledge to have a timely diagnosis, and thus, make health care more effective and skillful to direct family members to the necessary therapies in health services. **reference.** It is essential that professionals have comprehensive care actions, with individual, effective and non-mechanized technical-scientific support.

**Keywords:** Primary Health Care, Craniofacial Asymmetry, Diagnosis.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 OBJETIVOS</b>	13
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	14
<b>3.1 Tipo do estudo</b>	14
<b>3.2 Etapas do estudo</b>	14
3.2.1 Questão Norteadora	15
3.2.2 Coleta de Dados	15
3.2.3 Fonte de Busca de Dados	15
3.2.4 Definição dos Critérios de Inclusão e Exclusão	16
3.2.5 Estratégias de Busca nas Bases de Dados	16
3.2.6 Extração dos dados.	16
3.2.7 Análise crítica dos dados	16
<b>4 RESULTADOS</b>	24
<b>5 DISCUSSÃO</b>	34
<b>6 CONCLUSÃO</b>	39
<b>REFERÊNCIAS</b>	40
<b>ANEXOS</b>	42

## 1 INTRODUÇÃO

O termo cranioestenose ou craniossinostose se caracteriza como uma malformação congênita causada pelo processo de fusão prematura de uma (simples) ou múltiplas suturas cranianas (composta), manifestando consequências como, deformidades cranianas ou craniofaciais e graus variados de desproporção volumétrica entre o crânio e o encéfalo. As alterações nas suturas causam restrições no desenvolvimento de parte do crânio, compensadas por crescimento anormal em outras áreas (GooS, Mathijssen, 2019). Quanto mais suturas estiverem envolvidas na fusão prematura, maior é o risco da subsequente restrição do crescimento normal do encéfalo e limitação do desenvolvimento neurológico da criança (Taylor *et al.*, 2001).

A prevalência ao nascimento de todos os tipos de craniossinostose, isolada e sindrômica, é de 343 por milhão. Sua incidência estimada em 1:2.000-2.500 nascidos vivos, sendo apenas 8% sindrômicas (Costa *et al.*, 2023). A sutura sagital (escafocefalia) torna-se mais comum com incidência de 60%, a sutura coronal, que pode ser unilateral ou bilateral, é a segunda mais afetada e a sutura metópica (trigonocefalia) é menos frequente; já a sinostose lambdóide é rara. As sinostoses sindrômicas são causadas por mutações específicas, algumas podem ser de origem genética e se manifestam com múltiplas alterações sistêmicas (Márquez, Herazo Bustos, Wagner, 2021).

Algumas malformações podem estar associadas, como as relacionadas ao sistema nervoso central (SNC), cardíacas, músculo-esqueléticas, respiratórias e de vias urinárias. Associadas ou não às síndromes, estas malformações em SNC podem estar presentes em cerca de 0,6% dos portadores de escafocefalia, 4,3% dos portadores de trigonocefalia, 2,2% nas plagiocefalia e 4,5% nos casos de braquicefalia não sindrômica (Melo, 2014).

Dentre as consequências de morbidade e de mortalidade estão relacionadas à hipertensão intracraniana, hidrocefalia, obstruções das vias aéreas superiores e atraso do desenvolvimento, principalmente nos casos sindrômicos. Cerca de 85% dos casos são não-sindrômicos, sendo que destes, 75% são sinostoses de sutura única e cerca de 60% são sinostoses sagitais, Também pode ser encontrada assimetria óssea, tanto no crânio como na face (Márquez, Bustos, Wagner, 2021).

Geralmente, a craniossinostose está presente no nascimento, porém nem sempre é vista quando é de forma mais discreta. Normalmente, é detectada como uma deformidade craniana durante os primeiros meses de vida. O diagnóstico é realizado mediante exame físico, com inspeção do formato craniofacial, como também, a palpação das bordas das suturas e profundidade das fontanelas, além do uso de métodos por imagens, envolvendo radiografias e tomografias computadorizada do crânio (Oliveira, 2018).

O fechamento precoce das suturas pode ser difícil de se reconhecer, neste sentido é imprescindível acompanhar o perímetro cefálico (PC) para contemplar o achado apropriado (Garduño, 2004). Sendo assim, o reconhecimento prévio de um lactente com craniossinostose é essencial desde a vida pré-natal. Para tanto, a equipe multidisciplinar é peça fundamental para identificar o momento correto e ter uma intervenção satisfatória e oportuna. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um espaço substancial para o rastreamento de diagnósticos e iniciar medidas de tratamento dessas condições neurológicas pediátricas (Susan; Karen, 2000).

Ante o exposto, quanto antes forem identificados achados, melhores serão os prognósticos, como não ser necessário tratamento cirúrgico; ser possível implementar medidas de custos a valores mais baixos, bem como permitir um acompanhamento em equipe para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança (McCarthy, 2012). Diante disso, surge como questão de pesquisa: O que a literatura aponta de evidência acerca da craniossinostose e o cuidado à criança na rede de atenção à saúde para um diagnóstico precoce e dar seguimento nos serviços de referência?

Tendo em vista a importância da identificação precoce da craniossinostose para prevenção de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, e considerando a necessidade de qualificação profissional desde o primeiro ponto da rede de atenção, que é a APS, destaca-se a relevância científica deste estudo.

Ademais, justifica-se esta investigação diante da escassez de estudos na literatura que apontem abordagens para identificação de sinais e sintomas da craniossinostose pelos profissionais de saúde da atenção primária, diretamente envolvidos no cuidado à saúde da criança, e como deve ser o seguimento desse cuidado na rede de atenção à saúde. O intuito é possibilitar ampliar a visibilidade às informações acerca da temática, bem como subsidiar a estruturação de informações sobre fluxo e instrumentos necessários para direcionar um itinerário assistencial

oportuno e qualificado. Assim, contribuir com o cuidado integral e integrado à criança a partir da capacitação dos profissionais e gestores objetivando fortalecer a comunicação da equipe na rede de atenção à saúde, e qualificar o cuidado a partir da identificação precoce e percurso oportuno para um seguimento adequado.

## **2 OBJETIVO**

Sumarizar o que a literatura aponta acerca da craniossinostose e o cuidado à criança na rede de atenção à saúde para um diagnóstico precoce por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e o seguimento nos serviços de referência.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, o qual se constitui em um método para resumir resultados adquiridos de buscas a respeito de um tema ou casos, de forma sistemática, coordenada e envolvente. É assim classificada visto que dispõe de informações mais desenvolvidas sobre um conteúdo e/ou adversidade, proporcionando, assim, um conjunto de informações pertinentes. Destarte, o revisor/pesquisador pode gerar uma revisão integrativa com distintas finalidades, sendo capaz de conduzir e realizar conteúdos, revisão de teorias ou análise metodológica das pesquisas implicadas de um eixo próprio (Ercole; Melo e Alcoforado, 2014).

A intenção primordial deste método de pesquisa é adquirir um alto entendimento de um estipulado fenômeno baseado em estudos antecedentes. É imprescindível seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A prática baseada na evidência (PBE) é uma técnica de solução de problemas na prática clínica que compreende um uso minucioso da melhor disponibilidade de evidência que se comunica com experiência clínica, prioridades e valores significativos do indivíduo (Sousa et al., 2018).

A PBE, cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, engloba o significado do problema clínico, a identificação das informações fundamentais, à condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, o reconhecimento da aplicação dos dados provenientes das publicações e a determinação de sua utilidade para o paciente (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a saúde, já que geralmente os profissionais têm um tempo escasso para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para redigir uma revisão integrativa seguem-se seis etapas para sua construção (Souza; Silva; Carvalho, 2010): Primeira etapa: definir a pergunta norteadora; Segunda etapa: busca ou amostragem na literatura; Terceira etapa: Coleta de dados; Quarta etapa: análise crítica dos estudos incluídos; Quinta etapa: discussão dos resultados; Sexta etapa: conclusões/apresentação da revisão integrativa.

## **3.2 ETAPAS DO ESTUDO**

### **3.2.1 Questão Norteadora**

Para formular a questão norteadora de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO: P (população); I (Interesse); Co (Contexto), sendo a população: profissionais da saúde; interesse: conhecimento sobre craniossinostose; e o contexto: diagnóstico precoce e seguimento do cuidado na rede de atenção à saúde. Assim, ficou definido como pergunta para alcançar o objetivo do vigente estudo: “O que a literatura aponta de evidência acerca da craniossinostose e o cuidado à criança na rede de atenção à saúde para um diagnóstico precoce e o seguimento nos serviços de referência?”.

### **3.2.2 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada no período de Julho à Setembro de 2023.

### **3.2.3 Fonte de Busca de Dados**

A amostra final foi composta por artigos disponibilizados na íntegra a partir do acesso online da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através da opção de *login* da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) disponível pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) com acesso via BVS, Base Internacional de Guias Grade (BIGG), *National Library of Medicine* (PubMed), Base de dados Biomédicos da Elsevier (EMBASE) e Scopus via CAPES, sendo aplicados os seguintes descritores em todas, (Craniosynostoses) AND (Primary Health Care) AND (Diagnosis).

### **3.2.4 Definição dos Critérios de Inclusão e Exclusão**

Quanto aos critérios de inclusão dos artigos, foram incluídos artigos completos com acesso aberto, sem espaço de tempo definido. E excluídos, os duplicados e estudos que não responderam à questão de pesquisa. Ressalta-se que este intervalo temporal foi escolhido devido à escassez de evidências sobre a temática investigada.

### **3.2.5 Estratégias de Busca nas Bases de Dados**

Os descritores utilizados foram selecionados mediante consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Assim, foram empregadas as seguintes combinações de palavras chaves na língua inglesa: (Craniosynostoses) AND (Primary Health Care) AND (Diagnosis) os mesmo utilizados no *The Medical Subject Headings* (MeSH). Realizou-se um estudo piloto para melhor escolha dos descritores.

### **3.2.6 Extração dos dados.**

A seleção do material se deu por meio da leitura dos títulos e resumos para verificar se respondiam à questão norteadora, por uma pesquisadora independente, exportados em formato EndNote para o programa de revisão da web *Rayyan Qatar Computing Research Institute* (Rayyan QCRI), usado também para identificar duplicatas de estudos. Em seguida, realizou-se uma análise crítica dos materiais na íntegra que se encaixam nos critérios de inclusão.

Para apresentação de todo o processo de busca e seleção dos artigos e documentos nas bases de dados foi elaborado o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*).

Para a extração das características dos artigos e dos resultados foi utilizado o instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005).

### **3.2.7 Análise crítica dos dados**

Os resultados foram discutidos à luz da literatura pertinente. Na avaliação crítica dos estudos primários foram utilizados os níveis de evidência, segundo a pirâmide proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) que avalia os estudos com a questão clínica direcionada para o tratamento/intervenção e possui os seguintes níveis de evidência: N1: revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; N2: ensaios clínicos randomizados controlados; N3:



ensaio clínico sem randomização; N4: coorte e caso-controle; N5: revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; N6: estudo descritivo ou qualitativo e N7: opinião de especialista

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 DIAGNÓSTICO

Geralmente é diagnosticada como uma deformidade craniana nos primeiros meses de vida. O diagnóstico depende de exame físico e de exames radiográficos, incluindo radiografia simples e tomografia computadorizada (TC). A história da posição do bebê para dormir é importante na diferenciação de craniossinostose de plagiocefalia sem sinostose (Kabbani, Raghuv eer; 2004). Para garantir um diagnóstico preciso é necessário que haja uma visão holística que inclua uma anamnese seguida de exame físico detalhado da criança nas consultas de puericultura, que funciona como um padrão ouro no rastreio e detecção (Dias *et al.*, 2020).

É preferível que o encaminhamento oportuno seja feito de maneira prematura, para que se faça os exames de imagem necessários indicados pelos especialistas, mesmo em casos questionáveis de craniossinostose. Para crianças com PD occipital, o diagnóstico geralmente é óbvio pela inspeção clínica, ausência de deformidade significativa ao nascimento e ausência de abaulamento retroauricular. Atrasos no encaminhamento muitas vezes levam a correções cirúrgicas mais abrangentes, caso já tenha acontecido o fechamento das fontanelas (Dias *et al.*, 2020).

Enquanto o crescimento adequado da cabeça estiver ocorrendo dentro da curva normal e o formato da cabeça também, não deve haver preocupações. A craniossinostose de sutura única produz anormalidades consistentes na forma da cabeça que devem ser prontamente identificáveis pelo profissional de saúde. Como tanto a craniossinostose de sutura única quanto a PD/BD geralmente podem ser diagnosticadas no exame clínico, exames de imagem para a avaliação inicial da forma da cabeça do lactente não são recomendados para evitar a exposição da criança a radiação desnecessária. A investigação e o tratamento de bebês com

braquicefalia são muito semelhantes aos de plagiocéfalia deformacional (Dias *et al.*, 2020).

A avaliação posterior de bebês com craniossinostose pode revelar inclinação do crânio, protuberância da mastóide e formato de paralelogramo, com ou sem altura craniana assimétrica, onde o lado achatado parece mais curto. Durante o exame, é necessário palpar as fontanelas e observar deformidades como abaulamento ou estrias nas linhas de sutura. Uma história completa é fundamental para a avaliação adequada da PD, pois o diagnóstico é muitas vezes baseado na história clínica e confirmado através do exame físico (Unwin, Dika; 2017).

Uma anamnese efetiva integra a avaliação de todos os fatores de risco pré/pós-natais para PD e torcicolo muscular congênito. É importante determinar o formato da cabeça do bebê ao nascer. Embora os fatores de risco intra-útero possam ocasionalmente causar deformidades significativas, a PD desenvolve-se mais frequentemente durante as primeiras semanas de vida pós-natal. (Unwin, Dika; 2017) O exame físico começa com uma inspeção geral que inclui comprimento, peso e perímetro cefálico.

Os marcos do desenvolvimento são então avaliados usando recursos apropriados e uma avaliação céfalo caudal, incluindo um exame neurológico. O profissional inicia a avaliação inspecionando a cabeça a partir do vértice, das posições anterior e posterior. É melhor ser avaliado examinando o bebê sentado no colo do cuidador e observando a cabeça de cima. O avaliador pode então colocar um dedo em cada orelha para avaliar o posicionamento das orelhas do bebê. Nos casos de PD, a orelha afetada será anterior à orelha oposta e alguma proeminência pode ser evidente no lado afetado (Unwin, Dika; 2017).

Para pacientes com craniossinostose, a orelha é mais deslocada tanto posteriormente quanto inferiormente. O formato normal da cabeça a partir da posição do ponto mais alto da cabeça é um pouco mais longo do que largo. Em lactentes com PD, a posição do cume assemelha-se a um paralelogramo, com achatamento unilateral da testa e occipital contralateral. (Unwin, Dika; 2017). Na craniossinostose, o achatamento das regiões occipital e frontal no lado afetado faz com que o crânio assumira uma forma trapezoidal. É possível que bebês com sinostose lambdóide apresentem formato de cabeça em paralelogramo. Estudos diagnósticos podem ser necessários nos casos em que o diagnóstico é incerto, o paciente é refratário ao tratamento ou o formato da cabeça é anormal no

nascimento. O diagnóstico é especialmente importante se a diferenciação entre PD e craniossinostose não for clara (Unwin, Dika; 2017).

Além do exame clínico, muitas ferramentas estão disponíveis para o diagnóstico clínico da DP, incluindo paquímetros antropométricos, dispositivos de moldagem, dispositivos digitais com análise de software, fotografias, imagens radiológicas e dispositivos de digitalização tridimensional. De acordo com Bookland, *et al.* (2021), em sua pesquisa nos Estados Unidos, exploraram a precisão de um software de classificação da forma craniana no diagnóstico de craniossinostose em recém-nascidos. Os resultados mostraram que o software teve uma alta precisão, sugerindo seu potencial uso em rastreamento remoto e telemedicina, que também poderia ser usado para dar suporte na rede de atenção primária à saúde. Essa abordagem inovadora pode facilitar o diagnóstico precoce de forma acessível.

Os dismorfologias craniofaciais são especialistas que enfrentam essa condição regularmente. Os prestadores de cuidados primários devem estar com o conhecimento aguçado para identificar essa questão nas consultas e participar na prevenção e conduta. A imagem radiológica sujeita os bebês à radiação e não é necessária para a maioria das crianças com plagiocefalia; os exames de imagem necessários geralmente devem ser solicitados por especialistas. Em até 80% dos bebês com DP lateral, a testa do lado achatado é deslocada para frente. Em alguns casos de plagiocefalia, o topo da cabeça pode não estar nivelado. Em bebês com achatamento posterior (braquicefalia), a cabeça parece larga e o crânio pode ser proeminente acima das orelhas (Looman *et al*, 2012).

Numa perspectiva posterior, procure a simetria da base do crânio, pois o abaulamento occipitomastóideo pode indicar craniossinostose da sutura lambdóide naquele lado do crânio. Do ponto de vista de cima, procure por simetria entre os lados direito e esquerdo e observe qualquer achatamento em uma parte da cabeça. O formato normal da cabeça é ligeiramente mais longo do que largo. Colocar um dedo indicador em cada um dos condutos auditivos externos do bebê e visualizar de cima pode auxiliar na detecção do deslocamento anterior ou posterior de uma orelha, o que pode ocorrer na plagiocefalia. Na visão lateral, observar rebaixamento na parte de occipital cabeça ou testa alta e inclinada. Como também, analisar a simetria dos lados esquerdo e direito (Looman *et al*, 2012).

Ao interagir com o bebê, observe qualquer preferência pela rotação lateral direita ou esquerda do pescoço. Por fim, investigar por qualquer sulco nas linhas de

sutura, o que pode indicar craniossinostose. Distinguindo Plagiocefalia Deformacional de Sinostótica. Deformidades progressivas e persistentes no formato da cabeça podem ser devidas a outros fatores além de forças externas que levam à moldagem. Em alguns casos, a plagiocefalia é resultado da fusão prematura de uma ou mais suturas (Looman *et al*, 2012).

A craniossinostose lambdóide pode ser diferenciada da DP pela história e apresentação clínica. Duas características distintivas importantes são o deslocamento da orelha (a orelha ipsilateral é deslocada posteriormente na craniossinostose lambdóide e deslocada anteriormente na DP) e a presença de cristas ósseas palpáveis ao longo da sutura entre os ossos parietais e occipital na craniossinostose lambdóide. A sinostose coronal bilateral pode levar à braquicefalia, que se apresenta de forma semelhante à DP posterior. Na avaliação antropométrica as medidas físicas efetivas auxiliam no diagnóstico e manejo clínico do bebê com presença de anormalidade no molde do crânio. O valor obtido é comparado com os números normais relacionados à idade (Looman *et al*, 2012).

É realizada a verificação do perímetro cefálico (PC), medido na glabella e no ponto mais proeminente no occipício. O índice cefálico é usado para quantificar a relação entre a largura da cabeça e o comprimento da cabeça. O IC é calculado como a razão entre a largura da cabeça e o comprimento da cabeça, multiplicado por 100. Os profissionais que incluem uma avaliação visual abrangente da cabeça do bebê em todos os exames da criança saudável provavelmente reconhecerão sinais precoces de assimetria quando a condição for mais passível de tratamento conservador (Looman *et al*, 2012).

É necessário que haja um exame físico completo pelos profissionais da atenção primária e com entendimento para identificar causas suspeitas. Para prevenir a plagiocefalia deformacional, os pais devem ser orientados sobre a importância de alterar as posições do bebê ao dormir. A presença de sulcos persistentes nas linhas de sutura em uma criança com cabeça de formato anormal é sugestiva de craniossinostose. O exame clínico de bebês com malformações craniofaciais deve incluir avaliação cuidadosa do pescoço, coluna, dedos das mãos e dedos dos pés (Kabbani, Raghuvier; 2004).

A radiografia simples é o primeiro passo na avaliação de suspeita de craniossinostose e é suficiente para o diagnóstico de sutura única. O valor diagnóstico da tomografia computadorizada supera o da radiografia simples, pois as

suturas podem ser identificadas com mais precisão na tomografia computadorizada. Além do mais, a tomografia computadorizada ajuda na avaliação do cérebro quanto a anormalidades estruturais (por exemplo, hidrocefalia, agenesia do corpo caloso) e no descarte de outras origens de crescimento assimétrico, como o hematoma subdural crônico (Kabbani, Raghuveer; 2004).

#### 4.2 MEDIDAS DE PREVENÇÃO

A mudança de posição não é tão eficaz após os 4 meses de idade. Independentemente do risco de desenvolver a assimetria, é essencial que os bebês sejam colocados nessas posições em alguns momentos do dia enquanto acordados, para que haja monitorização deles, já que esta posição alivia a pressão no crânio e promove o desenvolvimento de habilidades motoras gerais. As barreiras comuns para atingir o total recomendado de 30-60 minutos para manter o bebê colocado de bruços por dia inclui na falta de tempo dos responsáveis fornecerem supervisão adequada, além de existirem respostas negativas dos bebês à posição prona (Unwin, Dika; 2017).

As estratégias para superar esses obstáculos incluem a divisão do tempo da posição em várias sessões de 10 ou 15 minutos. O início precoce de sessões curtas que aumentam lentamente com o tempo, a introdução de brinquedos para manter o bebê ocupado, o cuidador colocando o ele no chão e deitando a criança de bruços no peito até que se acostume com essa posição. Outros métodos de prevenção incluem o uso de cadeirinhas infantis restrito apenas quando for viajar e evitar o assento que deixe na posição supina por períodos de tempo maiores, causando pressão occipital.

A contraposição também pode ser eficaz e envolve colocar a cabeça do bebê longe de sua posição preferida durante o sono. Vários estudos encorajaram o encaminhamento precoce à fisioterapia para crianças com Torcicolo Muscular Congênito (CMT) para diminuir a ocorrência de DP grave. (Unwin, Dika; 2017) Exercícios para aliviar o torcicolo e posicionar o lado arredondado da cabeça no colchão podem ajudar a corrigir o achatamento da cabeça (Kabbani, Raghuveer; 2004).

### 4.3 IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE

Profissionais dos cuidados primários devem encaminhar preocupações sobre o formato assimétrico da cabeça de bebês durante o exame físico de rotina realizado nas unidades básicas de atendimento para equipes especializadas. A importância dessa visualização da oportunidade de fazer um encaminhamento oportuno a equipe de saúde especializada, que inclui um neurocirurgião pediátrico e um cirurgião craniofacial. Esse direcionamento é essencial para auxiliar a família no diagnóstico precoce para lidar com o processo de recuperação (Dias et al., 2020).

O diagnóstico de craniossinostose requer encaminhamento urgente devido ao risco de complicações graves como: aumento da pressão intracraniana (PIC); inibição do crescimento cerebral; atrasos na cognição; déficits de visão, audição e fala; obstrução das vias aéreas; e retardo de crescimento (Unwin, Dika; 2017).

O encaminhamento prévio é garantido se o diagnóstico não for claro ou se o profissional de saúde não tiver certeza de como proceder. Destaca-se ressaltar a importância dos profissionais que atuam na atenção primária de terem o conhecimento específico para prevenir e identificar esses casos na prestação de cuidados na consulta de puericultura (Unwin, Dika; 2017).

Muitos recém-nascidos com amplitude de movimento limitada do pescoço não são diagnosticados ou informados devido a um exame físico ineficaz ou porque somente situações mais graves são notificadas. A alta prevalência de torcicolo ao nascimento apoia a hipótese de que a deformação segue a preferência rotacional da cabeça. Independentemente da direção, é importante identificar e tratar o torcicolo como parte do plano de procedência da PD, porque o torcicolo pode limitar os esforços de reposicionamento da terapia e do desenvolvimento normal. A fisioterapia é importante e o torcicolo precisa ser tratado como uma condição separada, o que envolve uma abordagem multidisciplinar (Looman et al, 2012).

### 4.4 TRATAMENTO

Nas condições mais graves, as opções de tratamento cirúrgico incluem reparos abertos e endoscópicos. A terapia adjuvante com capacete é recomendada por até 1 ano de pós-operatório, depois de reparos endoscópicos mais limitados. Os procedimentos cirúrgicos a serem realizados podem incluir suturectomia endoscópica com terapia secundária com o uso capacete (órtese), cranioplastia

assistida por mola e remodelamento subtotal e completo da abóbada craniana (Dias et al., 2020).

As vantagens da suturoectomia endoscópica incluem incisões menores e menor tempo operatório, tempo de internação e perda sanguínea, mas a correção deve ser realizada precocemente (durante os primeiros meses de vida) e seguida por até 12 meses de terapia pós-operatória com capacete de moldagem que deve ser usado 23 horas por dia para obter correção. (Dias et al., 2020) As vantagens da correção cirúrgica aberta incluem correção mais imediata e completa, sem a necessidade de terapia prolongada com capacete de moldagem. As desvantagens incluem maior incisão, maior tempo operatório e maior perda sanguínea intraoperatória (Dias et al., 2020).

É geralmente aceito que a terapia conservadora, incluindo reposicionamento e fisioterapia, seja indicada como tratamento inicial e que órteses cranianas só devem ser consideradas se nenhuma melhora for observada durante esse tratamento. Várias opiniões em pesquisas incluem o tratamento conservador até os 4-6 meses de idade (Unwin, Dika; 2017). Os tratamentos conservadores podem incluir: mudança da posição da cabeça do bebê durante o sono; mudança de posição do berço no quarto; alternância da posição do bebê no berço; segurar o bebê com maior frequência; diminuir o tempo gasto nos assentos do carro enquanto não estiver dirigindo; e garantir os 30-60 minutos recomendados na posição prona sob supervisão dos responsáveis todos os dias (Unwin, Dika; 2017).

Segundo a AAP, é recomendado 6-8 semanas de tratamento conservador antes de relatar que não houve alterações. Os pais precisam estar cientes de que o reposicionamento pode evitar maior achatamento, porém não irá corrigir deformidades já existentes. Independentemente da escolha do tratamento (conservador ou órtese), a deformidade se tornará menos perceptível à medida que a cabeça da criança cresce e pode eventualmente parecer ter desaparecido (Unwin,Dika; 2017).

As órteses cranianas não moldam ou comprimem o crânio, mas ajudam a direcionar o crescimento craniano para a área achatada. Por esta razão, as órteses são mais eficazes durante períodos de rápido crescimento, como o primeiro ano de vida, no qual as suturas cranianas estão permitindo o desenvolvimento e expansão encefálica. O crescimento craniano tende a diminuir após os 12 meses de idade e o tratamento ortopédico além dessa fase é usualmente classificado como ineficaz.

Deve ocorrer aumento gradual na circunferência da cabeça, indicando uma melhora na condição.

Esses equipamentos demandam envolvimento total dos pais, já que é recomendado seu uso exclusivo durante 20 a 23 horas diárias pelo tempo de 2-6 meses, dependendo da gravidade e da idade e pelo quanto o neurocirurgião pediátrico achar necessário no caso de correção. O custo do capacete é alto, pois cada um é único e feito especialmente para cada criança de forma individual, que permite a cada consulta fazer o remodelamento para seguir de acordo com o crescimento. É necessário também orientar os responsáveis a se atentar quanto ao uso das órteses, já que mal ajustadas elevam o risco de causarem lesões de pressão e dermatite de contato. Ortopedistas e os profissionais especializados envolvidos devem monitorar e fazer os ajustes regularmente (Unwin, Dika; 2017).

A avaliação do desenvolvimento é essencial como parte do tratamento de crianças com esta condição. O tratamento da PD grave é, sem dúvida, mais caro do que o tratamento precoce da PD leve ou moderada. A compreensão dos fatores de risco e do curso natural do desenvolvimento e do crescimento do crânio permitirá que o prestador de cuidados de saúde pediátrico participe ativamente na prevenção e no tratamento precoce da DP (Looman et al, 2012).

A correção cirúrgica raramente é necessária em lactentes com plagiocefalia deformacional. Entretanto, a cirurgia é quase sempre indicada para a correção da sinostose lambdóide (Kabbani, Raghuvier; 2004). O melhor momento para intervir é quando o bebê tem entre 3 a 9 meses de idade. Entretanto, bebês com sintomas e sinais de aumento da pressão intracraniana necessitam de descompressão através de cirurgia com urgência. É necessário um acompanhamento cuidadoso do paciente após a cirurgia para garantir que as suturas não se recusem. É necessária a monitorização pós-operatória do perímetro cefálico e a verificação de sinais e sintomas de aumento da pressão intracraniana (Kabbani, Raghuvier; 2004).

#### 4.5 CONSEQUÊNCIAS

As principais complicações associadas à craniossinostose não corrigida incluem aumento da pressão intracraniana, assimetria da face e má oclusão. A assimetria das órbitas leva ao estrabismo. (Kabbani, Raghuvier; 2004) A existência dessa hipertensão intracraniana é maior entre crianças mais velhas não tratados. (Dias et al., 2020) Evidências emergentes sugerem que bebês com PD são menos



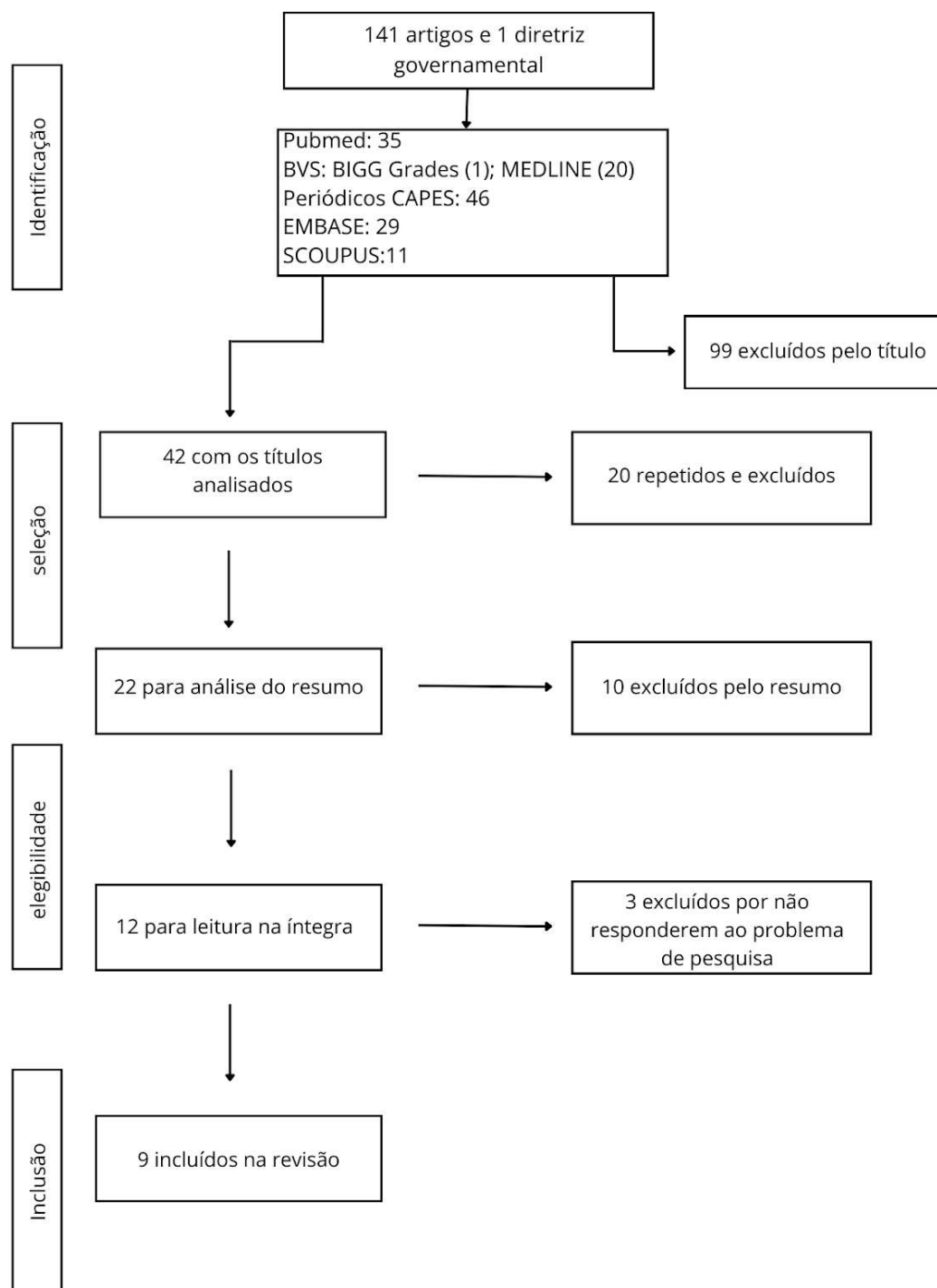
ativos, têm tônus variável e apresentam atraso em algumas áreas do desenvolvimento em comparação com sua idade (Looman *et al*, 2012).

Comorbidades como perda auditiva, dificuldade de fala ou atraso no desenvolvimento são relatadas dentro das revisões estudadas. Atrasos físicos, mentais, cognitivos, emocionais ou comportamentais também foram mencionados. Outros estudos concluíram que bebês com PD têm 3-4 vezes maior probabilidade de ter dificuldades no desenvolvimento motor e de linguagem. Considerando que o PD não deve ser usado como marcador de atraso no desenvolvimento, bebês podem estar em risco. Os profissionais de cuidados primários devem reconhecer esse aspecto e acompanhar integralmente o desenvolvimento dos bebês. A possível ligação entre a PD e o atraso no desenvolvimento destaca ainda mais a importância da prevenção, do rastreamento e da intervenção precoce (Unwin, Dika; 2017).

## 5 RESULTADOS

Um total de 142 estudos foram identificados por meio da busca eletrônica em 3 bibliotecas virtuais e 2 bases de dados, 9 foram incluídos a partir dos critérios de elegibilidade. A Figura 1 mostra como ocorreu a seleção dos estudos.

**Figura 1:** Fluxograma PRISMA



Os estudos variaram entre 2004 e 2021, com quatro países distintos, com país de maior produção sendo os Estados Unidos. O tipo de estudo com maior prevalência encontrado na pesquisa foram os estudos retrospectivos.

**Quadro 1-** Categorização dos artigos por título, país de estudo, ano, objetivo, metodologia e nível de evidência.

Artigo – Estudo - Autores	Título, país de estudo e ano	Objetivo	Metodologia e Nível de evidência
A1 Wong-Gibbons <i>et al</i>	Maternal reports of satisfaction with care and outcomes for children with craniosynostosis.  Estados Unidos, 2009	-Examinar as percepções maternas de satisfação com o atendimento médico e cirúrgico recebido com as crianças diagnosticadas com craniossinostose, os resultados do tratamento, a saúde geral percebida de seu filho e o acesso aos cuidados da equipe e ao apoio e recursos disponíveis.	-Estudo de caso controle - Nível IV
A2 Dias, <i>et al</i>	Identifying the Misshapen Head: Craniosynostosis and Related Disorders.  Estados Unidos, 2020	-Revisar as alterações características da forma da cabeça, bem como as características craniofaciais secundárias, que ocorrem no contexto das várias craniossinostoses e deformações primárias.	-Estudo retrospectivo - Nível IV
A3 Unwin, Dika	Deformational Plagiocephaly—A Focus on Prevention  Estados Unidos, 2017	-Ressaltar a importância do rastreamento precoce e apresentar estratégias de prevenção.	-Revisão sistemática - Nível V
A4 Looman, Wendy S.,	Evidence-Based Care of the Child With Deformational	- Apresentar uma visão geral da avaliação, diagnóstico e manejo	- Estudo de coorte - Nível IV

Flannery	Plagiocephaly, Part I: Assessment and Diagnosis  Estados Unidos, 2012	baseado em evidências das craniossinostoses para profissionais de saúde.	
A5 Jasmina	Early Diagnosis of Craniosynostosis In Infants At Primary Health Care  Sérvia, 2014	-Apresentar um estudo de caso sobre craniossinostose em um bebê do sexo feminino, com foco na importância do diagnóstico precoce e da intervenção cirúrgica	- Estudo de caso - Nível IV
A6 Kabbani, H; Raghuveer	Craniosynostosis; Estados Unidos, 2004	-Apresentar o conceito de craniossinostose e distinguir suas diferentes apresentações e como obter seu diagnóstico através de exames.	-Revisão sistemática - Nível V
A7 O'Sullivan <i>et al</i>	X-rays had little value in diagnosing children's abnormal skull shapes, and primary care clinicians should refer concerns to specialist teams  Irlanda, 2020	-Este estudo examinou o consenso entre o diagnóstico radiológico da atenção primária e o diagnóstico clínico especializado de formas cranianas anormais em crianças	-Estudo retrospectivo - Nível IV

<p>A8 Bookland, <i>et al.</i></p>	<p>Image processing and machine learning for telehealth craniosynostosis screening in newborns Markus J. Bookland, MD, Edward S. Ahn, MD, Petronella Stoltz, DNP, APRN, and Jonathan E. Martin MD Estados Unidos, 2021</p>	<p>- Os autores procuraram avaliar a precisão de um novo sistema de software de diagnóstico compatível com telessaúde para identificar craniossinostose em uma população de recém-nascidos (&lt; 1 ano de idade). A Concordância com padrão ouro craniométrico do diagnóstico também foi avaliado.</p>	<p>-Estudo retrospectivo - Nível IV</p>
<p>A9 Kuta <i>et al.</i></p>	<p>Understanding families' experiences following a diagnosis of non-syndromic craniosynostosis: a qualitative study Canadá, 2020</p>	<p>-Neste estudo, o autores tiveram como objetivo examinar qualitativamente o psicossocial e as experiências de famílias com uma criança diagnosticada com craniossinostose.</p>	<p>-Estudo qualitativo - Nível V</p>

Os achados variaram em relação aos cuidados necessários para identificação precoce, pois a partir de achados pertinentes através da assistência prestada será possível fazer o encaminhamento da criança para os serviços especializados darem continuidade a investigação.

A maioria dos estudos abordaram o conceito, a classificação, os tipos, as estratégias de prevenção, a necessidade dos profissionais possuírem conhecimento

das formas de avaliação para identificação na atenção primária, o uso de sistemas de *Software* para auxílio diagnóstico, o período ideal para intervenções terapêuticas, complicações cirúrgicas e pós cirúrgicas.

Com menor frequência, foram encontrados estudos que discutem a relação psicológica e emocional familiar, presente após o fechamento do diagnóstico, que consequentemente acarretam em inseguranças, preocupações com o tratamento e as consequências que a assimetria podem causar de imediato e a longo prazo.

#### Quadro 2 – Apresentação dos resultados

Artigo	Resultados
A1	<p>A <b>classificação</b> exata da craniossinostose, pode variar com base na localização e extensão do fechamento prematuro das suturas, podendo envolver uma variedade de suturas cranianas (coronal, lambdóide, metópica ou sagital) e se o caso envolve uma ou múltiplas suturas.</p> <p>Em relação ao <b>tratamento</b>, as crianças tiveram a cirurgia para reparar a craniossinostose, indicando que o diagnóstico foi seguido de tratamento cirúrgico. <b>Após a cirurgia</b>, algumas crianças experimentaram comorbidades, como perda auditiva, dificuldades de fala, atraso no desenvolvimento, atrasos cognitivos ou emocionais. A maioria das crianças recebeu <b>cuidados especializados</b>, como terapia comportamental, emocional ou fonoaudiologia quando necessário. No entanto, algumas mães relataram não receber cuidados em equipe, apesar da importância do cuidado multidisciplinar no tratamento da craniossinostose. O texto sugere que há margem para melhorias na qualidade dos cuidados, especialmente no que diz respeito às informações e opções de tratamento fornecidas aos pais.</p>
A2	<p>A craniossinostose é <b>definida</b> como uma condição caracterizada pelo fechamento prematuro de uma ou mais suturas cranianas, levando a deformações na forma da cabeça devido à falta de crescimento normal do crânio durante o desenvolvimento. Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na <b>identificação precoce</b> dessas anormalidades cranianas, sendo essencial reconhecer crianças com</p>

	<p>formas anormais de crânio resultantes de processos sinostóticos e deformacionais. O <b>diagnóstico precoce</b> é fundamental para garantir tratamentos apropriados, como é o caso da sinostose sagital, um tipo comum de craniossinostose, frequentemente diagnosticada nos primeiros meses de vida, permitindo a realização de cirurgias corretivas entre 6-12 semanas de idade, evitando procedimentos mais invasivos no futuro. No que diz respeito aos <b>tratamentos e acompanhamento especializado</b>, a cirurgia é uma abordagem comum para crianças com craniossinostose. O <b>tratamento</b> cirúrgico envolve as seguintes técnicas cirúrgicas: suturectomia endoscópica, cranioplastia assistida por mola e remodelamento da abóbada craniana. Em casos de plagiocefalia (PD) ou braquicefalia (BD) deformacional, não relacionados à craniossinostose sinostótica, a detecção precoce é fundamental. Nestes casos, o <b>tratamento</b> definido na maioria das vezes é a terapia com capacete é suficiente para a maioria dos lactentes, e exames de imagem de rotina não são recomendados. Além disso, a craniossinostose de sutura única produz deformidades consistentes na forma da cabeça, o que permite aos profissionais de saúde <b>identificá-las prontamente</b>.</p>
A3	<p>A Plagiocefalia Deformacional (PD) é <b>identificada</b> quando cuidadores expressam preocupações sobre o formato anormal da cabeça de bebês ou quando profissionais de saúde detectam irregularidades cranianas durante exames de rotina. Essa deformação, frequentemente localizada no occipital direito, é mais comum do que anomalias do lado esquerdo, influenciada pelo posicionamento intrauterino dos fetos e seu subsequente repouso em posição supina após o nascimento.</p> <p>A diferenciação entre PD e craniossinostose é crucial, visto que a craniossinostose requer tratamento urgente devido ao risco de complicações graves, como aumento da pressão intracraniana, inibição do crescimento cerebral e atrasos no desenvolvimento. Além disso, a braquicefalia, uma deformidade posicional semelhante à DP, também é observada em bebês que passam longos períodos de tempo em posição supina. O <b>diagnóstico</b> da DP se baseia na apresentação clínica e</p>

	<p>avaliação física, sendo a história completa uma parte fundamental dessa avaliação. Esta história engloba fatores de risco maternos, pré e pós-natais, bem como a identificação do formato da cabeça do bebê ao nascimento. A detecção precoce é vital, uma vez que a DP se desenvolve predominantemente nas primeiras semanas de vida pós-natal.</p> <p>O <b>exame físico</b> inclui a inspeção da cabeça, das orelhas e a avaliação do formato craniano. A posição do vértice da cabeça, que se assemelha a um paralelogramo na PD, pode ser observada com o bebê sentado no colo do cuidador. Os marcos do desenvolvimento, como o perímetro cefálico, são avaliados, e deformidades como abaulamento na testa são observadas no lado afetado. A craniossinostose, por sua vez, resulta em deslocamento da orelha posteriormente e inferiormente.</p> <p>O <b>tratamento conservador</b> é a abordagem inicial, envolvendo reposicionamento e fisioterapia. As órteses cranianas são consideradas se não houver melhora observada com o tratamento conservador, mas seu uso deve ser iniciado durante os períodos de rápido crescimento craniano, tipicamente nos primeiros meses de vida.</p> <p>A PD pode estar correlacionada com atrasos no desenvolvimento, principalmente em termos de habilidades motoras e possivelmente outras áreas. Portanto, a prevenção, rastreio e intervenção precoces são fundamentais.</p>
A4	<p>O predomínio da PD ocorre aos 4 meses de idade. Pressões aplicadas com frequência ao crânio do bebê podem alterar sua apresentação, causando deformidades. A associação entre o desenvolvimento neurológico e a assimetria sinostótica craniana tem sido foco de pesquisa há vários anos, mas até recentemente presumia-se que a plagiocefalia sem sinostose não estava associada ao atraso no desenvolvimento. Contudo, devido aos últimos estudos realizados, existem evidências de uma associação significativa em relação a possibilidade de haver um atraso no desenvolvimento relacionado à plagiocefalia deformacional. O torcicolo é o achado associado mais comum em bebês com plagiocefalia deformacional. Se não ocorrer uma investigação ampla, os casos serão subnotificados.</p>



	<p>Portanto, a equipe multidisciplinar de saúde deve estar atenta e pactuar o cuidado para que a visualização precoce seja de encontro ao diagnóstico, o que requer capacidade de reconhecimento e de uma conduta assertiva para o encaminhamento. As consultas realizadas nos primeiros meses de vida da criança são essenciais para esse <b>rastreio</b>, pois utilizam não apenas do exame físico, mas sim de toda história pregressa, índices de desenvolvimento e antropometria. Na <b>atenção primária</b> à gestão de cuidados preferencial está nas medidas de prevenção e disseminação de atividades educativas em saúde que devem fornecer informações claras e direcionadas ao surgimento desse problema. A partir de suspeitas encontradas, deve-se encaminhar o caso diretamente para os centros craniofaciais que compõem especialidades pediátricas.</p>
A5	<p>O diagnóstico de craniossinostose foi estabelecido no terceiro mês de vida da paciente que foi evidenciado com base em exame físico, perímetro cefálico (PC) e resultados da tomografia computadorizada. A cirurgia de Suturectomia lambdóide bilateral foi realizada com sucesso no sexto mês de vida da paciente devido ao diagnóstico precoce. Após a cirurgia, a paciente apresentou um aumento progressivo do PC, o que indica uma melhora na condição. O <b>acompanhamento regular</b> de profissionais da saúde capacitados demonstrou que o desenvolvimento neurológico da criança permaneceu dentro dos limites normais.</p>
A6	<p>A craniossinostose já pode estar presente na vida do neonato desde seu nascimento. No entanto, dependendo de sua forma de apresentação, passa despercebida na identificação por falta de um olhar clínico que suspeite da deformidade. O meio para o diagnóstico necessita de um exame físico eficiente, relacionando a medidas antropométricas e exames de imagem, quando necessários. Analisar a história clínica, que inclui hábitos posicionais do bebê, é essencial para diferenciar craniossinostose de plagiocefalia sem sinostose. Não ocorrendo uma melhora após orientações e que aconteça uma evolução da deformidade, o encaminhamento aos especialistas neurológicos deve ocorrer para que sejam iniciadas condutas para a correção, sejam elas com uso de órteses</p>

	<p>ou cirurgia. Caso seja classificada como sindrômica, alterações sistêmicas também são observadas além das craniofaciais. As principais <b>complicações</b> associadas a não correção sinostótica compreendem elevação da pressão intracraniana, assimetria da face e das órbitas que levam ao estrabismo. O cuidado ideal de bebês com anomalias craniofaciais requer uma abordagem de equipe multidisciplinar. O melhor momento para intervir é quando o bebê tem entre três e nove meses de idade. É necessário que ocorra acompanhamento absoluto dos profissionais durante todo tratamento. A craniossinostose progressiva não tratada leva à inibição do crescimento cerebral e ao aumento da pressão intracraniana e intraorbitária. Os lactentes devem ser avaliados assim que diagnosticados.</p>
A7	<p>Houve um <b>encaminhamento</b> realizado por profissionais das unidades primárias preocupados com formas suspeitas anormais do crânio de crianças e que assim buscaram confirmação especializada. Os exames de raios-X realizados tiveram pouco valor no diagnóstico de assimetrias cranianas especialmente craniossinostose. Desse modo, observa-se que os profissionais de cuidados primários devem encaminhar preocupações para equipes especializadas, para que assim haja uma investigação mais profunda, com exames radiológicos de rastreamento mais específicos.</p>
A8	<p>Foram realizados estudos que apresentaram a relação de coeficientes para medições do índice cefálico, abóbada craniana com o índice de assimetria. O Software de classificação para controle remoto na triagem de craniossinostose não sindrômica em população recém-nascida tem implicações que sugerem o potencial para o desenvolvimento dessa ferramenta que possa ser utilizada em um celular através de uma plataforma que iria permitir a triagem por telemedicina ou em um ambiente de atenção primária.</p>
A9	<p>Entrevistas com famílias de crianças que receberam o diagnóstico de craniossinostose apresentaram relatos de frustrações devido aos atrasos no diagnóstico, falta de entendimento, no que esperar, necessidade de</p>

<p>apoio de saúde e o interesse em se conectar com outras famílias. A necessidade da <b>correção cirúrgica</b> trazia o sentimento de uma luta a ser iniciada. No pós-operatório foi mencionado muito medo e superação relacionado à assistência dos profissionais, o período da internação causado por ansiedade até o alívio de voltar para casa e esperar a melhoria do quadro. No geral, o diagnóstico de craniossinostose tem um impacto profundo nas famílias, levando-os a enfrentar muitas batalhas durante a jornada. Embora os pesquisadores não tenham se envolvido diretamente em questões diagnósticas e/ou cirúrgicas, o trabalho revelou os desafios emocionais e psicológicos que as famílias enfrentam ao lidar com essa condição, enfatizando a importância do suporte emocional e psicossocial.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 5 DISCUSSÃO

O crânio é um sistema esquelético complexo que atende às necessidades duplas de proteger o cérebro e outros órgãos sensoriais, permitindo seu crescimento contínuo durante o desenvolvimento. Sua composição é feita pelos ossos frontais, parietais, temporais e um único osso occipital. A fontanela anterior, também chamada de bregmática, se forma na junção do osso frontal e parietal, enquanto a fontanela posterior se forma na junção dos ossos parietais com o osso occipital da linha média. A craniossinostose é a mineralização anormal da(s) sutura(s) que ocasiona a fusão prematura de um ou mais destes ossos e pode incluir anormalidades adicionais dos tecidos moles e duros da cabeça (Dias et al., 2020).

As suturas são membranas fibrosas que permitem o cavalgamento temporário das estruturas do crânio durante o parto vaginal, inibem a separação óssea para a proteção dos tecidos moles subjacentes e permitem o crescimento encefálico até que aconteça a fusão mais tarde na vida. As suturas normalmente permanecem não ossificadas até a adolescência (Dias et al., 2020).

Fora as consequências estéticas, há preocupações de que as craniossinostoses, em alguns casos, interfiram no crescimento cerebral e no desenvolvimento intelectual, associada a um maior risco de déficits neurocognitivos em comparação com a população não afetada por esta condição (Dias et al., 2020). Frequentemente, a craniossinostose está presente no nascimento, mas não chega sempre a ser diagnosticada quando se apresenta de maneira leve (Unwin, Dika; 2017).

As suturas cranianas se fusionam em uma determinada idade ao longo da vida. A metópica tem início de fusão, em idade, dos 9 meses a 2 anos; a sagital dos 22 aos 30 anos; a coronal dos 24 aos 40 anos e a lambdóide dos 26 aos 40 anos. (Cohen, 2000; Haidar *et al.*, 2004; Buchanan e Hollier, 2016) Além disso, ocorre o fechamento das fontanelas, a anterior se fecha aos 24 meses e a posterior de 2-6 meses (Cohen, 2000; Haidar *et al.*, 2004; Buchanan e Hollier, 2016).

Na revisão foi possível observar que a craniossinostose pode ser classificada como primária simples não sindrômica (forma isolada): sagital, coronal, metópica, lambdóide ou como composta: bicoronal. Pode envolver uma única sutura ou múltiplas, o que ocorre geralmente na sindrômica. Na forma secundária se apresenta como sindrômica (associada a alguma síndrome): doença de Crouzon,

síndrome de Apert, Doença de Pfeiffer, síndrome de Saethre-Chotzen (Looman *et al.*; 2012). Destaca-se a sinostose como causa primária de formato anormal da cabeça em um bebê. O tipo mais comum de craniossinostose não sindrômica é a escafocefalia, que se apresenta como uma cabeça longa com estreitamento bitemporal e uma crista óssea palpável ao longo do topo da cabeça.

A doença de Crouzon e a síndrome de Apert ocorrem com maior frequência do que as outras síndromes associadas. A síndrome é causada por alterações de nucleotídeos que resultam em substituições de aminoácidos, levando a uma mutação. O Receptor genético do fator de crescimento de fibroblasto (FGFR) regulam o crescimento osteogênico fetal são expressos nas suturas cranianas no início da vida fetal. Esses fatores possivelmente interferem na permeabilidade da sutura fetal. Alterações no gene que codifica o FGFR1 causam a doença de Pfeiffer, e no FGFR2 causam a síndrome de Apert e a doença de Crouzon, presentes no cromossomo 10 (Kabbani, Raghuveer; 2004).

Além das malformações craniofaciais, a craniossinostose sindrômica envolve múltiplos sistemas, a exemplo do cardíaco, geniturinário e musculoesquelético. As características clínicas incluem crânio deformado causado por sinostose da sutura coronal, olhos arregalados, hipoplasia do terço médio da face, estenose coanal e órbitas rasas. As anomalias intracranianas incluem megalocefalia, substância branca hipoplásica e agenesia do corpo caloso, levando ao comprometimento cognitivo. Podem ocorrer alterações cardíacas, incluindo comunicação interatrial e comunicação interventricular, e renais, como hidronefrose (Kabbani, Raghuveer; 2004).

De acordo com Looman *et al.*, (2012), o uso de forças mecânicas externas podem moldar o formato da cabeça de uma criança. Os tipos de assimetrias que mais acometem o molde da cabeça pela posição são a plagiocefalia (PD) ou braquicefalia (BD) deformacional (também chamadas de posicionais ou não sinostóticas) (Dias *et al.*,2020). É uma condição muito rara com incidência de 1 em 2.000 nascidos vivos. A diferenciação entre craniossinostose e PD é baseada na apresentação clínica e avaliação física.

A braquicefalia é uma deformidade posicional semelhante à PD. No entanto, o occipital é achatado bilateralmente, e a cabeça é, portanto, braquicefálica e alargada na dimensão transversal, levando a uma face arredondada, a relação entre a largura da cabeça e o comprimento da cabeça (índice cefálico [IC]) é maior (Dias *et al.*,

2020). Em casos graves, é visto o crânio acima das orelhas quando observado de um ângulo anterior (Unwin, Dika; 2017).

A incidência de PD/BD tem sido estimada em 20% a 50% em crianças de 6 meses de idade. É mais comum (aproximadamente 60% dos casos) em crianças do sexo masculino (Dias *et al.*, 2020). Em 80% dos casos a prevalência apresenta-se como uma condição pós-natal adquirida que é mais comum de ser observada durante as primeiras 4 a 12 semanas após o nascimento, apesar de 20% dos casos serem presenciados ao nascer, provavelmente relacionado a forças intrauterinas como, restrição fetal relativa, como primiparidade, oligodrâmio, gestação múltipla ou útero bicorno (Dias *et al.*, 2020).

Cerca de 80% dos casos são do lado direito, e o achatamento corresponde ao lado para o qual a criança naturalmente vira a cabeça - 15% a 20% dos lactentes com PD/BD apresentam algum grau de desequilíbrio ou torcicolo da musculatura cervical, já que permanece rotineiramente em uma certa acomodação. Assim, a PD/BD não é sinostótica, ou seja, não ocorre a união dos ossos com desaparecimento das suturas entre eles, mas sim causada por pressão persistente sobre o crânio no lactente na posição supina (Dias *et al.*, 2020).

Plagiocefalia Deformacional nos primeiros meses de vida está intimamente associada ao desenvolvimento motor do bebê. Nas primeiras semanas de vida, a PD geralmente se torna mais grave porque o bebê tem pouco posicionamento ativo da cabeça; então o formato da cabeça começa a melhorar com a progressão do desenvolvimento normal. Nos primeiros 3 meses, o perímetro cefálico aumenta cerca de 2 cm por mês e aumenta cerca de 1 cm por mês entre 4 e 6 meses de idade. Após 6 meses, a velocidade de crescimento do perímetro cefálico diminui para cerca de 0,5 cm por mês (Looman *et al.*; 2012).

Salienta-se também a importância de averiguar a forma como o bebê se alimenta, ainda mais quando apresenta um histórico de dificuldade com a amamentação. A alimentação com mamadeira pode colaborar para o desenvolvimento da PD, visto que os cuidadores podem favorecer apenas uma posição para a alimentação. Por outro lado, o aleitamento materno faz com que ocorra rodízio entre os seios para a alimentação e, dessa forma, se altera a disposição do crânio com mais frequência (Unwin, Dika; 2017).

Outro fator que contribui para o surgimento dessa assimetria é a frequência de como ocorre o posicionamento no horário do sono. Observou-se um aumento

significativo desses casos após a campanha Back to Sleep, iniciada em 1994, quando a Academia Americana de Pediatria (AAP) publicou um relatório orientando que os bebês fossem colocados para dormir de lado ou em decúbito dorsal devido a ocorrência de morte súbita. A maioria dos casos pode ser imediatamente identificada pela rotina, através da anamnese e exame físico (Dias *et al.*, 2020).

Desde a campanha, a incidência da síndrome da morte súbita infantil diminuiu mais de 40% depois da recomendação, porém, causou um aumento significativo de até 600% nos encaminhamentos para plagiocefalia relatado por prestadores de cuidados primários e centros craniofaciais. Esta posição está associada a uma redução importante no risco de síndrome da morte súbita infantil, mas também está atrelada ao formato da cabeça do bebê, especialmente antes de desenvolver capacidades motoras. A pesquisa sugere que a frequente repetição de dispor o bebê na posição supina é um fator primário no desenvolvimento da PD. Bebês nascidos prematuramente apresentam maior incidência de deformidade craniana causada por moldagem após o nascimento (Kabbani, Raghuvier; 2004).

Ante o exposto, ações de cuidados primários prestados por profissionais da saúde são necessárias, pois devem ser capazes de reconhecer crianças com formas anormais da cabeça que ocorrem como resultado de processos sinostóticos e deformacionais. A craniossinostose de sutura única produz anormalidades consistentes na forma da cabeça que devem ser prontamente vistas pelo profissional de saúde (O'Sullivan *et al.*, 2020). Os fisioterapeutas também participam auxiliando os pais com medidas para completar com segurança os exercícios apropriados. Além de garantirem que o tratamento seja administrado mesmo quando os pais tiverem medo ou não quiserem participar. Se o torcicolo persistir após os 6 meses de idade, os médicos precisam explorar outras causas.

A incidência de PD está aumentando e, portanto, é fundamental que os prestadores de cuidados primários, como enfermeiros, se familiarizem com as recomendações para diagnóstico e conduta. O desenvolvimento de uma diretriz padronizada para avaliação, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com assimetria craniana melhoraria os padrões de atendimento e aumentaria a eficácia do tratamento. No entanto, a investigação atrelada com pensamento crítico e experiência clínica, respaldam os profissionais de enfermagem no cuidado de pacientes que apresentam tais condições na ausência de uma diretriz baseada em evidências (Unwin, Dika; 2017).

Os prestadores de cuidados primários pediátricos são competentes para diagnosticar a PD. Saber quando monitorar e quando encaminhar requer a capacidade de reconhecer de maneira precoce, e de avaliar a melhora ou piora da assimetria da cabeça em um bebê. Encaminhar uma criança tardiamente pode limitar as opções de tratamento (Looman *et al.*, 2012). O cuidado ideal de bebês com anomalias craniofaciais requer uma abordagem de equipe multidisciplinar (Kabbani, Raghuveer; 2004).

O encaminhamento realizado por profissionais nos cuidados primários preocupados com formas suspeitas do crânio oferece um melhor entendimento e suporte aos familiares. Uma melhor compreensão dessas vivências irão ajudar na atenção de futuros casos, com uma melhor experiência para outras famílias. É essencial esse contato inicial para disseminar informações sobre o que é a craniossinostose, suas variações e causas para manter a família sempre informada (Dias *et al.*, 2020).

O diagnóstico de craniossinostose tem um impacto profundo nas famílias, prevalecendo o sentimento de incertezas e questionamentos quanto ao que vem a ser enfrentado no processo após a descoberta (Kuta *et al.*, 2020). Muitos cuidadores expressam preocupações em relação aos efeitos da craniossinostose no decorrer do crescimento de seus filhos (Unwin, Dika; 2017).

Ademais, os profissionais de saúde são peças fundamentais para fornecerem as valiosas informações necessárias e apoio emocional, direcionado ao cuidado resolutivo no momento do diagnóstico. O contato na atenção primária possibilita uma proximidade melhor e, conseqüentemente, a oferta de acompanhamento contínuo da população. Assim, as informações corretas são fatores que auxiliam no ajuste psicológico das famílias, melhorando a compreensão e resultados (Wong-Gibbons *et al.*, 2009).



## 6 CONCLUSÃO

Diante do que foi explicitado, o presente estudo indica que o conhecimento sobre o diagnóstico precoce é essencial para dar seguimento da assistência a essas crianças na Rede de Atenção à Saúde para os serviços especializados. Além disso, a capacitação contínua dos cuidadores da Atenção Primária juntamente com uma educação em saúde permanente nas unidades irá viabilizar mais a identificação. Assim, será possível, em tempo hábil, fazer o encaminhamento para os centros de referência e dar continuidade na investigação e manejo do tratamento adequado.

É necessário que os profissionais da área da saúde, na sua atuação geral, tenham ações de cuidados integrais, com um acompanhamento técnico-científico efetivo, individualizado e não mecanizado. A garantia de informações exatas auxilia aos cuidadores das crianças a identificarem possíveis alterações e estarem sempre ciente das causas e consequências que as cranioestenoses podem causar na vida pós-natal dos bebês. Ademais, o apoio emocional também é essencial para que o percurso da descoberta até a alta da criança seja realizado em conjunto com a equipe, deixando os familiares mais seguros em relação a todas informação sobre as craniossinostoses.

Portanto, o entendimento dos profissionais que atuam nesse âmbito é imprescindível para que sejam realizadas as orientações, com ênfase em uma detalhada antropometria, história clínica e exame físico, para que haja diagnóstico precoce e encaminhamento para os serviços craniofaciais de referência, e assim, dar continuidade ao tratamento adequado assistido por uma equipe especializada. A pesquisa se limitou por ser uma revisão integrativa da literatura e por encontrar escassez de estudos que versassem mais sobre a temática, com disponibilidade *online* gratuita e com dados mais atuais.

## REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Michelle Protzenko Cervante Regis et al. **Estudo cefalométrico nas craniossinostoses sindrômicas**. 2021. Tese de Doutorado.

BOOKLAND, Markus J. et al. Image processing and machine learning for telehealth craniosynostosis screening in newborns. **Journal of Neurosurgery: Pediatrics**, v. 27, n. 5, p. 581-588, 2021.

BUCHANAN EP, HOLLIER LH. **Overview of craniosynostosis**. in: L. Wiseman, H. Firth 2016

COHEN M, MACLEAN RE (Eds.). **Craniosynostosis: Diagnosis, evaluation and management**. 2 ed. Oxford: Oxford University Press. 2000.

COSTA, PAULO VÍCTOR CUNHA et al. Non-syndromic craniosynostosis: a retrospective analysis. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 35,n., p. 394-401, 2023.

**Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de craneosinostosis no sindrômica en los tres niveles de atención**. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2015. Acesso: 24 de maio de 2023. Disponível em: [salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#](http://salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#)

DIAS, Mark S. et al. Identifying the misshapen head: craniosynostosis and related disorders. **Pediatrics**, v. 146, n. 3, 2020.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 09-11, 2014.

H Aidar K, Raghuv eer T. Craniosynostosis. **Am Fam Physician**. 2004 Junho p.2863-2870. 2004.

KABBANI, Haidar; RAGHUV EER, Talkad S. Craniosynostosis. **American family physician**, v. 69, n. 12, p. 2863-2870, 2004.

KUTA, Victoria et al. Understanding families' experiences following a diagnosis of non-syndromic craniosynostosis: a qualitative study. **BMJ open**, v. 10, n. 9, p. e033403, 2020.

LOOMAN, Wendy S.; FLANNERY, Amanda B. Kack. Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, Part I: assessment and diagnosis. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 26, n. 4, p. 242-250, 2012.

MÁRQUEZ, Juan Camilo; HERAZO BUSTOS, Cherina; WAGNER, Matthias W. Craniosynostosis: Understanding the Misshaped Head. **RadioGraphics**, v. 41, n. 2, p. E45-E46, 2021.

MCGEE, Susan; BURKETT, Karen W. Identifying common pediatric neurosurgical conditions in the primary care setting. **Nursing Clinics of North America**, v. 35, n. 1, p. 61-85, 2000.

MELO, José Roberto Tude. Craniossinostoses. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 18, n. 2, p.110-112. 2014.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17,n.4 p. 758-764, 2008.

OLIVEIRA, Bibiana Mello de. Caracterização clínica das craniossinostoses no hospital de clínicas de porto alegre. 2018.

O'SULLIVAN, Hugh et al. X-rays had little value in diagnosing children's abnormal skull shapes, and primary care clinicians should refer concerns to specialist teams. **Acta Paediatrica**, v. 110, n. 4, p. 1330-1334, 2021

SERAMIM, Ronaldo Jose; WALTER, Silvana Anita. O que Bardin diz que os autores não mostram? Estudo das produções científicas brasileiras do período de 1997 a 2015. **Administração: ensino e pesquisa**, v. 18, n. 2, p. 271-299, 2017.

SOARES, Cassia Baldini et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335-345, 2014.

SOUSA, Luís Manuel Mota Sousa et al. Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8,n.1, p. 102-106, 2010.

SKORIC, Jasmina. Early diagnosis of craniosynostosis in infants at primary health care. **Sanamed**, v. 9, n. 3, p. 229-231, 2014.

UNWIN, Sarah; DIKA, Cheryl. Deformational plagiocephaly—a focus on prevention. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 13, n. 2, p. 162-169, 2017.

URQUIZA, de Albuquerque Marconi; MARQUES, Denilson Bezerra. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, v. 16, n. 1, p. 115-144, 2016.

WONG-GIBBONS, Donna L. et al. Maternal reports of satisfaction with care and outcomes for children with craniosynostosis. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 20, n. 1, p. 138-142, 2009.

## ANEXO

### Anexo A. Instrumento de coleta de dados adaptado (validado por Ursi, 2005)

<b>A. Identificação</b>	
Título do artigo:	
Título do periódico:	
Autores	Nome:
	Titulação:
País:	
Idioma:	
Ano de publicação:	
<b>B. Instituição sede do estudo:</b>	
<b>C. Periódico de publicação:</b>	
<b>D. Características metodológicas do estudo:</b>	

1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa
	<input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa
	<input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa
	1.2 Não pesquisa
	<input type="checkbox"/> Revisão de literatura
	<input type="checkbox"/> Relato de experiência
	<input type="checkbox"/> Outras
2. Objetivo ou questão de investigação:	
População de estudo:	
Resultados:	