

# A EFETIVIDADE DA ESTIMULAÇÃO PRECOCE NA FUNÇÃO MOTORA GROSSA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN NA PRIMEIRA INFÂNCIA (0 A 3 ANOS)

Luz, Ana Paula Mezetti dos Santos; Oliveira, Anna Paula Rodrigues; Fernandes, Érica Rosa dos Santos; Gonçalves, Rosa Helena Pereira; Oliveira, Daniela Matos Garcia.

## RESUMO

**Introdução:** A SD pode ser explicada por um distúrbio da constituição cromossômica, onde há presença de mais um cromossomo no par 21 que provoca características físicas e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e para minimizar estes possíveis danos, a estimulação precoce é reconhecida como um agente potencializador capaz de formar novas conexões neuronais. **Objetivo:** Analisar a efetividade da intervenção precoce realizada em indivíduos com SD na primeira infância. **Metodologia:** Apresenta uma revisão integrativa da literatura por meio de estudos publicados nos últimos cinco anos. **Resultados:** Pela análise realizada, a intervenção precoce mostrou-se eficaz e preferencialmente deve ser aplicada antes do primeiro ano de vida, para ganhos na função motora grossa de maneira global. **Conclusão:** ficou evidenciada a importância da intervenção fisioterápica de forma contínua e precoce, nas crianças com SD.

**Palavras-chave:** Estimulação precoce. Primeira infância. Síndrome de Down. Função Motora Grossa.

## ABSTRACT

**Introduction:** Down Syndrome can be explained by a disorder of chromosomal constitution, where there is the presence of one more chromosome in the pair 21 that causes physical characteristics and neuropsychomotor development delay and to minimize these possible damages, early stimulation is recognized as a potentiating agent capable of forming new neuronal connections. **Objective:** To analyze the effectiveness of the intervention performed by physical therapy in individuals with DS in early childhood. **Methodology:** It presents an integrative literature review through studies published in the last five years. **Results:** Based on the analysis performed, it proved to be effective and should preferably be applied before the first year of life, for gains in gross motor function in a more comprehensive way. **Conclusion:** the importance of continuous and early physical therapy intervention was evidenced in children with DS.

**Keywords:** Early stimulation. Early childhood. Down's syndrome.

## 1. INTRODUÇÃO

Síndrome de Down (SD) ou trissomia do 21 é uma condição humana geneticamente determinada que consiste na existência de um cromossomo 21 extra na constituição genética, determinando características físicas, específicas e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. O termo “síndrome” significa um conjunto de sinais e sintomas e “Down” refere-se ao sobrenome do médico e pesquisador que primeiro descreveu a associação dos sinais característicos da pessoa com SD (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). No Brasil nasce uma criança com SD a cada 600 a 800 nascimentos, independente de etnia, gênero ou classe social (CAMARGOS et al., 2019).

Apesar da hipotonia muscular estar presente em 100% dos neonatos com SD, a mesma tende a reduzir com o aumento da idade e sua intensidade pode variar individualmente. Em crianças com SD, hipotonia, frouxidão ligamentar, instabilidade articular, fraqueza muscular, problemas de equilíbrio e mecanismos de coordenação causam atrasos no desenvolvimento motor, dificultando o desenvolvimento da criança e podem levar ao atraso na aquisição das competências motoras: sustentar a cabeça, rolar, sentar, arrastar, engatinhar, andar e correr (ARSLAN et al., 2020).

Crianças com SD pode apresentar também variedades de anormalidades como; alterações respiratórias, cardiovasculares, endócrinas, gastrointestinais, hematológicas, imunológicas, musculoesqueléticas, geniturinárias e neurológicas (ARSLAN et al., 2020).

Sabe-se que, os estímulos adequados ao desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em crianças com SD, em geral podem interferir na funcionalidade, possibilitando, em longo prazo, maiores chances de inserção em uma vida saudável e inclusão social, pois durante os primeiros anos de vida a criança é mais susceptível às transformações causadas pelo ambiente e tanto à plasticidade quanto a maturação depende da estimulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A expectativa de vida dos indivíduos com SD aumentou significativamente nos últimos 50 anos. O aumento da expectativa contribui para busca por

qualidade de vida que tem aumentado a importância de intervenções que visem capacitar crianças com SD (ARSLAN et al., 2020).

A estimulação precoce pode ser definida como uma técnica terapêutica que aborda, de forma elaborada, diversos estímulos que podem intervir na maturação da criança, como a facilitação de posturas que favoreçam o desenvolvimento motor e cognitivo de crianças com alguma deficiência. A utilização da seguinte técnica na SD para o desenvolvimento de aspectos motores, também refletem em questões emocionais, de sociabilidade e condições de inclusão (GOIS; JUNIOR, 2018).

Desse modo, a estimulação motora aplicada aos pacientes que possuem a Síndrome de Down, logo na primeira infância, caracteriza uma abordagem no entendimento técnico da fisioterapia a fim de estimular a independência dos pacientes por meio da atenção as suas necessidades específicas.

## **1.1. Objetivos**

### **1.1.1. Objetivo Geral**

Descrever a efetividade da estimulação precoce como intervenção fisioterapêutica no desenvolvimento de habilidades motoras, em indivíduos com SD na primeira infância, levando em consideração todos os pontos apresentados pelos estudos que tratam da análise do tema.

### **1.1.2. Objetivos Específicos**

Definir a Síndrome de Down e apontar as práticas usadas na estimulação precoce na SD.

## **1.2. Justificativa**

A justificativa para esse trabalho se fundamenta na alta prevalência da SD na população brasileira e nas implicações que isso pode gerar no desenvolvimento neuropsicomotor na primeira infância, bem como na participação social em todas as fases do DNPM. Apesar de acreditar-se que a

intervenção fisioterapêutica deva ser cada vez mais precoce para melhora da funcionalidade dessas crianças, segundo a literatura, pacientes com SD normalmente são direcionados tardiamente para estimulação, quando já estão instalados prejuízos neuropsicomotores (GOIS; JUNIOR, 2018). Dessa forma, faz-se necessário realizar uma revisão para investigar o tempo em que a mesma vem sendo realizada e os efeitos desta abordagem na SD em estudos recentes.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Síndrome de Down**

A SD pode ser explicada por um distúrbio da constituição cromossômica, onde há presença de mais um cromossomo no par 21, também conhecida como trissomia do 21 ou T21, que provoca características físicas, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor e pândero-estatural (CAMARGOS et al., 2019).

Segundo as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (2013), o diagnóstico da SD é principalmente baseado nas características físicas, mas a análise laboratorial pode ser realizada para identificação genética. A presença de um cromossomo extra no cariótipo (genótipo) é diagnosticada por exame laboratorial e pode se apresentar de três maneiras:

**TRISSOMIA SIMPLES:** quando não ocorre a separação dos cromossomos homólogos (iguais entre si, os que formam um par) ou disjunção cromossômica de origem meiótica caracteriza-se pela presença de um cromossomo 21 extra livre, descrito da seguinte forma no exame de cariótipo: 47, XX + 21 para o sexo feminino e 47, XY +21 para o sexo masculino, presente em 95% dos casos de SD (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

**TRANSLOCAÇÃO:** pode ser de ocorrência casual ou herdada de um dos pais. A trissomia do cromossomo 21 neste caso é identificada no cariótipo não como um cromossomo livre e sim translocado (montado/ligado) a outro cromossomo, mais frequentemente a translocação envolve o cromossomo 21 e o cromossomo 14. No exame do cariótipo é descrito como: 46, XX, t(14; 21) (14q21q) para sexo feminino e 46, XY, t(14; 21) (14q21q) para sexo masculino e ocorre em 3% a 4% dos casos de SD (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

MOSAICO: ocorre entre 1% a 2% o tipo mais raro dos casos de SD, é também de ocorrência casual e caracteriza-se pela presença de duas linhagens celulares, uma normal com 46 cromossomos e outra trissômica com 47 cromossomos sendo o cromossomo 21 extra livre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em países em desenvolvimento como o Brasil o diagnóstico da SD é firmado no período neonatal baseando-se em características fenotípicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O fenótipo da SD se manifesta principalmente por: pregas palpebrais oblíquas para cima, epicanto (prega cutânea no canto interno do olho), sinófris (união das sobrancelhas), base nasal plana, face aplanada, protusão lingual, palato ogival (alto), orelhas de implantação baixa, pavilhão auricular pequeno, cabelo fino, clinodactilia do 5º dedo da mão (5º dedo curvo), braquidactilia (dedos curtos), afastamento entre o 1º e o 2º dedos do pé, pé plano, prega simiesca (prega palmar única transversa), hipotonia, frouxidão ligamentar, excesso de tecido adiposo no dorso do pescoço, retrognatia, diástase abdominal. Nem todas essas características precisam estar presentes para se fazer o diagnóstico clínico de SD (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

## **2.2. Intervenção Precoce na Síndrome de Down**

Segundo o Ministério da Saúde (2016), o cuidado e a atenção direcionada as crianças, deve ser iniciado nos primeiros anos de vida, como uma forma de estimular seu crescimento e bem-estar. Isso também é enfatizado por Camargos (et al., 2019), a comunidade científica estabelece que a intervenção na SD deva ter seu início logo na primeira infância, que representa a fase entre 0 e 36 meses de vida, já que nesse período, os estímulos podem influenciar e modificar de forma positiva o desenvolvimento da criança, otimizado pela plasticidade cerebral de forma geral.

A estimulação precoce é definida como uma técnica terapêutica que aborda, de forma elaborada, diversos estímulos e facilita posturas que favoreçam o desenvolvimento motor cognitivo de crianças com alguma deficiência (GROIS; JUNIOR, 2018, p 687).

Especificamente, ao tratar de crianças com Síndrome de Down, a abordagem da estimulação precoce, relacionada à função motora, permite estratégias que favoreçam a maturação do sistema nervoso da criança, propiciando aprendizado progressivo de novas habilidades, sendo reconhecida como um agente potencializador do desenvolvimento neuropsicomotor, respeitando a sua individualidade (GOIS; JUNIOR, 2018).

Também Gois e Junior (2018), mencionam que, a intervenção e o diagnóstico precoce são importantes para acompanhamento e planejamento pela equipe multidisciplinar quanto à abordagem de cuidados que devem ser realizados, bem como um acompanhamento adequado a família para que essa possa ter uma base de apoio no estímulo da criança ao desenvolvimento de suas habilidades e para menor ocorrência de situações adversas.

O fisioterapeuta é um dos profissionais que contribuem para a promoção dessas ações por meio de medidas preventivas e curativas relacionadas com distúrbios cinéticos funcionais (...). Desse modo, o fisioterapeuta pode atuar na articulação das ações preventivas e curativas com intervenções e ações individuais ou coletivas na Rede de Atenção à Saúde (CAMARGOS et al., 2019, p. 120).

A rotina dos familiares tende a mudar com a descoberta da SD e com isso, esses precisam se apoiar no conhecimento de profissionais capacitados para favorecer o ajuste familiar à nova situação e desafios, e não se limitem a cuidados básicos se tornando facilitadores, criando um ambiente domiciliar propício interferindo positivamente na funcionalidade da criança (CAMARGOS et al., 2019).

Um marco do desenvolvimento infantil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), é baseado nas ações que são realizadas pelos indivíduos ao longo do seu crescimento. Existem evidências que o DNPM da criança com SD pode apresentar um atraso, comprometendo aquisição dos marcos motores, o que é geralmente atribuído às alterações do sistema nervoso, ocasionadas pela Síndrome (GOIS; JUNIOR, 2018).

Inclusive, esse atraso aumenta à medida que o marco motor fica mais complexo. À medida que as habilidades motoras vão se tornando mais desafiadoras, maior é a distância entre os marcos motores comparando os dois grupos como pode observar no quadro abaixo, essas diferenças podem ser agravadas se as crianças não receberem os estímulos adequados aproveitando

os primeiros anos, interferindo positivamente na maturação da criança reduzindo os prejuízos (CAMARGOS et al., 2019).

**Tabela 1 – Marcos de desenvolvimento infantil típico e de crianças com SD**

<b>Habilidade</b>	<b>Desenvolvimento típico</b>	<b>Desenvolvimento com SD</b>
Ficar sentado	5 - 7 meses	10 meses
Rolar Sozinho	5 meses	8 - 9 meses
Engatinhar	6 - 9 meses	11 meses
Bom controle de pé	1 mês após ficar em pé	20 meses
Começa a andar	9 - 15 meses	20 - 26 meses
Começa a falar	2 anos	Por volta dos 3 anos.

**Fonte:** Cauchioli, 2018 (adaptado pelas autoras).

Vale ressaltar que o bebê já nasce com sistemas perceptuais capazes de compreender as informações do ambiente e essa possibilidade deve ser explorada o quanto antes por uma estimulação adequada, dessa forma, a fisioterapia implica atividades exploratórias gradativas para ajuste de habilidades e percepções favorecendo o domínio motor (CAMARGOS et al., 2019).

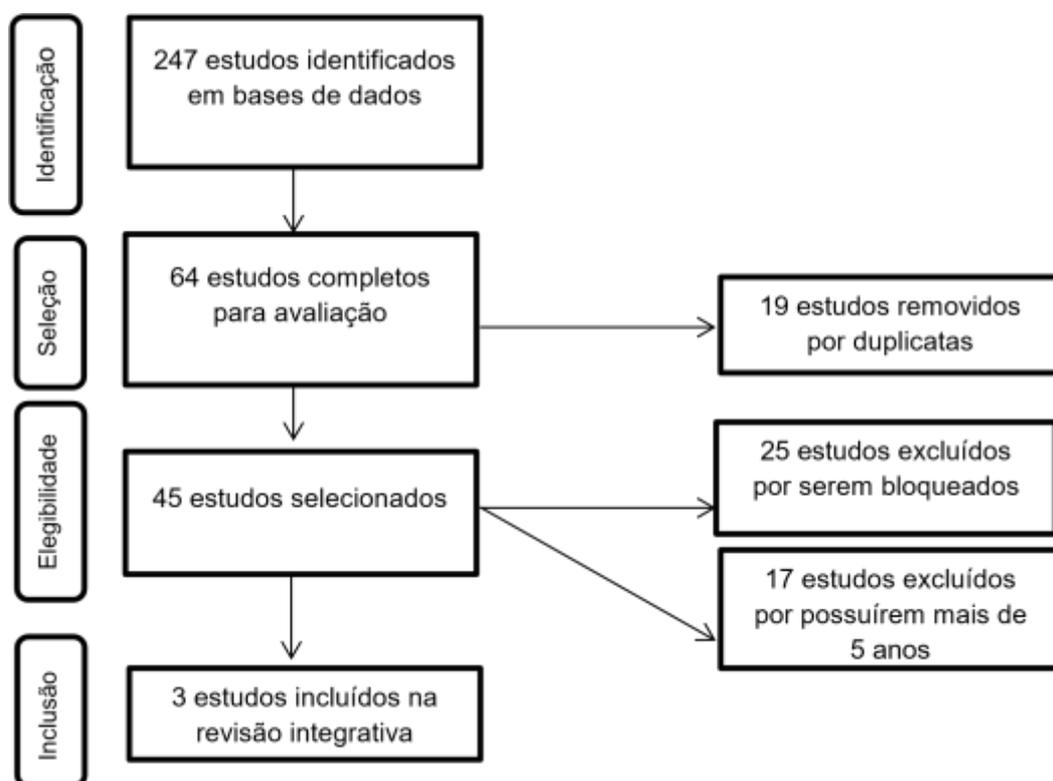
### **3. METODOLOGIA (MATERIAIS E MÉTODOS)**

O presente estudo é uma revisão integrativa de literatura, sendo utilizadas as bases de dados LILACS, *Scientific Eletronic Library Online* – SCIELO e PUBMED. Utilizando as seguintes palavras-chave: “estimulação precoce”, “primeira infância” “Síndrome de Down” e “função motora grossa” e seus correlatos em inglês. Na pesquisa foi encontrado um total de 247 publicações das quais foram selecionados 3 artigos que respondiam ao objetivo do estudo. Priorizou-se o uso de artigos publicados nos últimos cinco anos e que possuíam

o conteúdo integralmente disponibilizado para que fosse possível avaliar os aspectos de análise dos estudos, nos idiomas português e inglês.

Para a realização do estudo, foram utilizados artigos de natureza sistemática e randomizada e revisão de literatura, como ensaios quase experimentais e ensaios clínicos, aleatorizados ou não. Utilizou-se, em adição, de estudos de revisão e de capítulos de livros, visando à construção do referencial e discussão.

#### 4. RESULTADOS



Autor/ Ano	Objetivo	Metodologia	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
---------------	----------	-------------	------------------------	------------	-----------

ARSLAN et al., 2020.	Comparar o desenvolvimento motor de crianças com Síndrome de Down que receberam fisioterapia motora nos primeiros meses de vida e as que não receberam antes de um ano de idade.	Foram analisadas 58 crianças com idades entre 6 e 42 meses e foi realizado com 58 crianças com SD, divididas em dois grupos de acordo com a idade e início da fisioterapia. O estudo é uma revisão sistemática e meta-análise dos resultados de eficácia nessa população.	As crianças com SD foram divididas em dois grupos recebendo PT e não recebendo PT. Crianças com SD que receberam PT foram divididas em dois grupos de acordo com a idade de início do PT como antes e depois de 1 ano de idade. O desenvolvimento motor grosso e fino dos casos foi avaliado com a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil e Infantil III.	Os resultados apontam que relacionado às crianças que iniciam fisioterapia antes de um ano de idade, apresentaram maior desenvolvimento do que as que possuíam estimulação após esse período.	A fisioterapia teve maiores resultados quando iniciado na primeira infância para o desenvolvimento da motricidade grossa e fina com crianças com SD.
GOIS, Irwina Karen da Frota. D.SC, Francisco Fleury Uchoa Santos Junior.	Traçar os resultados da aplicação de estimulação precoce em crianças com SD.	Nos estudos analisados participaram 36 crianças de 0 a 13 anos, de ambos os sexos, que receberam estimulação precoce, trabalhando a motricidade fina e global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial, temporal, marcha e o sentar <sup>1</sup> . Trata-se de uma revisão sistemática de estudos publicados entre 2006 e 2016.	Foram incluídos na pesquisa os artigos que abordaram estimulação precoce em síndrome de Down, intervenção da fisioterapia na síndrome de Down, a importância da estimulação precoce para a melhora do desenvolvimento global da criança, ensaios clínicos randomizados e estudos que estavam completos na íntegra. Foram excluídos do estudo ensaios clínicos que não fossem randomizados, não abordassem o tema estimulação precoce em crianças com SD.	De acordo com a análise dos estudos, resultou-se que a estimulação precoce é de extrema importância desde os primeiros dias de vida para garantir um melhor desenvolvimento da criança e qualidade de vida.	Aplicação da estimulação precoce obteve resultados positivos para o desenvolvimento global da criança com síndrome de Down.

<sup>1</sup> Foram extraídos dados de três crianças analisadas no estudo entre 6 e 7 meses que tratavam especificamente da técnica abordada, para análise do estudo apresentado.

RODRÍGUEZ-GRANDE et al., 2022.	Determinar o efeito dos exercícios terapêuticos na função motora de crianças com Síndrome de Down (SD) de 0 a 3 anos.	Foram analisadas 54 crianças 30 entre 10 meses com critério de permanecer sentado por 30 segundos e ainda 24 crianças entre 26 a 51 meses para treinar a marcha. Revisão sistemática e meta-análise dos resultados de efetividade nesta população: marcha, equilíbrio, desenvolvimento motor, habilidades motoras finas e funções executivas com crianças de 0 a 3 anos de idade.	Os itens de notificação preferenciais para as diretrizes de revisões sistemáticas e metaanálises (PRISMA) foram seguidos para garantir relatórios transparentes. A função motora também inclui os processos internos associados à prática, à experiência e ao contexto em que o movimento se desenvolve, que permitem o processo de aprendizagem necessário para adquirir uma habilidade motora específica.	Dos resultados propostos para avaliação, nenhuma evidência foi encontrada para a função executiva, equilíbrio e resultados motores finos nesta população.	Há evidências baixas e moderadas para apoiar que a terapia por exercícios promove a ocorrência de padrões motores, como de marcha e melhoria das habilidades motoras em crianças com SD de 0 a 3 anos.
--------------------------------	---	---	---	---	--

## 5. DISCUSSÃO

Nos artigos encontrados, foram estimuladas um total de 115 crianças, com idade variando de zero a três anos. Os resultados dos artigos no geral demonstram melhora nos parâmetros psicomotores com a estimulação precoce.

. O estudo de Rodrigues-Grande (et al., 2022), é referenciado como primeira revisão sistemática na literatura que investiga a eficácia do exercício terapêutico em crianças com SD até 3 anos de idade. A literatura revisada mostrou que apenas o exercício em esteira foram encontradas evidências com resultado positivo para marcha e desenvolvimento motor que sugerem treino em esteira 5 dias por semana, 6 a 8 minutos por dia com intensidade entre 0,2 a 0,5 m/s.

A maioria dos artigos utilizaram cinesioterapia ativa ou ativo-assistida, mas no artigo de GOIS e JUNIOR (2018), discute-se uma abordagem diferente dos demais autores, utilizando um balanço para crianças com SD que não possuem um bom controle de tronco.

Participaram 3 crianças com idade entre 6 e 7 meses que permaneciam 30 minutos sentadas no balanço. Constatou-se que em média com 15 sessões a criança era capaz de permanecer sentada sozinha, manipular brinquedos sem oscilação de tronco, reduziu abdução de quadril e desaparecimento do reflexo de preensão palmar. Concluindo que a intervenção utilizando balanço como estímulo precoce é eficaz para ganho de marco motor importante antes do tempo citado na literatura (GOIS; JUNIOR, 2018).

Arslan (2020), incluiu no seu estudo 58 crianças com idade entre 6 e 42 meses com SD, que foram divididas em dois grupos, as que receberam fisioterapia e as que não receberam. O resultado mostrou substancialmente que as crianças que receberam fisioterapia apresentou um desempenho motor melhor do que as que não receberam, comprovando que as intervenções devem ser iniciadas preferencialmente antes de 1 ano de vida.

Diferentemente de Rodriguez-Grande, Arslan cita no seu estudo que Intervenções baseadas em exercícios resistidos são eficazes no desenvolvimento da força muscular dos membros superiores e inferiores melhorando o equilíbrio, O atraso no desenvolvimento motor é detectado por volta dos 4 meses de idade por isso recomenda-se o início de estimulação precoce por volta dos 3 meses prevenindo atrasos que fica evidenciado principalmente em habilidades contra a gravidade trabalhando assim diferentes posturas para minimizar ,prevenir ou evitar atrasos no desenvolvimento motor.

A maioria dos artigos não explica como as intervenções são feitas o que dificulta a sua replicação na prática clínica, algumas vezes não é citado também em que tempo de sessão, intensidade e frequência semanais. Portanto, apesar de estar bem documentada essa melhora, mais estudos são necessários para investigar e justificar os resultados que podem ser obtidos pela estimulação precoce.

## **6. CONCLUSÃO**

Os artigos investigados demonstram que a estimulação precoce no geral foi efetiva para melhorar a função motora grossa nas crianças com SD. Entretanto, como foram encontrados poucos artigos acredita-se que mais

estudos sejam necessários para confirmar estes resultados, bem como com maior clareza e replicabilidade de suas intervenções.

## REFERÊNCIAS

ARLSAN, Feyzullah Necati. DOGAN, Derya Gumus. CANALOGLU, Sinem Kortay. BAYSAL, Senay Guven. BUYUKAVCI, Raikan. BUYUKACVCI, Mehmet Akif. **Effects of early physical therapy on motor development in children with Down syndrome**. Original Article Pediatrics. North Clin Istanb. (2).: 156—161. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. Ed. 1. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento psicomotor/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Minsitério da Saúde, 2016.

CAMARGOS, Ana Cristina Resende. LEITE, Hércules Ribeiro. MORAIS, Rosane Luzia de Souza. LIMA, Vanessa Pereira de. **Fisioterapia em Pediatria**. Med Book. 2019.

CAUCHIOLI, Mariana. **Como é o desenvolvimento do bebê com síndrome de down?**. Disponível em: <https://www.clinicacauchioli.com.br/noticias/como-e-odesenvolvimento-do-bebecom-sindrome-de-down/>. Acesso em: 04 nov. 2022.

GOIS, Irwina Karen da Frota. JUNIOR, Francisco Fleury Uchoa Santos. **Estimulação precoce em crianças com síndrome de Down**. Fisioterapia. Brasil 2018. 19 (5):684-92.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde**. [Internet]. Disponível em: [http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif\\_portugues.pdf](http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf) Acesso em: 16 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Internet]. <https://cifaholics.wixsite.com/adescobertadacif/cif>. Acesso em: 16 set. 2022.

RODRÍGUEZ-GRANDE, Eliana-Isabel. LÓPEZ, Adriana Buitrago. TORRESNAVÁREZ, Martha. SERRANO-VILLAR, Yanelly. VERDUGO-PAIVA, Francisca. ÀVILA, Camila. **Therapeutic exercise to improve motor function**

**among children with Down Syndrome aged 0 to 3 years: a systematic literature review and metaanalysis.** Scientific reports. Nature. 12:13051. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Pediatria Ambulatorial.**

[Internet]. Disponível em:

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/img/documentos/doc\\_pediatria\\_ambul](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_pediatria_ambul)

atorial.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.